

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-30

Giltig till: 2027-12-30

Riskbedömning på förlossningsavdelningen

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.

Revideringar i denna version

Kombinationen av misstänkt infektiös feber och oxytocinstimulering gör att patienten blir högrisk.

2025-12-30: Rutinen förlängs. Innehållsansvarig ändras från Teresia Svanvik till Pihla Kuusela

2023-12-13: Endast sett över att innehållet fortfarande är aktuellt. Nya granskare är Mårten Alkmark och Hanna Friberg.

Syfte

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 skall dokumenteras under sökordet riskbedömning förlossning i Obstetrix. Patienten ska klassificeras som låg, medel eller högrisk, dokumenteras under motsvarande undersökord.

Ankomststatus ska omfatta

- Yttre palpation för att fastställa läge och föregående fosterdel.
- Avlyssna fosterljud med tratt.

- CTG-intagningstest under 20 min eller tills bedömbär kurva enligt nationell CTG-klassificering erhålls.
- Kontroll av kvinnans puls, blodtryck, vid högt blodtryck urinsticka, vid vattenavgång kroppstemperatur.
- Vaginalundersökning vid behov.
- Notera högt BMI.
- Konfirmera eventuell förlossningsplan.

Riskbedömning ska ske vid aktiv förlossning men skall utvärderas kontinuerligt under förlossningen. Bedömningen dokumenteras i journal och på beläggningslista minst en gång per arbetspass. Vid dokumentation i journalen anges vilka kriterier som patienten uppfyller, t.ex. ”högrisk pga. induktion efter tidigare sectio”. I samband med rond skall ansvarig läkare bedöma högriskpatienter bedside och dokumentera en plan i journalen. Detsamma gäller vid uppgradering av risknivå från medelrisk till högrisk, då läkare skall vidtalas och bedöma patienten på förlossningsrummet, vilket skall ske i anslutning till uppgraderingen, samt dokumentering av plan 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 sektionsledare och läkare. Vid komplikation/avvikelse hos högriskpatienter ska läkare, efter samråd med barnmorska, fatta beslut om vidare handläggning.

Lågriskpatient

Kriterier:

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

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.

Exempel på komplikation under graviditet

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

Exempel vid ankomst eller pågående förlossning

- Avvikande CTG.
- Feber hos mor.
- Långvarig vattenavgång > 18 timmar.
- Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten.
- Prematuritet 28+0 - 36+6 graviditetsveckor.
- Överburenhet $\geq 42+0$.
- Långdraget förlossningsförlopp, utebliven progress trots adekvata åtgärder.
- Syntocinondropp.

Högriskpatient

Högriskpatienter skall handläggas av erfaren barnmorska som inte skall ansvara för flera patienter samtidigt.

Kriterier:

- Svårt sjuka patienter t.ex. svår preeklampsi, HELLP, hjärtfel, Diabetes White C-F.
- Induktion efter tidigare sectio.
- Oxytocinstimulering efter tidigare sectio.
- Oxytocinstimulering vid misstänkt infektiös feber.
- Tidigare skulderdystoci.

- Fetal malposition.
- Prematuritet < 28 veckor.

Åtgärder:

- Mellanjour och/eller bakjour vidtalas om patienten av primärjour.
- Bastest skickas.
- Perifer venkateter.
- Ställningstagande till kontakt med narkosläkare för information om patienten.
- Vid flera riskfaktorer som t.ex feber hos mamman, mekoniumfärgat fostervatten, syntocinondropp och långdraget förlopp, skall en riskbedömning göras av barnmorska och läkare gemensamt samt planera för fortsatt handläggning, vilken dokumenteras i journalen.

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.

Granskare/arbetsgrupp

Mårten Alkmark, Sektionschef, Hanna Friberg, VÖL.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-238

Version: 10.0

Giltig från: 2025-12-30

Giltig till: 2027-12-30