## Endring siden forrige versjon

Revidert i tråd med fosterovervåkning under fødsel.

Justeringer i tekst og tabell. Gjør deg kjent med innholdet på nytt.

## Hensikt

Sikre at oppfølging av kvinner ifølge differensiert fødselsomsorg

## Målgruppe

Alle medarbeidere ved Føde/barselseksjonen.

## Fremgangsmåte

Generelt

* Differensiering innebærer en vurdering av den enkelte kvinnes antatte behov for oppfølging og overvåkning ved fødselen.
* Ved SØ deles de fødende inn i to grupper: lavrisikofødende og høyrisikofødende.
* Selektering skjer underveis i svangerskapet, ved innkomst fødeavdelingen og fortløpende under hele fødselsforløpet.
* En fødende som starter som lavrisikofødende kan underveis i fødselen endre status til høyrisikofødende.
* Differensieringen innebærer ulike rutiner for hvordan kvinnen skal overvåkes under fødselen samt bruk av intervensjoner.

**Lavrisikofødende kan føde på Føde A.**

Lavrisikofødende skal:

* Ikke ha kompliserende faktorer som nevnt i tabell 1.
* Være uten sykdom som påvirker svangerskap og fødsel.
* Ha sikker termin.
* Ha spontan fødselsstart f.o.m uke 37 +0 t.o.m uke 41+6.
* Ha ett barn i hodeleie.
* Ha gått jevnlig til svangerskapskontroller.
* Ikke røyke til daglig.
* Ikke tidligere hatt postpartum blødning over 1500 ml eller fastsittende placenta.

Følgende risikokvinner kan også føde på Føde A. Fødselen overvåkes etter retningslinjer i tabell 1:

* Grand multipara (para ≥ 5). Obs post partum blødning.
* Tidligere ukomplisert post partum blødning inntil 1500 ml.
* Kvinner med tidligere sectio som også har en tidligere vaginal fødsel (uavhengig av rekkefølge)
* Kvinner der elektiv sectio er avtalt.
* Induksjoner grunnet vannavgang.
* Induksjoner grunnet overtid uten andre risikofaktorer.
* Prematur fødsel med spontan fødselsstart f.o.m uke 36 +0 t.o.m uke 36+6.

Ved tidligere komplisert fødsel gjøres det en individuell vurdering av risikograd. Tidligere vakuumforløsning er ikke nødvendigvis en risiko for mor/barn.

Fødende med velregulert hypotyreose og kvinner med tidligere rusmisbruk og rusfritt svangerskap klassifiseres som lavrisikofødende, så fremt ikke andre faktorer skulle tilsi noe annet.

Lavrisikofødende overvåkes med auskultasjon og evt. intermitterende CTG, se [Fosterovervåking - under fødsel](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok32689.htm).

Lavrisikofødsler bør være jordmorledet.

Det er viktig å endre status i Partus fra lavrisikofødende til risikofødende når kliniske forhold tilsier det, se tabell 1. Om kvinnen endrer status fra lavrisikofødende til risikofødende under fødselen, intensiveres fosterovervåkningen til kontinuerlig CTG/STAN, men kvinnen forblir på samme fødestue/avdeling.

Kvinner som ikke er lavrisikofødende, men heller ikke har risikofaktorer innunder tabell 1, (eks røykere, GBS i urin) kan overvåkes med intermitterende CTG i tillegg til auskultasjon, CTG forslagsvis hver 3-4 time. Jordmor konferer evt. med lege om overvåkning og oppfølging under fødselen.

**Risiko kvinner bør fortrinnsvis føde på Føde B såfremt kapasiteten tillater det. Fødselen overvåkes med kontinuerlig CTG/STAN.**

**Tabell 1. Mor er risikofødende når følgende faktorer foreligger:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risikofaktorer hos mor** | **Risikofaktorer hos foster** | **Risikofaktorer under fødsel** |
| Preeklampsi | Preterm fødsel (<37 uker) | Stimulering med oksytocin |
| Overtidig svangerskap ≥ 42+0 | Vekstretardasjon | Feber hos mor |
| Mors BMI > 40 | Oligohydramnion | Misfarget fostervann |
| Tidligere sectio eller annen operasjon på uterus | Unormal blodstrømsmåling i a. umbilicalis, a. cerebri media eller a. uterina. | Vannavgang over 18 timer uten spontan fødselsstart |
| Indusert fødsel | Immunisering | Protrahert forløp |
| Mistanke om infeksjon hos mor | Tvillingsvangerskap | Rikelig vaginal blødning |
| Blødning før fødsel utover tegningsblødning | Mistanke om lite liv ved innkomst | Mistanke om avvikende hjertelyd ved auskultasjon |
| Mindre enn 4 svangerskapskontroller | Setepresentasjon | Hypertont riarbeide\* |
| Mor er 40 år eller eldre | Andre tilstander etter vurdering av lege | Avvikende eller patologisk innkomst CTG |
| Tidligere alvorlig fosterkomplikasjoner i svangerskap eller fødsel | >30 min trykketid | Epidural, spinalanalgesi.  Kontinuerlig CTG de første 30 minutter fra oppstart, deretter overvåking ifølge selektering. |
| Sykdom hos mor:   * Høyt blodtrykk * Hjerte/lungesykdom * Autoimmun sykdom * Diabetes (inklusive kostregulert) * Alvorlig anemi * Andre tilstander etter vurdering | Kjente navlesnorskomplikasjoner:   * Velamentøst navlesnorsfeste * Marginalt navlesnorsfeste * Singel Umbilical Arterie (SUA) |  |
| Førstegangsfødende mellom 35 og 40 år som i tillegg har en BMI mellom 35 og 40 |  |  |

\* Hypertont riarbeide: flere enn 5 rier per 10 minutter i to påfølgende 10-minutters-perioder eller i gjennomsnitt over 30 minutter. Koblede rier og repeterende rier >2 minutters varighet er utrykk for hyperton uterus (med eller uten stimulering).

Risikofødende overvåkes med kontinuerlig CTG/STAN, se [Fosterovervåking - under fødsel](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok32689.htm).

Lege har det medisinske ansvaret ved høyrisikofødsler.

Kvinner med truende prematur fødsel før uke 28, henvises videre til Oslo Universitetssykehus.

Kvinner med tilstander som krever høyere beredskap, enn Kvinneklinikken SØ kan tilby, vurderes individuelt av ansvarlig lege og overflyttes eventuelt Oslo Universitetssykehus.

#### Referanser

|  |  |
| --- | --- |
| [A4.2/3.1.2-26](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok32689.htm) | [Fosterovervåking - under fødsel](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok32689.htm) |
| [A4.2/3.1.2-32](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok10047.htm) | [Fødselslege tilkalles ved fødsel.](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok10047.htm) |

|  |
| --- |
| [The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. Li, Y. et.al, BMJ journals](https://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e004026) |
| [The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Hollowell, J. et .al, PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26334076/) |
| [Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. Bernitz, S. et.al,](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187863/) |
| [Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/) |

#### Vedlegg

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

#### Andre kilder/litteraturliste

**Slutt på Prosedyre**