

Mödrahälsovård, riktlinjer för arbete inom BMM

Faktaägare:

De skrifter som mödrahälsovårdens arbete stödjer sig på är:

- Socialstyrelsens författningar
- Hälsovård före, under och efter graviditet, SoS 1996:7
- Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, (ARG-rapport 59, 2008)

Mödravården ansvarar för graviditetsövervakningen från hälsosamtalet t.o.m. efterkontroll.

- Barnmorskan ansvarar för den grundläggande hälsoövervakningen. Övervakningen ska ha ett förstärkt psykosocialt innehåll och inte enbart vara en kroppslig kontroll. Föräldrastöd ingår i barnmorskans ansvarsområde.
- Läkaren svarar för sådana uppgifter som klart fordrar en högre medicinsk kompetens. Det är bättre med ett fåtal noggranna, klart definierade undersökningar än flera ytliga.

Dessa riktlinjer för mödrahälsovården (sedan 1986) har inneburit läkarkontroller när:

- Barnmorskan planerar läkarbesök/visning för olika tillstånd enligt nedan.
- Barnmorska anser det behövs p.g.a. uppträdande problem.
- När den gravida kvinnan själv utbett sig om läkarkontakt.

Vid läkarkontakter eftersträvas kontinuitet, gäller undersökningsresultat men även receptförnyelse, kontakter om sjukskrivning och andra intyg.

För **barnmorskans hälsoövervakning** och information till den gravida kvinnan gäller det **basprogram** som utformats lokalt och innefattar 9 besökstillfällen före och 1 efter förlossningen.

Barnmorskan har ansvar för primär rådgivning/behandling vid:

- Foglossningsbesvär, information och råd inklusive SI-bälte [Foglossning](#).

- Prematura kontraktioner som ej bedöms som hotande prematurbörd.
Råd om arbetsliv och eventuell deltidsföräldrapenning efter v 31+3.
- Graviditetsillamående, inkluderande akupunkturbehandling och förmedling av recept på Lergigan comp, 30 st, se [PM](#)
- Graviditetsnästäppa, se [PM](#).
- Svampinfektion i underlivet, inkluderande rekommendation om receptfri lokalbehandling med Canesten.
- Refluxbesvär, inkluderande råd om antacida ex Novaluzid, Link etc, Gaviscon och tillfälliga doser av syrahämmande ex Omeprazol.
- Stödstrumpor vid varicer och ortoskena vid karpaltunnelsyndrom.
- Gynundersökning om patienten aldrig tidigare gynundersökts, lämpligen vid inskrivningen eller om det är olämpligt - vid extrabesök 14 v.
- Kvinnor >26 år som aldrig tagit VS och debuterat sexuellt >6 år tidigare erbjuds GCK vid inskrivning eller om det är olämpligt - vid extrabesök 14 v.
- Thyreoidaprovtagning enligt [PM](#).

Förhållanden under graviditet som ska underställas läkarens bedömning

I. Allmän anamnes

Tidig läkarkontakt eller muntlig konsultation med läkare:

- Kronisk sjukdom som är symtomgivande eller med pågående behandling, exempelvis endokrin sjukdom, diabetes ([PM](#)), thyroidea ([PM](#)), hjärt-/kärlsjukdom, hypertoni ([PM](#)), hematologisk sjukdom, ITP ([Vårdprogram SFOG](#)), astma, inflammatorisk tarmsjukdom, celiaki, njursjukdom, SLE, autoimmun sjukdom, epilepsi ([PM](#)), psykiatrisk sjukdom.
- Riskfaktorer för HT/preeklampsi ([PM](#)), ställningstagande till kontroller utöver basprogram.
- Tidigare tromboembolism. Känd trombofili. Se [PM](#).
- Pågående cellförändringar – visning för ställningstagande till uppföljning under graviditeten och post partum [PM](#).
- I-födreskor >40 år, ultraljud v 40+0 och bedömning för induktion v 41+3.
- BMI >35, information om risker i samband med grav och förlossning, nyttan av liten viktökning. Planering av kontroller utöver basprogram [PM](#).
- BMI <20 observans för anamnes på ätstörning som kan aktiveras. Ökad risk för sammandragningar, förtidsbörd och tillväxthämning.
- Psykosocial riskgraviditet, kognitiva eller fysiska handikapp.

