

<b>D4</b> ENTERPRISE SOLUTIONS Dokumentnummer: <b>P4.1.01</b> Dokumentbrugere: <b>JDM</b>	Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret. <b>Procedure for den ukomplicerede fødsel</b>			Niveau: <b>Proces</b>  Godkendt af: <b>LouZie</b> <b>23.11.2015</b>
	Redaktør: <b>JuIMol</b>	Dokumentansvarlig: <b>KlinikChef</b>	Version: <b>2</b>	

- 1) [Formål](#)
- 2) [Ansvar & Gyldighedsområde](#)
- 3) [Definitioner/forklaringer](#)
- 4) [Fremgangsmåde](#)
- 5) [Referencer og henvisninger](#)

## 1) Formål

- at styrke og definere den ukomplicerede spontane fødsel
- at sikre en veldefineret ramme hvori den spontante fødselsproces kan udfolde sig på klinik Storkereden
- at skabe optimale betingelser for en god fødselsoplevelse for kvinden og hendes partner
- at minimere komplikationer under og efter fødslen på klinikken

## 2) Ansvar & Gyldighedsområde

Proceduren anvendes på Storkereden.nu's fødeklinikker.

Det er klinikejeren der er ansvarlig for implementeringen af proceduren. Det er den enkelte medarbejder der har ansvaret for udførelsen af proceduren. Klinikejer har ansvar for at ajourføre vejledningen i tilfælde af ny viden eller evidens indefor området.

## 3) Definitioner/forklaringer

Denne retningslinje omhandler den ukomplicerede fødsel defineret som, Fødsel af ét barn med en forventet fødselsvægt svarende til gestationsalderen (AGA) i bagehovedpræsentation og til termin.

Terminen defineres som perioden mellem gestationsalder 37+0 og 42+0 regnet fra scanningsterminen.

Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning eller instrumentel forløsning (dvs. uden sugekop, tang eller kejsersnit) Kvinden bløder mindre end eller svarende til 500 ml. Den samlede blødningsmængde vurderes to timer post partum.

Udvidelsesperioden:

Udvidelsesperioden defineres som tidsrummet fra veerne begynder, og til orificium er udslettet.

Kvinden er i fødselens latensfase, når der er regelmæssig eller uregelmæssig veaktivitet, som modner og afkorter collum og/eller udvider orificium.

Kvinden er i fødselens aktive fase, når der er regelmæssig, god veaktivitet og orificium er 4 cm dilateret. Hos førstegangsfødende skal collum være udslettet. Veeerne skal som hovedregel komme med et interval på mindre end eller lig med 5 minutter.

Uddrivningsperioden:

Fra orificium er udslettet, og til barnet er født. Denne fase indledes med en nedtrængningsfase, hvor caput trænger ned på bækkenbunden.

Pressefasen begynder, når caput er fuldt roteret på bækkenbunden, og der er spontan, kraftig pressetrang.

Efterbyrdsperioden:

Efterbyrdsperioden defineres som tidsrummet, fra barnet er født og indtil placenta er født.

## 4) Fremgangsmåde

### Jordemoderens virksomhedsområde

- Fødselshjælp til den fødende og barnet ved spontant forløbende fødsler, som forløber uden komplikationer
- Anlæggelse af episiotomi samt suturering efter denne eller efter opståede grad 1 og 2 bristninger i vagina og perineum.
- Anlæggelse af infiltrations- og overfladeanalgesi forud for suturering af bristninger/episiotomi
- Anlæggelse af steriltvandspabler
- Administration af K-vitamin (Konaktion) til det nyfødte barn (se procedure for k-vitamin)
- Administration af uteruskontraherende midler til moderen efter fødslen
- Andre behandlinger, der er bemyndiget af ledende overlæge
- Omhyggelig og korrekt journalføring ved fødselsforløbet

### Modtagelse og vurdering på fødeklinikken

Det er vigtigt, både ved telefonsamtalen og ved modtagelsen af kvinden på fødeklinikken, at hun føler sig imødekommet og får den information og rådgivning, som er relevant for hende.

Telefonkontakt til fødeklinikken  
Samtalen tager udgangspunkt i kvindens behov for information og vejledning, hvor hun end måtte være i fødselsforløbet. I samråd med kvinden og hendes partner tages der stilling til, om hun skal komme til undersøgelse eller afvente.

Samtalen dokumenteres med angivelse af, hvilken information og vejledning der er givet til den gravide.

Modtagelse på klinikken:

Når kvinden ankommer til klinikken gøres følgende observationer/undersøgelser:

- Anamnese
- Kvindens psykiske tilstand
- Udvendig undersøgelse med henblik på uterus' størrelse, barnets lejrning, caputs stand og foster skøn.
- Vurdering af barnets tilstand med doptone. Der lyttes i 1 minut umiddelbart efter en ve
- Vurdering af veernes styrke, varighed og interval samt uterus tonus manuelt.
- Vaginal eksploration med vurdering af collums længde og placering, orificiums dilation, caputs stand og rotation og fleksion, kontakten mellem caput og orificium, tykkelsen af nedre segment
- +/- fostervand, spænding i hinderne
- Måling af moderens puls og BT
- Hvis der har været vandafgang > 6 timer, hvis kvinden virker febril eller ved tachycardi hos barnet, måles temperatur. Kvinden tager selv temperatur i hjemmet og dette gentages i klinikken. ( se procedure for feber i fødslen)
- Hvis der er forhøjet BT, eller hvis der ikke er fundet normale resultater af undersøgelser for protein og glukose indenfor den seneste uge, foretages undersøgelser for protein og glukose med urinstiks ( se procedure for hypertension)
- Vurdering af, hvor kvinden er i fødselsprocessen, samt samtale med kvinden/parret, herunder stillingtagen til, hvorvidt hun skal blive på klinikken

### **Fødselens opstartsfasen:**

Tryghed i opstartsfasen er forbundet med kortere fødselsforløb og lavere risici for overflytning.

Ved telefonsamtale vejledes og rådgives den gravide og der aftales om hun bliver hjemme indtil ve-aktiviteten er regelmæssig. Hvis kvinder føler sig utryk tilbydes hun at komme på klinikken. Samtalen dokumenteres i journalen.

Observation af barnet i den latente fase på klinikken:

Barnets tilstand følges ved at lytte hjertelyd 3 x 5 sek. Umiddelbart efter en ve – ca. to gange i timen, samt før og efter vaginal eksploration. Barnets tilstand kan efter klinisk skøn og praktiske forhold følges med større intervaller (f.eks. ved kvittering af lavement, når den fødende er i brusebad, sover, går tur m.m.)

Kvinden i den latente fase

- Anbefales at spise og drikke efter lyst
- Anbefales at hvile. Informeres om, at fasen kan være langvarig, men at progressionen accelererer i takt med veernes styrke.

### **Smertelindring i den latente fase:**

- Jordmoderens psykiske og fysiske støtte
- Varmt bad
- akupunktur
- massage
- Varmepude
- bevægelse og lejrning
- hjælp til vejrtrækning
- afspænding og musik

### **Fødselens aktive fase:**

Barnet i den aktive fase:

Barnets tilstand følges efter klinisk skøn og praktiske forhold. Barnets hjertelyd lyttes over 1 minut. Umiddelbart efter hver ve hvert kvarter, samt før og efter en vaginaleksploration samt i forbindelse med vandafgang.

Overvågningen af barnets tilstand kan ligeledes her - afhængig af det kliniske skøn eller praktiske forhold - gennemføres med lidt større intervaller, f.eks. ved kvittering af lavement, eller hvis den gravide er i bruse- eller karbad.

Kvinden i den aktive fase:

Der tilbydes lavement samt mulighed for vandfødsel (se retningslinje for vandfødsel)

Der er en jordemoder til stede på fødestuen i hele den aktive

fase, fraset pauser aftalt med den fødende.

Partneren eller andre ledsagere skal medinddrages under hele forløbet så vidt muligt svarende til deres ønsker og behov.

Kvinden støttes fysisk og psykisk, herunder hjælpes til rette med vejrtrækning samt forskellige stillinger, der fremmer barnets rotation og nedtrængning, og som støtter kvindens aktive medvirken.

Den fødende tilbydes mad og drikke, som hun har lyst til.

### **Smertelindring i den aktive fase:**

- Jordmoderens psykiske og fysiske støtte
- Bruse/karbad
- akupunktur
- massage
- Varmepude
- bevægelse og lejrning
- hjælp til vejrtrækning
- afspænding og musik
- sterilvandspapler
- Fødselshypnose
- rebozo/bold

Kvinden opfordres til at lade vandet ofte, så blæren så vidt muligt er tom under sidste del af udvidelsesperioden og i uddrivningsperioden. ( ved dystoci se procedure for dystoci i udvidelsesfasen)

Progression i den aktive fase

Veerne vurderes manuelt. De bør tiltage i styrke, varighed og hyppighed. Veerne vil

sædvanligvis være regelmæssige i denne fase.

Der vaginaleksplorerer, når der er vandafgang, og når jordmoderen i øvrigt skønner, at der er behov for status med henblik på fødselens progression og vejledning til kvinden.

Der er normal progression i denne fase, når orificium dilaterer sig med mindst ½ cm pr time vurderet over 4 timer. Veerne skal være kraftige, regelmæssige og med en varighed af 45 – 60 sek. og med et interval på 2 – 4 minutter (ved dystoci se procedure for dystoci i uddrivelsesfasen) Jordmoderen vurderer selvstændigt, om der skal foretages hindepunktur, når orificium er mere end 6 cm, og der er god kontakt mellem caput og orificium.

### **Uddrivningsperioden**

Nedtrængningsfasen

-Barnet i nedtrængningsfasen

I denne fase vurderes barnets hjerteaktion hvert kvarter over et minut umiddelbart efter en ve.

Kvinden i nedtrængningsfasen

-Kvinden opfordres til at følge veernes rytme og give efter for pressetrangen uden brug af Valsalvas manøvre. I denne fase skal caput rotere fuldt og komme helt ned på bækkenbunden ved veernes egen kraft.

Progression i nedtrængningsfasen

- Dystoci foreligger, hvis caput ikke er fuldt roteret og på bækkenbunden inden for 2 timer, efter at orificium er udslettet.

- Hvis der opstår vesvækkelse i nedtrængningsfasen, kan den fødende opfordres til at hvile i op til 1 time, forudsat at barnet har det godt.

- Behandling af dystoci/vesvækkelse se procedure for dystoci i uddrivelsesfasen)

### **Pressefasen**

-Barnet i pressefasen

I denne periode af fødslen vurderes barnets hjerteaktion hvert 5. minut eller efter hver ve. Der lyttes som tidligere beskrevet, men såfremt der er normal hjerteaktion, behøver alle værdier ikke føres ind i journalen.

-Kvinden i pressefasen

Som hovedregel skal kvinden kun presse, når hun føler trang til det; hun bør således ikke opfordres til det.

Når orificium er helt udslettet, og caput står fuldt roteret på bækkenbunden, kan kvinden opfordres til at presse aktivt, såfremt hun ikke presser spontant.

Det bør være undtagelsen, at kvinden opfordres til at presse aktivt inden dette tidspunkt, hvorfor der bør gives den fornødne tid til, at caput trænger helt ned på bækkenbunden.

Hvis kvindens egen presseteknik medfører ringe eller slet ingen progression, vejledes og støttes hun i at finde de pressestillinger og den presseteknik, som føles bedst for hende, og som er mest hensigtsmæssig for fødselens progression.

Smertelindring i pressefasen

I uddrivningsperioden er der følgende smertelindringsmuligheder:

- Varme omslag på perineum

- Akupunktur

- Bruse og karbad

- Hjælp til vejrtrækning

- Fødselshypnose

Progression i uddrivningsperioden (nedtrængningsfase og pressefase)

Efter en times presseperiode vurderes fødselens progression. Jordmoderen vurderer, om der er udsigt til snarlig forløsning. Er dette ikke tilfældet, kontaktes den fødeafdeling hvor patienten er tilknyttet med henblik på overflytning til vestimulation og videre udredning. ( se procedure for dystoci i uddrivelsesfasen samt procedure for overflytning)

Fødslen

Caput bør fødes i et tæt samarbejde mellem kvinden og jordmoderen. Der skal være fokus på støtte af perinæum.

Episiotomi anlægges fortrinsvis på barnets indikation.

Barnet lægges op til moderen hud mod hud - umiddelbart efter fødslen. Barnets mund og svælg suges kun ved behov.

Umiddelbart efter barnets fødsel gives 10 IE Syntocinon i.m. til moderen som

blødningsprofylakse. ( se procedure for lægemiddeladministration samt procedure for opbevaring af lægemidler)

Der vurderes apgar score efter 1 og 5 minutter.

På dette tidspunkt kan endvidere gives K-vitamin i.m. til barnet (se procedure for k-vitamin).

### **Efterbyrdsperioden**

Placentas fødsel

Her beskrives to metoder til forebyggelse af post partum blødning: Aktiv håndtering og fysiologisk håndtering af efterbyrdsperioden. Den fødende bør informeres om de to metoder og selv træffe valget om behandlingsmetode. (se procedure for placentas fødsel)

Aktiv håndtering af efterbyrdsperioden

Risikoen for blødning over 500 ml kan ved aktiv håndtering af efterbyrdsperioden reduceres fra 14 til 5 %.

