

Aktiv förlossning

Gäller för: Kvinnokliniken förlossning och slutenvårdsenhet

Utförs på: Förlossningen

Faktaägare: Maud Carlfalk

Vid BB/Förlossningen CLV skall så kallad aktiv förlossning tillämpas, se bilaga ang denna modell.

Med detta följer att patient som inte är i förlossningsarbete, eller observation på grund av någon graviditetskomplikation, inte ska vårdas på Förlossningen.

Patient som inkommer till BB/Förlossningen med sammandragningar, men som efter undersökning inte uppfyller kriterierna på förlossningsstart (se kriterier), föreslås att åka hem för bättre vila tills förlossningen startar.

Om detta inte är möjligt får pat komma in till BB i avvaktan på att komma hem.

Ansvarig barnmorska får sända hem patienten om förlossningen inte har startat förutsatt att allt annat inklusive CTG är normalt. CTG ska signeras av läkare, om nattetid ska det sparas för signering av läkare vid morgonronden.

När förlossningen bedöms ha startat ska ett partogram börja användas.

Vid starten ska en tänkt ideallinje för cervix' öppningsgrad ritas in med tänkt progress 1 cm per timme. Samtidigt ska en andra linje som kallas aktionslinje ritas in 2 cm från ideallinjen och parallellt med denna.

VU ska göras senast 2 tim efter förra VU oberoende av värk- och smärtstatus.

Fortsätt observera progress och öppningsgrad. Om den aktuella linjen når aktionslinjen föreligger ett ineffektivt värkarbete, som senast då ska stimuleras. Detta under förutsättning att det inte finns några onormala tecken som gör att förlossningen bör avslutas med kejsarsnitt.

För stimulering av värkarbetet rekommenderas amniotomi resp oxytocindropp.

Syntocinondropp får sättas av ansvarig barnmorska om fullgången tid, hittills allt normalt, patienten frisk och ej opererad på livmodern.

För beredning etc se PM ang oxytocindropp, samt PM ang värkstimulering. Individuell dropphastighet med successiv höjning med mål att få progress enligt ovan under fortsatt noggrann observation av värkstatus och fosterljud.

Läkarkontakt vid avvikelse samt vid dropphastighet 150 ml/timme.

Intrauterin värmätning rekommenderas vid behov. Liberalt om svårstyrkt värkarbete, CTG- avvikelser, misstanke på överstimulering, tidigare kejsarsnitt, EDA.

Se även bilaga med principer ang modellen.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare