

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-17

Giltig till: 2027-04-15

Riskbedömning

Riskbedömning av patienter på förlossningsavdelning

Revidering i denna version

Klassificering Medelrisk och Högrisk är uppdaterad.

Syfte

Syftet med en aktiv riskbedömning vid ankomst till förlossningen är dels för att öka den medicinska säkerheten, dels för att kunna fördela personalresurserna på ett optimalt sätt. Riskbedömningen ska göras vid ankomst till förlossningen och ligga till grund för planeringen av förlossningen, graden av fosterövervakning och andra åtgärder som bör vidtas. Patienten ska klassificeras som låg-, medel- eller högrisk och ska dokumenteras under motsvarande sökord i Obstetrix.

Åtgärd

Riskbedömning ska göras vid inskrivning på antenatalavdelning eller förlossningsavdelning. Riskbedömning ska därefter ske kontinuerligt under vårdtiden eller under förlossning. Bedömning dokumenteras i journal och på beläggningslista vid varje övertag av patient och minst en gång per arbetspass. I journalen ska det tydligt anges vilka kriterier som patienten uppfyller, till exempel högrisk på grund av induktion efter sectio.

Vid tecken på komplikation/avvikelse ska barnmorskan fatta beslut om vidare handläggning vid låg- och medelriskpatienter, och vid behov i samråd med koordinator och läkare.

Vid komplikation/avvikelse hos högriskpatienter ska läkare, efter samråd med barnmorska, fatta beslut om vidare handläggning.

I samband med rond ska ansvarig läkare bedöma högriskpatienter bedside och dokumentera en fortsatt plan i journalen. Detsamma gäller vid uppgradering av risknivå från medelrisk till högrisk. Läkare ska vidtalas och bedöma patienten på förlossningsrummet i nära anslutning till uppgraderingen, samt dokumentera planering i journalen.

Vid flera riskfaktorer som till exempel feber, mekoniumfärgat fostervatten, infusion av Oxytocin och långdraget förlopp, ska riskbedömning göras gemensamt av barnmorska och läkare samt planera för fortsatt handläggning, vilket dokumenteras i journal.

Flera medelriskfaktorer medför inte automatiskt en uppgradering till högrisk.

Klassificering

GRÖN: Lågriskpatient

- Graviditetsvecka 37+0 - 41+6
- Enkelbörd
- Huvudbjudning utan uttalat deflektionsläge
- Spontan förlossningsstart
- Normalt intagnings-CTG ska bedömas med antenatal-mall
- Blodtryck <140/90, vid högt blodtryck bör ett nytt tas efter cirka 30 - 45 minuter, om det då är normal bedöms patienten som grön.
- Ingen känd sjukdom eller komplikation hos patienten eller fostret som kan påverka förlossningsförloppet

Åtgärd

- Handläggs självständigt av barnmorska enligt klinikens rutin

GUL: Medelriskpatient

Kriterier för lågriskpatient är inte uppfyllda

Exempel på komplicerad obstetrisk anamnes

- BMI >30 (vid inskrivning på Barnmorskemottagning)
- GBS-kolonisering (i de fall en åtgärd behöver göras)
- Multipara ≥ 4 para
- Blodsmitta/ MRSA/ESBL-bärare
- Svår psykosocial situation
- Omfattande könsstympning
- Sjukdom hos kvinnan till exempel epilepsi, anemi
- Komplicerad tidigare förlossning till exempel blödning >1000ml, sectio, sfinkterskada, placentaretention
- Sectio (postoperativt)

Exempel på komplikation under graviditet

- Poly/oligohydramnios
- Äggdonation
- Graviditetsdiabetes eller Diabetes White A-B
- Duplex graviditetsvecka 32 utan komplikationer
- Immunisering
- Marginell placenta previa

- Tillväxthämning med barn mindre än -22 %
- Misstänkt stort barn > +22 %
- Hepatos
- Känd fostermissbildning
- Hypertoni/Preeklampsi

Exempel på ankomst eller pågående förlossning

- Vattenavgång \geq 18 timmar
- Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten
- Vattenavgång \geq 18 timmar utan feber
- Induktion
- Avvikande CTG
- Prematuritet 28+0 - 36+6 graviditetsvecka
- Utebliven progress enligt rutin
- Överburenhet
- Feber hos mor
- Långdraget förlossningsförlopp, utebliven progress trots adekvata åtgärder

