

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2024-12-10

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Giltig till: 2026-12-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Sekundär värksvaghet - behandling

## Revideringar i denna version

Helt omarbetat styrdokument.

## Bakgrund, syfte och mål

Det är viktigt att behandling av sekundär värksvaghet görs vid rimlig tidpunkt och på ett korrekt sätt. Det är naturligt att livmodern tar en paus under förlossningen. Actionline i partogrammet ska inte användas. Vid misstanke om utebliven progress ska koordinator eller kollega konsulteras innan eventuell åtgärd görs eller läkarkontakt tas.

När det gäller omfödernor med utebliven progress och misstänkt sekundär värksvaghet ska läkare alltid kontaktas så då andra faktorer än värksvaghet måste övervägas.

## Arbetsbeskrivning

### Definition

Sekundär värksvaghet innebär att livmodermunnen till en början öppnar sig i normal takt för att senare i förlossningens skede avta eller avstanna helt. Utebliven progress kan inte konstateras förrän det passerat minst 2 timmar efter föregående undersökning. Progress går inte att mäta i endast öppningsgrad utan station och värkstatus är också en del i progressen. Vid bedömning av progress, ta hänsyn till att den är individuell.

Då patienten varit retraherad i 2,5 timmar ska kontakt tas med primärjour och time-out med diskussion kring fortsatt handläggning genomförs.

### Förstahandsåtgärd

Vid oförändrad cervixstatus ska patienten uppmuntras till mobilisering/lägesändring och spinning babies ska utföras.

## Amniotomi

Om fortsatt utebliven progress 1 timme efter förstahandsåtgärden ska amniotomi utföras i värkstimulerande syfte. Fortsätt att uppmuntra till mobilisering/lägesändring. Avvakta 2 timmar efter amniotomi för att bedöma progress. Om fortsatt utebliven progress ska Oxytocindropp kopplas enligt nedan.

## Oxytocindropp

8,3 mikrogram oxytocin blandas i 500 ml 0,9 % NaCl. Börja på 20 ml/timme var 20:e minut upp till 180 ml/timme. Bedöm värkstatus manuellt. Kontinuerlig CTG-registrering, se styrdokument [Fosterövervakning – handläggning](#).

Efter att oxytocindroppet kopplats ska det vara progress i förlossningen. Denna säkras genom IU varannan timme.

*Behandlingstid:* minst 4 timmar med optimal stimulering (= 4–5 kontraktioner/10 minuter) innan omvärdering görs.

*Mål:* normalisering av förlossningsprogress eller 4–5 kontraktioner/10 minuter och > 40 sekunders duration. Infusionen ska *inte* höjas ytterligare vid adekvat progress. Om snabb progress överväg stänga av infusionen. Tänk på att oxytocindropp är en riskfaktor för en större bristning, så sänkning eller avstängning av oxytocindroppet ska övervägas i slutfasen av krystningen.

Överstimulering definieras som mer än 5 värkar på 10 minuter eller fosterljudspåverkan i form av klart försämrat CTG. Om man får en överstimulering minskas droppet till närmast föregående infusionstakt. Avvakta en stund – om inte normalisering stängs droppet.

## Referenser

Socialstyrelsen, riktlinje [Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning](#) (2011).

## Arbetsgrupp

Emelie Ottosson och Cecilia Evertsson.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

**Granskad av:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-250

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2024-12-10

**Giltig till:** 2026-12-31