

Gäller för: Område M4 MHV

Giltig från: 2024-10-24

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Giltig till: 2026-10-24

Granskad av: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Minskade fosterrörelser, Barnmorskemottagningar M4

Förändringar sedan föregående version

- Ändring av formulering kring fosterövervakning på KK/SU, då bedömning avseende typ av fosterövervakning beslutas om på KK/SU.
- Modifierad rutin finns på KK/SU när det gäller handläggning av minskade fosterrörelser.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Arbetsbeskrivning	3
Ansvar	5
Uppföljning, utvärdering och revision	5
Relaterad information	5
Karta.....	6
Dokumentation.....	7
Kunskapsöversikt.....	7
Arbetsgrupp.....	8

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att tydliggöra handläggningen då en kvinna söker vård för minskade fosterrörelser.

Minskade fosterrörelser definieras som kvinnans egen uppfattning av att fosterrörelserna är tydligt minskade jämfört med vad hon känt tidigare. Upplevelsen skall ha varat i minst 2 timmar.

Syftet med att undersöka kvinnor med minskade fosterrörelser är att förhindra ett negativt graviditetsutfall bl.a. genom att hitta foster med tillväxthämning, i sin tur starkt associerat med IUFD samt tecken till fosterhypoxi. Det finns inte vetenskapligt underlag för att ett visst antal rörelser ses som normalt eller för att uttala sig om bästa handläggningsmetod vid minskade fosterrörelser. Det finns stöd för att rekommendationer om att rutinmässigt och dagligen räkna fosterrörelser, s.k. sparkogram, ökar risken för interventioner under graviditet, så som induktion, utan effekt på risken för negativt graviditetsutfall.

Fosterrörelser kan delas in i två huvudgrupper: stora och små rörelser. De stora rörelserna, så som när fostret sparkar, sträcker ut kroppen eller när fostret vänder sig från sida till sida, känns tydligt. De små rörelserna så som att suga på tummen, griprörelser med fingrar och tår och andningsrörelser uppfattas inte av mamman.

De flesta gravida kan känna barnets rörelser från omkring graviditetsvecka 18–20 med en viss variation, bland annat relaterad till om kvinnan är först- eller omföderska, moderkakans placering och barnet läge. Det kan vara stor skillnad på hur ofta och hur kraftigt olika foster rör på sig. Varje foster har sitt eget rörelsemönster och växlar mellan vakenhetsperioder med rörelser, och perioder av vila på cirka 20 till 40 minuter då fostret är stilla.

Viloperioderna är sällan längre än 90 minuter. Alla friska foster rör sig ända fram till födelsen och rörelser uppfattas i regel mer av den gravida på kvällen och i liggande ställning.

Under den senare delen av graviditeten har fostret tydligare perioder av sömn många gånger under ett dygn. Antalet rörelser brukar nå sin topp omkring graviditetsvecka 32 och håller sig i stort sett på samma nivå fram till förlossningen. Det finns inget som tyder på att rörelserna minskar i slutet av graviditeten men karaktären på rörelserna kan kännas annorlunda jämfört med tidigare.

Gravida i fullgången graviditet beskriver ofta fosterrörelserna som kraftfulla tryck, jämfört med de sparkar som känts tidigare. Viss gravida beskriver att rörelserna upplevs som stora, att de involverar hela fostrets kropp, och att rörelserna känns långsammare jämfört med tidigare. Gravida i slutet av

graviditeten beskriver också att det känns som att barnet rör sig från sida till sida.

Alkohol, bensodiazepiner och opioider har en negativ effekt på fosterrörelser.

De flesta gravida som upplever minskade och svagare rörelser föder ett friskt och välmående barn. Om rörelserna avviker från fostrets normala sätt att röra på sig kan det vara ett tecken på ett hälsotillstånd hos barnet som kräver medicinsk intervention.

Arbetsbeskrivning

Gravida får muntlig och skriftlig information om fosterrörelser kring graviditetsvecka 25 i samband med rutinbesök på MHV. Informationen skall ges nyanserat och syftar till att öka den gravidas medvetenhet kring fosterrörelser och ”lära känna” fosters rörelser.

Riskfaktorer

I samtliga fall då gravida söker vård p.g.a. minskade fosterrörelser skall hänsyn tas till följande riskfaktorer.

- Hypertoni, Preeklampsi
- Intrauterin tillväxthämning (<-21%), känd eller misstänkt
- Obesitas, inskrivnings-BMI >35
- Maternell ålder <18 år eller >45 år
- Insulinbehandlad diabetes
- Aktivt bruk av nikotin (rökning eller snus)
- Drog och/eller alkoholmissbruk under någon del av graviditeten
- > 1 rapporterad episod av minskade fosterrörelser inom loppet av en vecka. Om det är <13 dagar sedan patienten har genomgått tillväxtultraljud görs ingen ny ultraljudsundersökning i samband med eventuell ny kontakt.
- Tidigare IUFD
- Utlandsfödda från Afrika söder om Sahara eller från Mellanöstern
- Utsatt socioekonomisk livssituation tex hemlös, papperslös, våld i nära relation
- Språkbarriär
- Efter graviditetsvecka 25 ingår SF-mått i bedömningen.

Handläggning då gravid söker med minskade fosterrörelser

Då den gravida kontaktar vården p.g.a. minskade fosterrörelser tas en adekvat rörelseanamnes:

- Hur har fostrets rörelsemönster förändrats?
- När reagerade den gravida på att rörelserna förändrats?
- Vad känner den gravida nu?

