
 <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>Lite liv</h2>	
Kategori: Pasientbehandling - Fagprosedyrer - Annet - Annet 3		Gyldig fra/til: 25.06.2024 / 25.06.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF - Kvinneklinikken - Fødeavdelingen		Versjon: 10.01
Godkjenner: Kessler, Jørg		Prosedyre
Dok. ansvarlig: Kessler Jørg		Dok.id: D13804

Innhold

1	Prosedyrens formål.....	1
2	Pasienter prosedyren gjelder for	1
3	Helsepersonell fagprosedyren gjelder for.....	2
4	Ansvar.....	2
5	Fremgangsmåte.....	3
5.1.1	< 24 uker:.....	3
5.1.2	24 -28 uker:	3
5.1.3	> 28 uker:.....	3
5.1.4	Dokumentasjon	4
6	Referanser	4
7	Endringer siden forrige versjon.....	5

1 Prosedyrens formål.

Håndtering av gravide med redusert fosteraktivitet (lite liv)

- Telefonisk kontakt
- Mottak
- Diagnostikk
- Behandling

2 Pasienter prosedyren gjelder for

Internasjonalt foreligger ingen enhetlig definisjon hverken på normal eller redusert aktivitet hos barnet. Lite liv er derfor basert på kvinnens subjektive oppfatning av hva hun oppfatter som normal aktivitet for sitt barn og endring i aktivitetsmønster i forhold til dette. Som en tommelfingerregel kan man si at det er svært sjelden at et friskt barn sparker mindre enn ti spark i løpet av to timer på en tid av døgnet hvor det vanligvis er aktivt.

Mellom 4 og 16% av gravide oppsøker helsevesenet med bekymring for lite liv i 3 trimester. 70% av gravide som oppsøker helsevesenet med sin bekymring har et normalt svangerskap og føder et friskt barn. Lite liv er ofte assosiert med uheldige svangerskapsutfall som IUGR, placenta dysfunksjon, akutt infeksjon, føtomaternal transfusjon, lav Apgar score og intrauterin fosterdød. Gjentatte episoder med lite liv øker risikoen for uheldige svangerskapsutfall.

3 Helsepersonell fagprosedyren gjelder for

Vaktleder jordmor, jordmor på poliklinikken for gravide, lege med ansvar for øyeblikkelig hjelp, lege med ansvar for vurdering av henvisninger.

4 Ansvar

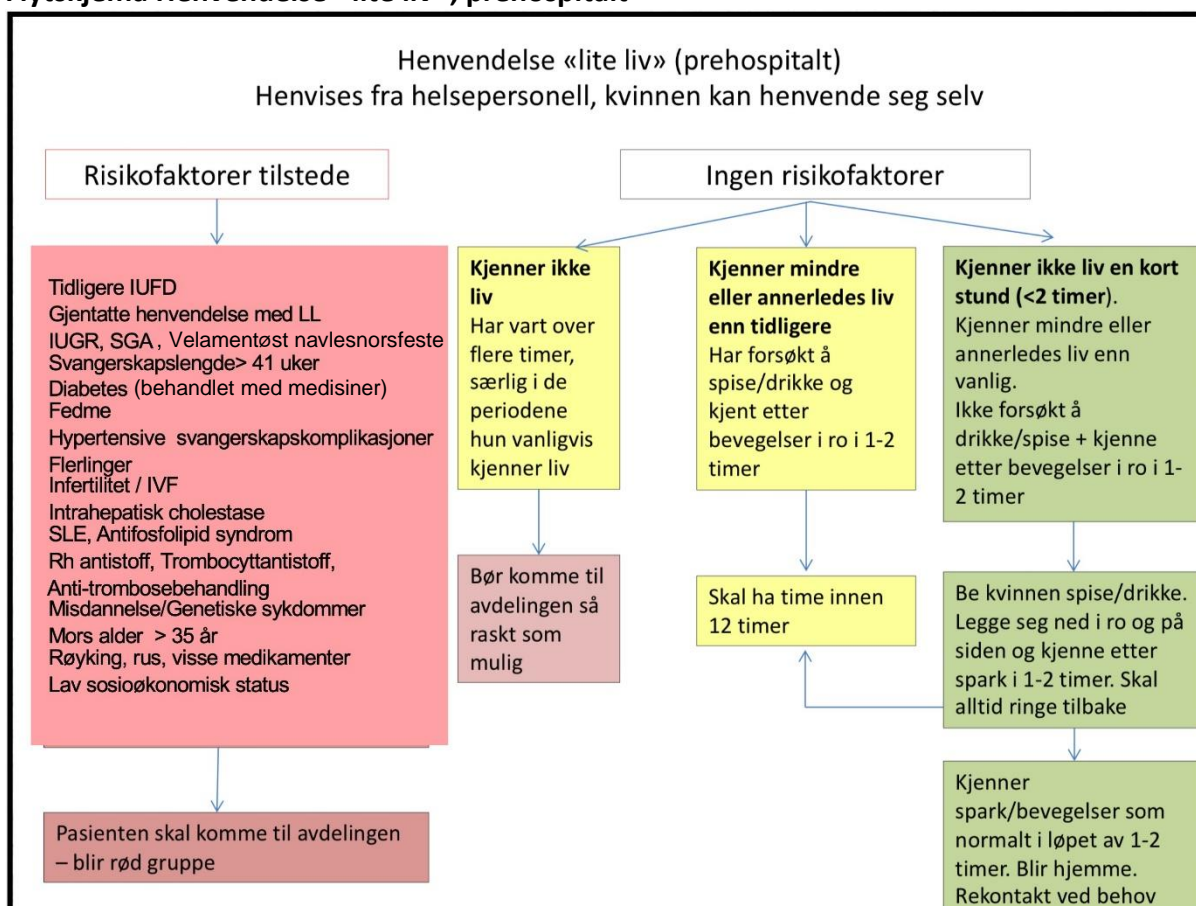
Henvendelser om lite liv fra gravide eller primærhelsetjenesten tas imot av *vaktleder jordmor* og håndteres ift flytskjema «Henvendelse lite liv, prehospitalt».

