

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-12-09

Giltig till: 2026-12-04

# Hinnsvepning

## Sammanfattning

SFOG rekommenderar hinnsvepning i fullgången tid i syfte att initiera förlossningsstart, minska risken för överburenhet och minska behovet av induktioner. Riktlinjen ger råd och rekommendation om förutsättningar, kontraindikationer och genomförande av hinnsvepning.

## Förutsättningar

Effekten av hinnsvepning är omstridd. Förespråkare anser metoden som både effektiv, kostnadseffektiv och lättillgänglig, kritiker menar att den saknar effekt samt medför onödigt lidande och oro. En Cochrane-rapport från 2005 avråder från rutinmässig användning med hänvisning till otillräcklig nytta i relation till obehag och smärta. Hinnsvepning har en mindre förutsägbar effekt och ska aldrig ersätta induktion då den är medicinskt motiverad.

## Hur påverkar hinnsvepningen?

Prostaglandiner frisätts och den lokala produktionen av prostaglandiner ökar. Prostaglandiner spelar en viktig roll i cervixutmognad genom uppmjukning av vävnaden och genom att öka myometriets benägenhet till kontraktioner.

## Genomförande

### När kan den utföras?

Efter okomplicerad graviditet på *kvinnans önskan* efter vecka 39 (på läkarordination även före 39+0). Således utförs den ej rutinmässigt.

## Av vem kan den utföras?

Hinnsvepning kan utföras av barnmorskor och läkare i både öppen- och slutenvård. Om den sker på medicinsk indikation ska den utföras på sjukhuset.

## Hur ska den utföras?

Kontrollera dokumentation placentaläge i Obstetrix ultraljudsmodul.

Informera patienten före hinnsvepningen att obehag och en liten okomplicerad vaginal blödning är vanligt, likaså sammandragningar som kräver smärtlindring.

Kontrollera att föregående fosterdel är huvud och om det är ruckbart/fixerat i bäckeningången.

Undersökarens finger förs in i cervixkanalen till inre modermunnen. Därefter lossas fosterhinnorna från det nedre uterinsegmentet med en eller flera cirkelrörelser. Fingret kan krokas lätt för att komma lite på insidan av nedre uterinsegmentet.

Avbryta om kvinnan känner starkt obehag.

Någon kontroll efter hinnsvepning behövs inte.

Interventionen kan utföras varannan till var tredje dag och får anpassas efter patientens önskemål och verksamhetens möjligheter. Vid upprepade hinnsvepningar ska dock risken för uppåtstigande infektion beaktas.

## När ska den inte utföras (kontraindikationer)?

Samtliga tillstånd som innebär kontraindikation till vaginal förlossning (till exempel placenta praevia)

Fosterläge annat än huvudändläge

Vid rörligt huvud

Osäker graviditetslängd

Misstänkta fetala missbildningar

Aktiv herpesinfektion

Pågående känd cervixinfektion

Vaginal blödning i andra eller tredje trimestern

Konstaterad eller misstänkt vattenavgång

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Antje Johannsmeyer, mödrahälsöversörare, kvinnokliniken, SÄS

Stina Berver, specialistläkare, förlossningen, kvinnokliniken, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, kvinna och barn, SÄS

Nyckelord

Hinnsvepning, initiera, förlossningsstart

## Länkförteckning

[Svenska barnmorskors uppfattning om och användande av hinnsvepning](#)

<https://www.sfog.se/start/kunskapsstoed/obstetrik/foerlossning/>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Kvinnoklinik

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

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

**Dokument-ID:** SAS9641-1173499273-74

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2024-12-09

**Giltig till:** 2026-12-04