

		Fagspesifikke prosedyrer		Kliniske fagprosedyrer
Seteleie. Føde/Barsel SSHF				Side 1 av 2
Dokument ID: I.4.8.1.5-13	Godkjent dato: 06.06.2023	Gyldig til: 06.06.2026	Revisjon: 17.00	

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fellesprosedyrer obstetrikk

HENSIKT

Sikre trygg fødsel for mor og barn.

MÅLGRUPPE

Fødende med barn i seteleie.

ANSVAR

Gynekolog og jordmor

FREM GANGSMÅTE

1. Foreslår/anbefaler vaginal forløsning ved svangerskapsvarighet ≥ 34 uker. Sectio vurderes før svangerskapsuke 34, men vaginal fødsel er ikke kontraindisert. Ved fallende gestasjonsalder øker komplikasjonsfaren for kvinnen ved sectio. Forløsningsmetode ved prematur setefødsel må vurderes nøye, i samråd med kvinnen og etter diskusjon i kollegiet.
2. Estimert fødselsvekt ≥ 2000 gram og ≤ 4000 gram. Individuell vurdering 4000–4500 gram.
3. Kunnskapen om CT pelvimetri er sparsom, og skal ikke brukes rutinemessig.

Dersom CT pelvimetri utføres (mistanke om dysproporsjon kvinnen-foster) er det tradisjon for å anvende følgende mål for vurdering av vaginal fødsel (> 36 uker):

- Sagittal inngang (conjungata vera) > 11,5 (individuell vurdering 11,0-11,5).
 - Sum utgang (interspina vidde, intertubaravstand og nedre sagittaldiameter) > 32,5 (individuell vurdering 31,5-32,5).
4. Rent seteleie eller sete-/fotleie (enkelt/dobbelt). Når setet står i bekkeninngangen eller høyere, er det ved enkelt/dobbelt sete-/fotleie vanlig å palpere føtter og sete samtidig. Det er viktig å ikke mistolke dette palpasjonfunnet som et fotleie. Fotleie er sjelden ved termin.
 5. Vektestimering skal være gjort innen de siste 14 dagene.

[Ytre vending](#) skal vurderes etter svangerskapsuke 36 før kvinnen settes opp til elektiv sectio.

KRAV TIL FØDEAVDELINGEN

1. Avgjørelsen om seteforløsning gjøres av gynekolog. Erfaren fødselshjelper skal være tilstede og har ansvaret for forløsningen.
2. Adekvat anestesi/analgesi: Vurderes på lik linje som ved hodefødsler. Ingen spesiell anbefaling om EDA. Kvinner som ikke ønsker smertelindring, bør informeres om at operativ forløsning og bruk av tang er smertefullt.

ÅPNINGSTIDEN / UTDRIVINGSTIDEN

1. Induksjon på lik indikasjon som hodeleie, men spontan fødselsstart er fordelaktig.
2. Ved uoppdaget seteleie under fødsel gjøres vektestimering så sant tiden tillater det samt klinisk vurdering.
3. Alle skal ha venflon og gyldig screening.
4. Oxytocindrypp klargjøres og brukes ved behov.
5. Amniotomi etter fødselslegens vurdering – generelt tilbakeholdenhet. Økt risiko for navlesnorsfremfall.
6. Kontinuerlig CTG-registrering. STAN registrering når vannet har gått, alternativ laktat-måling [Laktatmåling i fødsel. Føde/barsel SSHF](#).
7. Pipers tang skal være på fødestuen.

Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent av: Mikkel Høiberg	
--	--	---------------------------------------	--

		Seteleie. Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.4.8.1.5-13	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrik SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 06.06.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 17.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrik/Fellesprosedyrer obstetrik

FORLØSNINGEN

Kvinnen kan føde i firfotstilling/knestående eller ryggeleie. Dette vil avhenge av kvinnens mobilitet, fremgang i ulike stillinger og fødselshjelpers erfaring. Se: [Knestående setefødsel. Føde/barsel SSK](#).

Ryggeleie:

Episiotomi foreslås etter vurdering.

Barnet fødes spontant til navlestedet er synlig. Skuldrene forløses som regel etter Løvsets metode.

La fosterkroppen henge noen sekunder etter hodet når skuldrene er forløst.

Forløsning av hodet: Elevasjon av fosterkroppen til vertikalplanet (stor bue) evt med samtidig suprabubisk trykk (jordmor) eller Mauriceau–Smellie–Veit. Pipers tang på sistkommende hode foretrekkes fremfor gjentatte forsøk.

Barnelege skal være tilstede og bakvakt barn/anestesi varsles jmf prosedyre [Tilkalling av barnelege og anestesilege ved kompliserte forløsninger. Føden SSK](#)

Total uttrekning kan i sjeldne tilfelle vurderes hvis mormunnen er utslettet.

UTRYKKING TIL FORVENTET FØDSEL I SETELEIE

1. Jordmor og gynekolog rykker sammen ut i ambulanse ved forventet rask setefødsel.
2. Husk medbrakt Pipers tang.

OPPFØLGING POST PARTUM AV BARNET

1. Ta pH fra navlesnor uavhengig av STAN.
2. Bena skal ikke rettes ut: Lengde måles fra isse/sete.
3. Henvises rutinemessig til UL hofter på barsel av barnelege.

Kryssreferanser

[I.4.8.1.2-6](#)

[Fosterovervåkning under fødsel. Føde/Barsel SSHF](#)

[I.4.8.3-17](#)

[Setefødsel. Pasientinformasjon SSHF](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-6](#)

[Tilkalling av barnelege og anestesilege ved kompliserte forløsninger. Føden SSK.](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-](#)

[Knestående setefødsel. Føde/barsel SSK](#)

[12](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-](#)

[Fysiologisk setefødsel \(stående setefødsel\): Flytskjema. Føde/barsel SSK.](#)

[13](#)

[II.SOK.KKK.FBK.14-5](#)

[Samtykkeskjema setefødsel, studie og filming. Føde/barsel SSK](#)

Eksterne referanser

[Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp \(2020\): Seteleie og ytre vending.](#) Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/setefodsels-og-ytre-vending/> (07.10.20)