Ved forreste skuldres fødsel (eller lige efter barnets fødsel) gives

10 IE(1 ml) Syntocinon i.m.

- Kontrolleret træk på navlesnoen (Den ene hånd placeres over symfyen. Der trykkes i ind- og opadgående retning, når der er kontraktioner) ved tegn på placentas løsning.

- Tidlig afnavling (30-60 sekunder efter barnets fødsel)

Fysiologisk håndtering af efterbyrdsperioden

Fødende uden risikofaktor kan efter informeret samtykke håndteres fysiologisk.

Hvis fødslen udvikler sig anderledes end forventet, og der opstår risikofaktorer, må jordmoderen ændre strategi og informere den fødende om ændret valg af metode. En fysiologisk efterbyrdsperiode varer i gennemsnit 10-20 minutter og kan vare op til en time. Fysiologisk håndtering kan anvendes, hvis den fødende er rask, ikke har nogen risikofaktorer og har født normalt.

Husk: Træk ikke i navlesnoeren ved fysiologisk håndtering. Det kan give øget blødning.

Jordmoderens rolle:

- Tryk og rolig stemning på stuen fremmer oxytocin-frigivelsen f.eks. barn til bryst, dæmp lyset, minimér uro, put dynen om mor og barn

- Herefter så lidt berøring som muligt

- Observér for tegn på separation af placenta (Frisk skylle blod, fundus rejser sig, pressefølelse)

- Kvinden føder placenta med eller uden tyngdekraft

- Efter placentas fødsel palperes uterus

Hvis placenta ikke er født efter en halv time

- Brystvorte-stimulation, gerne ved at lægge barnet til

- Blæren tømmes (vandladning, evt. engangs-kateter)

- Udnyt tyngdekraften

- Akupunktur

Hvis placenta ikke er født efter én time, eller hvis blodtabet overstiger 500 ml,

overflyttes til Næstved sygehus mhp. videre udredning. (se procedure for retencio placenta samt procedure for overflytning)

### **Inspektion og suturering**

Der udføres en grundig inspektion af vagina, vulva og perinæum samt en rectal eksploration.

Eventuel suturering foretages efter anlæggelse af adækvat analgesi.

Ved mistanke om sphincterruptur (bristning gr. III og IV) eller

collumrift overflyttes til sygehus mhp. videre udredning.

De første to timer efter fødslen

De første to timer efter fødslen

**Efter en ukompliceret fødsel**, hvor mor og barn er velbefindende, er det primære mål for omsorgen etableringen af mor/far/barn kontakt og amning.

Jordmoderen medvirker til at skabe ro på stuen, så forældrene får mulighed for at få en rolig og god begyndelse med deres barn.

Barnet post partum

Barnet skal ligge uforstyrret hud mod hud hos moderen så længe som muligt (mindst en time i løbet af de første to timer) med henblik på mor-barn kontakt, amning samt en rolig omstillingsproces for barnet.

Hvis moderen ikke kan have barnet hos sig i forbindelse med suturering, vises

partneren tilrette og opfordres til hud-mod-hud kontakt med barnet.

Jordmoderens undersøgelse foretages så vidt muligt efter, at barnet har suttet hos

moderen, og tidligst efter én time, hvis barnet ikke har suttet.

Barnet gives herefter K-vitamin, hvis dette ikke er givet i umiddelbar tilslutning til

fødslen. (se proceduren for k-vitamin samt procedure for undersøgelse af det nyfødte barn)

Kvinden post partum

Kvinden støttes i at lægge barnet til brystet, når barnet viser interesse for det.

Ammevejledningen foregår fortrinsvis mundtligt (hands off teknik)

Hvis moderen ikke ønsker at amme, støttes hun og partneren i stadig at have hud

mod hud kontakt med barnet og informeres om vigtigheden af dette. Der udleveres

laktationshæmmende medicin som ordineres af egen læge.

En og to timer efter fødslen vurderes uterus' størrelse, tonus og blødningsmængden

og blodtryk og puls kontrolleres.

Kvinden skal have ladt vandet, inden hun forlader fødeklinikken. Dette dokumenteres i

journalen.

4-6 timer efter fødslen kan mor og barn udskrives ambulantly.

## **5) Referencer og henvisninger**

Anbefalinger for svangreomsorgen 2009

Region Sjællands retningslinje for den normale fødsel

---

Bilag:

1, [Procedure for den Ukomplicerede fødsel papir vs.](#)