Beskrivningar så som att den gravida beskriver att hon känt att barnet är mer stilla och att hon inte kan känna några tydliga vakenhetsperioder och/eller att hon känner en tydlig skillnad jämfört med hur det brukar vara och/eller att hon trots att hon legat ner och fokuserat på barnets rörelser inte känner barnet, tyder på en verklig minskning av fosterrörelser.

Om durationen är osäker skall den gravida lägga sig ner på vänster sida och fokusera på fostrets rörelser under två timmar. Vid bestående upplevelse enligt ovan skall hon söka vård.

Vecka 22+0 – 23+6

Tid på BMM inom ett dygn för auskultation av fosterljud.

- Om patienten återfår upplevelse av normala fosterrörelser: lugnande besked med uppmuntran att söka igen vid förnyad upplevelse av minskade fosterrörelser.
- Om upplevelsen av minskade fosterrörelser består: ge ny tid för auskultation på BMM inom tre dagar.
- Om bestående upplevelse av minskade fosterrörelser upprepas auskultation av fosterljud på BMM två gånger i veckan fram till v 24+0, då patienten undersöks med CTG (och vid behov ultraljudsundersökning) på Akuten för gravida och nyförlösta (AGN).

Vecka \geq 24+0

- Patienten hänvisas till AGN för CTG alt annan fosterbedömning inom 4 timmar.
 - ⇒ Barnmorska på AGN signerar normalt CTG.
 - ⇒ Om CTG är avvikande, patologiskt eller ej godkänt enligt Dawes Redmans kriterier skall läkare kontaktas.
- Om **CTG är invändningsfritt** och **riskfaktor/er finns** och/eller om patienten **inte** känner några fosterrörelser (*behöver inte vara normaliserade rörelser*)
 - ⇒ Observans avseende FR och SDP.
 - ⇒ Viktskattning
- Optimalt görs ultraljud i samma seans som CTG men vid hög arbetsbelastning på kliniken kan ultraljud göras senast nästkommande dag på planerad mottagning (AGNES eller MGN).

- Om patienten genomgått viktskattning nyligen (<13 dagar) avstås ultraljudsundersökning. Patienten bokas för ny tillväxtkontroll 14 dagar efter föregående tillväxtultraljud.
- *(Infaller detta på en lördag bokas patienten fredagen innan, på en söndag bokas patienten på måndagen efter).*

⇒ Vårdplan för fortsatt kontroller/handläggning dokumenteras i journal.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetsöverläkare AGN samt Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar gemensamt för uppföljning/revision av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i löptext i Obstetrix.

Relaterad information

[1177. se – Minskade fosterrörelser](#)

Karta

Subsahara



Mellanöstern



Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt

1. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd. socialstyrelsen.se, 2022
2. Norman JE, Heazell AEP, Rodriguez A, Weir CJ, Stock SJE, Calderwood CJ, Cunningham Burley S, Frøen JF, Geary M, Breathnach F, Hunter A, McAuliffe FM, Higgins MF, Murdoch E, Ross-Davie M, Scott J, Whyte S; AFFIRM investigators. Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2018 Nov 3;392(10158):1629-1638. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31543-5.
3. Bhatia M, Mitsi V, Court L, Thampi P, El-Nasharty M, Hesham S, Randall W, Davies R, Impey L. The outcomes of pregnancies with reduced fetal movements: A retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Nov;98(11):1450-1454. doi: 10.1111/aogs.13671. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31148156.
4. Flenady V, Gardener G, Ellwood D, Coory M, Weller M, Warrillow KA, Middleton PF, Wojcieszek AM, Groom KM, Boyle FM, East C, Lawford H, Callander E, Said JM, Walker SP, Mahomed K, Andrews C, Gordon A, Norman JE, Crowther C. My Baby's Movements: a stepped-wedge cluster-randomised controlled trial of a fetal movement awareness intervention to reduce stillbirths. *BJOG*. 2022 Jan;129(1):29-41. doi: 10.1111/1471-0528.16944. Epub 2021 Oct 24. PMID: 34555257.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Antepartum Fetal Surveillance: ACOG Practice Bulletin, Number 229. *Obstet Gynecol*. 2021 Jun 1;137(6):e116-e127. doi: 10.1097/AOG.0000000000004410. PMID: 34011889.
6. Akselsson A, Lindgren H, Georgsson S, Pettersson K, Steineck G, Skokic V, Rådestad I. Mindfetalness to increase women's awareness of fetal movements and pregnancy outcomes: a cluster-randomised controlled trial including 39 865 women. *BJOG*. 2020 Jun;127(7):829-837. doi: 10.1111/1471-0528.16104. Epub 2020 Feb 8. PMID: 31971325.

Arbetsgrupp

Linnéa Lindroos, vårdenhetsöverläkare, Akutmottagning för gravida och nyförlösta (AGN).

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Karin Jerhamre Sund, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Mårten Alkmark, sektionschef, verksamhet Obstetrik, Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Karin Schönemann, KPO, Akutmottagning för gravida och nyförlösta (AGN).

Susanna Nygren, vårdenhetsöverläkare, MGN.

Lisa Berglin, ST-läkare, Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Emma Jonasson, ST-läkare, Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Område M4 MHV

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-261

Version: 2.0

Giltig från: 2024-10-24

Giltig till: 2026-10-24