Åtgärd

- Planering och ställningstagande till utökad övervakning av patient och/eller barn (samt enligt gällande rutin för den aktuella riskfaktorn).
- PVK sätts och BASTEST ställs på rummet

RÖD: Högriskpatient

Exempel på komplicerad obstetrisk anamnes samt komplikation under graviditet

- Svårt sjuk patient till exempel svår preeklampsi, HELLP, hjärtfel, Diabetes White C-F
- Induktion efter tidigare sectio
- Oxytocinstimulering efter tidigare sectio
- Prematuritet <28 veckor
- Pågående blödning under/efter partus
- Duplex <32 graviditetsvecka eller med känd komplikation
- Hotande prematurförlossning <34+0 vecka
- Induktion efter tidigare sectio
- Fetal malposition inklusive sätesbjudning
- Misstänkt chorioamnionit/sepsis
- Tidigare skulderdystoci (då det finns en tydlig förlossningsplan) Ska vårdas av en erfaren barnmorska.

Åtgärd

- Planering och ställningstagande till utökad övervakning av patient och/eller barn (samt enligt gällande rutin för den aktuella riskfaktorn)
- Hanteras av erfaren barnmorska som helst inte vårdar fler patienter

- Vid uppgradering av risknivå från medelrisk till högrisk ska läkare vidtalas och bedöma patienten på förlossningsrummet i nära anslutning till uppgraderingen, samt dokumentera planering i journalen
- I samband med rond ska ansvarig läkare bedöma högriskpatienterna bedside och dokumentera en plan i journalen.
- Kontinuerlig övervakning av patient och barn
- PVK samt skicka BASTEST
- Ställningstagande om kontakt med narkosläkare bör informeras om patienten

	Frisk/Lågrisk	Medelrisk	Högrisk
Kvinnan	Ingen sjukdom som påverkar förlossningsförloppet	Medicinsk grundsjukdom (t.ex EP, SLE, anemi, Diabetes White A-B)	Diabetes White C-F
	Blodtryck <140/90	Hypertoni/preeklampsi	Svår preeklampsi/ HELLP
		Komplicerad obstetrisk anamnes (t.ex placentaretention, atoni, sectio, sfinkterskada, hepatos)	Tidigare skulderdystoci
		BMI >30 (vid inskrivning BMM)	BMI > 40 (vid inskrivning BMM)
		Blodsmitta, MRSA- ESBL bärare	
		GBS-kolonisering	Hjärtfel hos mor
		Multipara ≥4	
		Svår förlossningsrädsla	
		Marginell placenta praevia	
		Omfattande könsstypning	
		Svår psykosocial situation – SIV/SIP	
	Ålder förstföderska <18 år eller >40 år		
Barnet	Förlossning mellan grav.v. 37+0 – 41+6	Förlossning mellan grav.v. 34+0 – 36+6 samt ≥42+0	Hotande Prematurförlossning i grav.v < 34+0
	Enkelbörd	Duplex >32 grav.v. utan komplikationer	Duplex <32 grav.v. eller med känd komplikation
	Huvudbjudning utan uttalat deflektionsläge		Fetal malposition inkl sätesbjudning
		Tillväxthämning (-22 %)	Påverkat flöde
		Misstänkt stort barn (+22%)	
		Känd fostermisbildning	IUFD
		Poly/oligohydramnios	Misstänkt chorioamnionit/sepsis
		Immunisering	
Förlossning	Spontan förlossningsstart	Induktion	Induktion efter tidigare sectio
	Normalt CTG	Avvikande CTG	Patologiskt CTG
	Spontan vattenavgång	Vattenavgång > 18 timmar	Oxytocinstimulering efter tidigare sectio
	Klart fostervatten	Mekoniumfärgat fostervatten	Pågående blödning under/efter partus
		Temp ≥38,5	
		Utebliven progress	
		Oxytocinstimulering	
		Sectio	

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-203

Version: 10.0

Giltig från: 2025-04-17

Giltig till: 2027-04-15