Merk: Gravide som ikke ringer selv tilbake som avtalt etter å ha spist/drukket/kjent etter liv ringes opp igjen av vaktleder

Dersom det fremkommer opplysninger om lite liv ved elektiv henvisning til kvinneklinikken må problemstillingen lite liv håndteres som øyeblikkelig hjelp. *Lege (som regel koordinerende overlege)* som vurderer henvisning tar kontakt med vaktleder jordmor, som ringer til kvinnen.

Behandling: Jordmor – for gravide uten risikofaktorer, der det ikke er indikasjon for ultralyd undersøkelse (grønn del av flytskjema Håndtering av lite liv på kvinneklinikken)
Jordmor og lege – for gravide med risikofaktorer, vedvarende lite liv eller ikke-normal antenatal CTG (gul og rød del av flytskjema Håndtering av lite liv på kvinneklinikken)

Flytskjema Henvendelse «lite liv», prehospitalt



5 Fremgangsmåte

5.1.1 < 24 uker:

Hjerteaktivitet bekreftes ved Doppler (kan gjøres i primærhelsetjenesten).
Ingen indikasjon for ultralyd undersøkelse.

5.1.2 24 -28 uker:

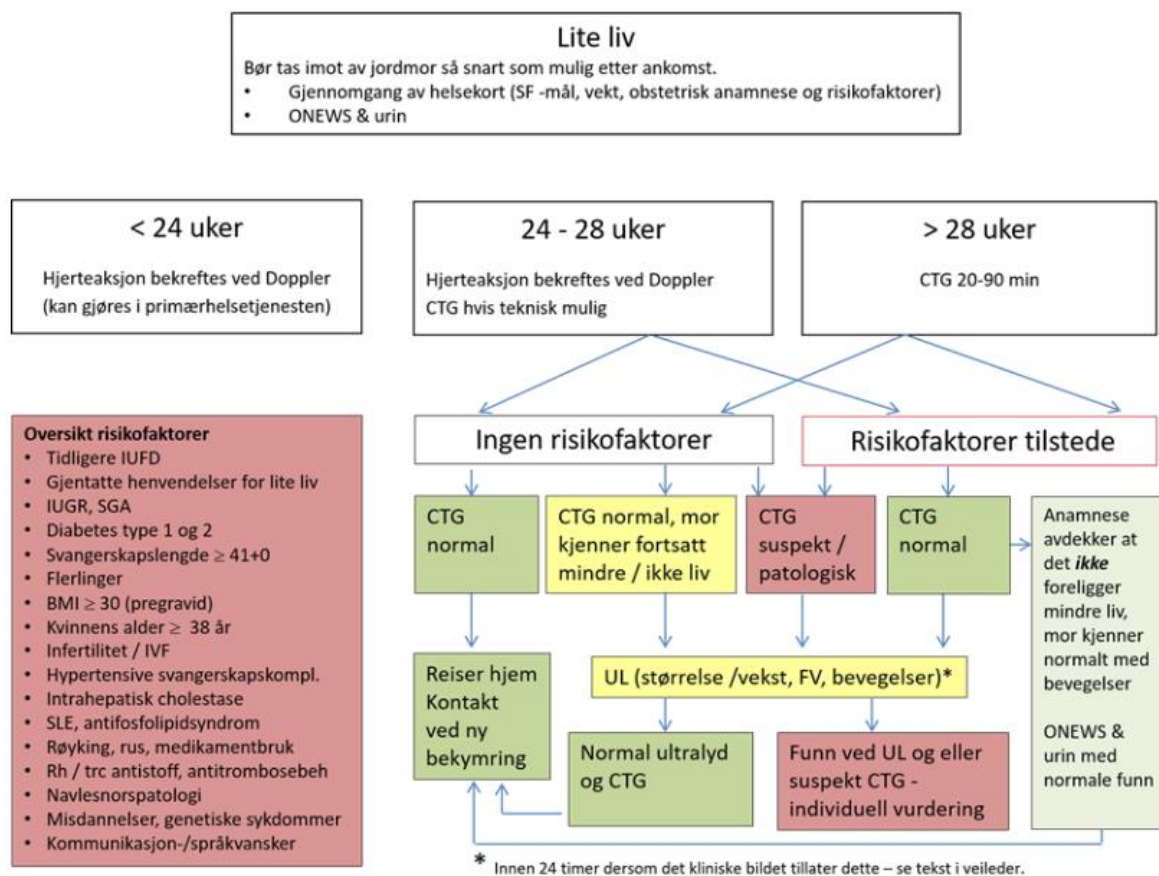
Hjerteaktivitet bekreftes ved Doppler.

CTG gjøres hvis teknisk mulig.

Ytterligere undersøkelser (UL) ved risikofaktorer hos kvinnen, jfr flytskjema. Ved funn av patologi følges gjeldende retningslinjer for oppfølging.

5.1.3 > 28 uker:

Flytskjema Håndtering av lite liv på kvinneklinikken



Kvinner med risikofaktorer bør komme til undersøkelse så raskt som mulig.

Ved ankomst bør alle tas imot av jordmor raskt. Gjennomgang av anamnese, helsekort, kartlegging av risikofaktorer, ONEWS.

CTG startes innen 20 minutter etter ankomst. Alle skal ha CTG i minst 20 minutter, ved behov lengre.

