

Riskbedömning och identifiering av skyddande faktorer i samband med födsel

Detta dokument utgör en sammanställning och värdering av kunskapsläget inom det aktuella området. Arbetet har genomförts i konsensus mellan representanter från SBF och SFOG. Syftet är att dokumentet ska kunna tjäna som förlaga vid framtagande av kliniska rutiner/PM. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion, och författarna kan inte i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet.

Dokumentet har uppdaterats med ny titel samt justering av riskfaktortabellen. Ett verktyg i form av ett flödesschema med förklarande text har tillkommit som stöd för teamets bedömning, med syfte att främja en mer dynamisk riskbedömning och identifiering av skyddande faktorer samt att bidra till ett kontinuerligt lärande.

Dokumentet är framtaget inom Säker Förlossningsvård, ett samarbete mellan Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Neonatalföreningen inom Svenska Barnläkarföreningen och LjF (LjF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag).

Författare: Linda Rilby SBF, Julia Savchenko SFOG, Maria Bjelke SBF, Lotta Millde Luthander SFOG, Sofia Tallhage SBF, Johanna Sundqvist SFOG, Anna Klint SBF

Riskbedömningsverktyget

Vid inskrivning inför födsel görs en bedömning för att identifiera den gravidas skyddande faktorer och riskfaktorer. Använd gärna verktyget som ett underlag för diskussion med syfte att skapa samsyn och inkludera föderskan*.

Varför?

Målet är att förebygga och tidigt identifiera risker samt skapa beredskap för att vidta rätt åtgärd i rätt tid. Detta för att minska risken för negativa utfall för kvinnan och barnet samt bidra till kontinuerligt lärande och utveckling för hela teamet.

Vem?

Teamet kring den gravida omfattar relevanta personalkategorier på förlossningsavdelningen, med involveringsgrad anpassad efter den gravidas behov. Barnmorskan gör en första bedömning vid kvinnans ankomst till avdelningen och involverar efter det förlossningsläkaren om riskfaktorer finns. I vissa fall inkluderas även andra specialiteter, t.ex. narkosläkare, barnläkare eller infektionsläkare. I teamet ingår alltid den gravida och stödpersoner.

När?

Ansvarig barnmorska bedömer kontinuerligt den födande och barnets välmående före, under och efter födseln. När behov uppstår kontaktas förlossningsläkare för sambedömning.

- När ny personal tar vid, t.ex. vid passbyte eller när någon tar över ansvaret temporärt.
- När klinisk situation förändras, t.ex. vid avvikande fosterljud, feber eller högt blodtryck.

- När födseln kommer till en ny fas, t.ex. aktivt värkarbete, retraherad, kryststart, efter framfödande och innan flytt till eftervård.
- Inför eventuell intervention, t.ex. amniotomi, oxytocininfusion eller sugklocka.

Hur?

Ställ följande frågor:

- Vilka skyddande faktorer finns? T.ex. stöd, omföderska, snabbt förlopp, mobiliserad.
- Finns riskfaktorer att ta hänsyn till? Se tabellen som stöd.
- Vilka möjliga negativa utfall ska vi ha beredskap för?
 - För kvinnan (sfinkterskada, stor blödning, utebliven progress, psykologiskt traumatisk födsel, uterusruptur, eklampsi, annat).
 - För barnet (asfyxi/hypoxi, infektion, skulderdystoci, annat).
- När under födseln kan detta inträffa?
 - Under latensfas / induktion, aktivt värkarbete, utdrivningsskede, framfödande, strax efter födsel, på eftervården.
- Hur kan detta/dessa negativa utfall
 - förebyggas?
 - upptäckas?
 - hanteras?
- Behöver fler involveras? T.ex. senior kollega, förlossningsläkare, narkosläkare, barnläkare.
- När stämmer vi av nästa gång?
- Är det någon som vill lägga till något?

Dokumentera

Involvera kvinnan och stödpersoner i bedömningen och planeringen!

Hur bedömningen visualiseras kan bestämmas lokalt (t.ex. vid rond, bedside-rapport, förlossningstavla, kort i fickformat). Det är viktigt att bedömningen görs i relevant team, involverar kvinnan, är dynamisk och leder till tydlig planering.

