

# Värksvaghet, oxytocin för värkstimulering

## Revideringar i denna version

Åter en egen version för SÄS från 2025-02-10.

## Indikation

Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning föreligger om förutsättningarna nedan är uppfyllda.

### **Patientrelaterade förutsättningar**

- Förväntad normal progress under öppningsskedets aktiva fas har fördröjts med 3 timmar, inklusive station (aktionslinje förskjuten 3 timmar från observationslinjen).
- Förväntad normal progress under utdrivningsskedet har avstannat under nedträngandefasen i minst 1 - 2 timmar\*.
- Progressen har avstannat under aktiv krystning i minst 30 minuter.
- Antalet sammandragningar är högst 5/10 minuter. Vid svårigheter att bedöma värkstatus ska den utföras manuellt. Överväg IUP.
- Ingen asfyxi föreligger hos fostret.
- Disproportion bedöms vara mindre sannolikt.

\*Variationen kan bero på längden på öppningsskedet, station av fosterhuvudet, om fosterhuvudet har ställt in sig gynnsamt i bäcken-ingången, behovet av paus för den födande kvinnan och tid för att prova lägesförändringar.

## Vårdprocessrelaterade förutsättningar

- Amniotomi har utförts om hinnbristning inte skett spontant.
- Förlossningens progress övervakas.
- Fosterljud och värkar registreras kontinuerligt elektroniskt, säkerställ optimal värkregistrering.
- Kvinnan har informerats om effekter av olika lång avvaktan innan värkstimulering startas.

## Behandling

### Beredning

Oxytocinkoncentrat till infusionsvätska, 8,3 mikrog/ml (10E/ml),  
2 ml blandas i 500 ml natriumkloridlösning 9 mg/ml.

### Dosering

- Anpassa dosering efter individuell respons och eftersträva minsta möjliga effektiva dos tills önskad effekt uppnås och om CTG tillåter.
- Starta med 10 ml/timme. Infusionshastigheten ökas som mest med 10 ml var 20:e minut i öppningsskedet.
- Senast när dosen 90 ml/h har uppnåtts ska avstämning med obstetriker ske, vid enstaka fall kan högre dos krävas.

### Mål

Normalisering av förlossningsprogressen eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och >40 s duration. Vid snabb progress sänk infusionshastigheten.

## Åtgärd vid CTG-avvikelse

Om >5 kontraktioner/10 minut och/eller fosterljudspåverkan:

- Vid fosterljudspåverkan: sänkning eller avstängning av oxytocininfusion samt kontakta läkare.

- Vid mer än 5 värkar/10 minut som förelegat under 20 minuter med normala fosterljud, sänk oxytocininfusion och kontakta läkare för sambedömning.
- Optimera värkregistrering, vid dålig kvalitet av värkregistrering överväg en inre värkmätare.
- Vid överstimulering (hypertont värkarbete) och bradycardi ge inj. Terbutalin (t.ex. Bricanyl®) 0,25 mg långsamt i.v.

## Dokumentation

- Partogram, förlossningsprogress följs med observationslinje och aktionslinje.
- Indikation för värkstimulering ska dokumenteras i journal.
- Vid start av dropp: Värkfrekvens/10 minut dokumenteras i partogram, CTG klassificeras och signeras i Milou i realtid.
- Barnmorska ansvarar för att ordinationen dokumenteras i journal och av vilken läkare den är gjord. Dosförändringar dokumenteras därefter i partogram. Läkemedelsmodulen i Melior används inte för Oxytocin. Vid varje dosförändring dokumenteras värkfrekvens i partogram. CTG klassificeras och signeras i Milou i realtid.

## Värkstimulering med oxytocin under utdrivningsskedet

Vid oxytocinstimulering under utdrivnings-/krystskedet kan dosökningen göras snabbare, 10 - 20 ml/h var 10 – 15 min under förutsättning att CTG är normalt och antalet värkar ej överstiger 5/10 minuter. Dosen får inte överstiga 90 ml/timme utan förnyad läkarordination. Förlossningsläkare skall informeras då det varit fullvidgat i 2 timmar, alternativt att aktivt krystningsarbete pågått i en timme. [Time-out vid utebliven förlossningsprogress](#)

## Kontraindikationer

Överkänslighet, disproportion, hypertona värkar, misstanke om fosterasfyxi. Vid svårbedömt CTG överväg skalpprov innan start av oxytocininfusion.

## Ökad observans

Tidigare kejsarsnitt, allvarlig kardiovaskulär sjukdom, svår preeklampsi, multipara. Lång infusionstid och hög totaldos innebär en risk för övervätskning p.g.a. oxytocinets antidiuretiska effekt.

## 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

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Kvinnoklinik

**Innehållsansvar:** Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

**Godkänd av:** Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9641-1173499273-288

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-05-27

**Giltig till:** 2027-05-22