

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-02-19

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Giltig till: 2028-02-29

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Riskbedömning - förlossningsvård

Revideringar i denna version

Sista punkten i röd kolumn är tillagd.

Bakgrund, syfte och mål

En aktiv riskbedömning vid ankomst till förlossningen medför att kvinnan får vård på rätt nivå. Riskbedömning vid ankomst grundas på anamnes och ankomststatus och denna ska dokumenteras under sökordet Riskbedömning förlossning i Obstetrix och anges på beläggningslistan som låg-, medel- eller högrisk. Riskbedömningen ska omvärderas kontinuerligt under vårdtiden och minst vid varje överrapportering. Målet är att uppmärksamma de patienter som har en ökad risk och därmed snabbare reagera om läget skulle förändras.

Arbetsbeskrivning

Ankomststatus ska omfatta

1. Genomgång av patientens journal.
2. Yttre palpation för att fastställa läge och föregående fosterdel.
3. Avlyssna fosterljud med tratt.
4. CTG-intagningstest under 20 minuter eller tills bedömlig kurva enligt nationell CTG-klassificering för antepartalt CTG erhålls alternativt system 8002.
5. Kontroll av kvinnans puls, blodtryck, vid högt blodtryck urinsticka och vid vattenavgång kroppstemperatur.
6. Vaginalundersökning vid behov.
7. Notera högt BMI, över 30.
8. Konfirmera eventuell förlossningsplan.

Riskbedömning ska ske vid vård på förlossningsavdelningen och ska utvärderas kontinuerligt under vårdtiden. Bedömningen dokumenteras i

journal och på beläggningslista minst en gång per arbetspass och alltid vid ändring i risknivå. Vid dokumentation i journalen anges vilka kriterier som patienten uppfyller, till exempel ”högrisk på grund av induktion efter tidigare sectio”. I samband med rond ska ansvarig läkare bedöma högriskpatienter bedside och dokumentera en plan i journalen. Detsamma gäller vid uppgradering av risknivå från medelrisk till högrisk, då jourhavande läkare ska informeras, vilket ska ske i anslutning till uppgraderingen, och läkaren ska ta aktiv del i planeringen och handläggningen av förlossningen samt dokumentera planen i journalen. Vid tecken på komplikation/avvikelse ska barnmorskan fatta beslut om vidare handläggning vid låg- och medelriskpatienter, och vid behov görs detta i samråd med koordinator och läkare. Jourhavande läkare ska informeras och ta aktiv del i planering och handläggning av förlossningen hos högriskpatienter samt ska dokumentera i patientens journal. Vid komplikation/avvikelse hos högriskpatienter ska läkare, efter samråd med barnmorska, fatta beslut om vidare handläggning.

Klassificering

Grön	Lågrisk: barnmorska ansvarar för handläggningen. Frisk patient med normal graviditet och förväntad normalförlossning.
Gul	Medelrisk: utökad övervakning. Först- eller omföderska med någon avvikelse i hälsa eller graviditet.
Röd	Högrisk: svårt sjuk patient eller risk för komplicerad förlossning.

Lågriskpatient

Kriterier

- Graviditetsvecka 37+0–41+6.
- Enkelbörd.
- Huvudbjudning utan uttalat deflektionsläge.
- Spontan förlossningsstart med eller utan vattenavgång.
- Normalt CTG, enligt CTG klassificeringssystemet.
- Blodtryck < 140/90.
- Ingen känd sjukdom eller komplikation hos kvinnan eller fostret som kan påverka förlossningsförloppet.
- GBS-kolonisering.

Medelriskpatient

Kriterier för lågriskpatient är inte uppfyllda.

Exempel på komplicerad obstetrisk anamnes

- Placentaretention vid tidigare förlossningar.
- Postpartumblödning > 1000 ml tidigare.
- Tidigare sectio.
- Tidigare sfinkterskada.
- Omfattande könsstympling så som infibulation.