UL - undersøkelse bør ha spesielt fokus på fostervannsmengde, fosterstørrelse/vekst og fosterbevegelser for å kartlegge risikofaktorer for IUGR. Bruk av Doppler anbefales der vekstrestriksjon mistenkes. Dopplerundersøkelse med måling av hastighet i arteria cerebri media kan være nyttig ved mistanke om fosteranemi.

Ved normal undersøkelse, normalisering av bevegelser og normal CTG kan kvinnen få beroligende beskjed og reise hjem.

Gravide med mindre liv og normal CTG, som fremdeles kjenner mindre liv under og etter CTG undersøkelsen undersøkes med UL innen 24 timer. Det betyr at undersøkelsen kan gjøres dagen etter, når kvinnen kommer på vakttid. Dette gjelder også risikogravide.

Gravide som ikke kjenner liv og normal CTG undersøkes med ultralyd uten utsettelse til neste dag.

Advarsel!

- *Alle kvinner som er bekymret for redusert eller opphørt aktivitet hos barnet bør tilbys undersøkelse*
- *Ved normale funn og planlagt hjemreise skal kvinnen informeres grundig om å ta kontakt på nytt ved vedvarende lite liv eller nye episoder med lite liv*

Forsiktig: *Gjentatte henvendelser med lite liv øker risikoen for IUGR og intrauterin fosterdød og bør behandles som høyrisiko svangerskap*

5.1.4 Dokumentasjon

Henvendelser på telefon til vaktleder jordmor dokumenteres i Natus med kortfattet innhold i samtalen og avtale videre.

Undersøkelse gravide med lite liv på kvinneklinikken

- Jordmor dokumenterer i elektronisk helsekort i Natus
- Lege dokumenterer i Dips

6 Referanser

Interne referanser

[CTG før fødsel](#)

Eksterne referanser

[Veileder Norsk gynekologisk forening](#)

7 Endringer siden forrige versjon

Forlenget gyldighet til 25.06.2026