*I denna text använder vi ordet ”kvinna”, vilket även inkluderar gravida personer med andra könsuttryck och könsidentiteter.

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. NICE guideline NG235. London: NICE; 2023 Sep 29 [uppdaterad 2025 Nov 14; citerad 2026 mar 26]. Tillgänglig från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies*. NICE guideline NG121. London: NICE; 2019 Mar 6 [uppdaterad 2019 Apr 25; citerad 2026 mar 26]. Tillgänglig från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121>
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Patient safety. London: RCOG; [citerad 2026 mar 26]. Tillgänglig från: <https://www.rcog.org.uk/guidance/patient-safety/>
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Improving patient safety: Risk management for maternity and gynecology. Clinical Governance Advice No. 2. London: RCOG; 2009.
5. Risk management in obstetrics. ScienceDirect; [citerad 2026 mar 26]. Tillgänglig från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721411001904>
6. Meyer R, Schwartz A, Horesh N, et al. A dynamic prediction score for obstetric anal sphincter injury among nulliparous women delivering vaginally. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 May;157(2):271–276.
7. Sadler LC, Masson VL, Belgrave S, et al. Contributory factors and potentially avoidable neonatal encephalopathy associated with acute peripartum events: An observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019 Oct;59(5):699–705.
8. Chang C, Perlman J. Anticipation and preparation for delivery room emergencies. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019 Dec;24(6):101031.
9. Proctor L. Delivering the promise to healthcare: Improving patient safety and quality of care using aviation CRM. *Patient Saf Qual Healthc*. 2005 [citerad 2026 mar 26]. Tillgänglig från: <https://www.psqh.com/analysis/delivering-the-promise-to-healthcare-improving-patient-safety-and-quality-of-care-using-aviation-crm/>

Grön	Gul		Röd
* Graviditetsvecka 37+0 – 41+6 * Enkelbörd * Huvudbjudning * Spontant värkarbete * Klart fostervatten * Normala fosterljud * Blodtryck < 140/90mmHg * Ingen känd sjukdom eller komplikation hos kvinnan eller foster som kan påverka förlossningsförloppet	1. Komlicerad obstetrisk anamnes med tidigare: * Intrauterin fosterdöd * Placentaretention * Sectio * Stor blödning > 1 500 ml * Sfinkterskada * Skulderdystoci * Könstympling 2. Komlicerad graviditet * Anemi (Hb < 90 g/L) * Blodsmitta * BMI > 35 * Duplex * GBS-kolonisering * Hotande prematurbörd * Hypertoni * Immunisering * Induktion * Medicinsk grundsjukdom * Poly-/oligohydramnios * Preeklampsi * Sätessjudning * Tillväxthämning el. stort barn * Aktivt drog- eller alkoholmissbruk * Allvarlig psykisk sjukdom * Komlicerad social situation	3. Vid ankomst eller under pågående förlossning * Överburenhet * Ålder förstföderska (< 18 år eller > 40 år) * Avvikande CTG * Feber * Fetal malposition * Kommunikationssvårigheter/ tolkbehov * Vattenavgång > 18 tim * Mekoniumfärgat fostervatten * Minskade fosterrörelser * Multipara (>4) * Svår förlossningsrädsla * Vaginal blödning (ej teckningsblödning) * Värkrubbning * Oxytocininfusion	* BMI >40 * Hjärtfel hos mor * Komlicerad koagulationsrubbning eller hemofili * Svår PE, HELLP eller annan allvarlig komplikation * Misstanke om sepsis * Magnesiumbehandling * Patologiskt CTG * Oxytocininfusion hos födande med tidigare sectio

BEDÖMNING

Vad vet vi om kvinnan och barnet?



Vilka skyddsfaktorer finns?



Finns riskfaktorer?

JA

NEJ

Möjliga negativa utfall



Kvinna



Barn



När kan det hända?

Plan (vänd sida)

Säker Förlossningsvård, Lof 2026

PLAN



Hur kan vi förebygga negativt utfall?



Hur upptäcker vi om det händer?



Vad gör vi om det händer?



Behöver fler involveras?



När stämmer vi av nästa gång?

Vill någon lägga till något?
Ny bedömning (vänd sida)