Exempel på komplikation under graviditet

- Diabetes White A–B.
- BMI > 30 (vid inskrivning på mödravården).
- Duplex.
- Immunisering.
- Induktion.
- Marginell placenta previa.
- Placenta previa utan blödning.
- Multipara > 4- para.
- Tillväxthämning (barn mindre än -22 %).
- Poly/oligohydramnios.
- Misstänkt stort barn.
- Preeklampsi.

Exempel vid ankomst eller pågående förlossning

- Avvikande CTG, CTG som kräver extra bevakning.
- Feber hos mor > 38°.
- Långvarig vattenavgång > 18 timmar.
- Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten.
- Prematuritet 30+0–36+6 graviditetsveckor.
- Överburenhet $\geq 42+0$.
- Långdraget förlossningsförlopp, utebliven progress trots adekvata åtgärder.
- O-NEWS poäng 4–5 eller 3 poäng i en parameter.

Högriskpatient

Högriskpatienter ska handläggas av erfaren barnmorska och man ska vid fördelning av patienter ta hänsyn till vårdtyngden som en röd patient innebär.

Kriterier

- Svårt sjuka patienter, till exempel svår preeklampsi, HELLP, hjärtfel, Diabetes White C-F.
- Induktion efter tidigare sectio.
- Oxytocinstimulering efter tidigare sectio.
- Tidigare skulderdystoci.
- Fetal malposition inklusive sätesbjudning.
- Hotande prematurförlossning < 30 veckor.
- Grav IUGR (tillväxthämning).
- Värkpatienter som under graviditeten haft påverkan av umbilicalflöde, BFC ≥ 1 .
- Pågående stor blödning under/efter partus.
- Svårt sjuka patienter med O-NEWS-poäng ≥ 6 .

Åtgärder

- Läkare informeras när patienten inkommer till förlossningen.
- Patienten rondas av läkare och barnmorska.
- En riskbedömning skall göras av barnmorska och läkare gemensamt.
- Läkare dokumenterar handlingsplan i journal fortlöpande.
- Bastest skickas.
- Perifer venkateter skall sättas.
- Ställningstagande till kontakt med narkosläkare för information om patienten.

	Frisk	Medelrisk	Högrisk
Kvinnan	Blodtryck < 140/90	Preeklampsi	Svår preeklampsi/HELLP
	GBS-kolonisering	Tidigare sectio	Hjärtfel hos mor
	Ingen sjukdom som påverkar förlossningsförloppet	Tidigare placentaretention	Tidigare skulderdystoci
		Tidigare sfinkterskada	Diabetes White C–F
		Diabetes White A–B	Placenta previa med blödning
		BMI > 30	
		Immunisering	
		Marginell previa	
		Placenta previa utan blödning	
		Multipara > 4	
	Könsstympling		
Barnet	Gravvecka 37+0–41+6	Gravv 30+0–36+6 och \geq vecka 42+0	Hotande prematurförlossning < vecka 30+0
	Enkelbörd	Duplex	Sätessförlossning
	Huvudbjudning	Tillväxthämning	Grav tillväxthämning
	Ingen sjukdom som påverkar förlossningsförloppet	Misstänkt stort barn	Påverkat flöde, BFC \geq 1, nu förlossningsarbete
Förlossning	Spontan förlossningsstart	Induktion	Induktion efter tidigare sectio
	Normalt CTG	Temp > 38°	Stor pågående blödning under/efter partus
	Spontan vattenavgång	Vattenavgång > 18 timmar	O-NEWS > 6 poäng
	Klart fostervatten	Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten	Oxytocinstimulering efter tidigare sectio
		Långdraget förlossningsförlopp	
		O-NEWS 4–5 poäng eller 3 poäng i en parameter	

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-35

Version: 5.0

Giltig från: 2026-02-19

Giltig till: 2028-02-29