- Nikotinmissbruk (>10 cigaretter/dag) i fall där tidigare obstetriska komplikationer förekommit. Läkarbesök v 25-28, diskutera tillväxt och risker.

Läkarkontakt i cirka v 36:

Längd <155 cm. Om barnmorska upplever normal graviditet och inga uppenbara tecken på disproportion – visning mot slutet av graviditeten, cirka v 34 – 36. Barnmorska informerar att man planerar för vaginal förlossning. Om annan situation - läkarbedömning. Om förlossningen avslutas med kejsarsnitt, oberoende av indikation, planeras pelvimetri post partum. [Bäckenmätning](#) . Om tidigare vaginalförlöst visning.

II. Obstetrisk anamnes

Tidig läkarkontakt eller muntlig konsultation med läkare:

- Tidigare prematurförlossning, prematur vattenavgång (före 34 veckor), [Tidigare prematurbörd eller senabort](#).
- Tidigare tidig/svår preeklampsi och/eller tillväxthämning som kan aktualisera profylax med Trombyl/Fragmin.
- Tidigare komplicerad vaginalförlossning som upplevts subjektivt påfrestande.
- Tidigare kejsarsnittförlossning där kvinnan upplever stark oro inför förlossningen. Kontakt med Aurora och/eller tidigt läkarbesök.
- Tidigare fått barn med missbildning, CP-skada eller psykomotorisk utvecklingsstörning. Tidigare perinatalt svårt sjukt eller dött barn.
- Annan tidigare graviditets- eller förlossningskomplikation exempelvis postpartumpsykos, blödningskomplikation. I första hand visning.

Läkarkontakt vid 34-36 veckor:

- Tidigare vaginalförlossning med ex komplicerad VE/tång, skulderdystoci, allvarligare vaginal förlossningsskada eller sfinkterskada där man behöver göra förlossningsplanering.
- Tidigare kejsarsnittförlossning. Op-berättelse och helst även förlossningsjournal med partogram rekvideras i tidig graviditet. Visning under graviditeten. Om okomplicerad anamnes och patient inställd på vaginal förlossning kan barnmorska informera om vaginal förlossning efter

kejsarsnitt. Övriga patienter läkarbesök vid 34-36 v för förlossningsplanering.

- Tidigare fött mycket stort barn, $\geq 4\ 500$ g. Läkarbesök 36 v. Ställningstagande till ultraljud för viktskattning och förlossningsplanering. Bedöm möjligheterna för/behov av - induktion hos tidigare vaginalförlösta (och ej sectioförlösta), behov av sectio om barnet förväntas bli $>5\ 000$ g.

III. Aktuell graviditetsanamnes

- Blödning före inskrivning vid MVC, handläggs av jourhavande läkare på KKM.
Akuta blödningar under graviditeten på KKM (t.o.m. 21+6) därefter förlossningsavd. Uppföljning på MVC.
- Smärtsamma kontraktioner, ssk vid samtidig riklig flytning. Vanligen subakut spekulumundersökning (bakteriell vaginos??, cx-palp, tryck uppifrån av FFD) och yttre obstetrisk palp av läkare (värkberedskap, FFD fix/rörlig? djupt nedträngd?). Ev ultraljud för cx-mätning. Värdera patientens sociala situation och obstetrisk anamnes.
 - Tvillinggraviditet. Se [Tvillinggraviditet](#)
 - Svårt graviditetsillamående. Se [PM](#).
 - Rådgivning kring fosterdiagnostik se [PM](#). Misstanke på fostermissbildning, p.g.a. ärftlig sjukdom eller efter fosterdiagnostik.
- Patient med svår psykosocial livssituation, läkar-/kuratorkontakt i samråd med barnmorska.
 - Förlossningsrädsla, kontakt med Aurora barnmorska/läkare se [PM](#).
 - Svårare fall av karpaltunnelsyndrom med känselnedsättning, [PM](#).
 - Minskande fosterrörelser som kvarstår, se [PM](#).

IV. Undersökningsfynd under aktuell graviditet

- Vid BT >80 diastoliskt och/eller ökning av diast BT ≥ 15 el syst BT ≥ 30 , kontrolleras BM-test för proteinuri.
 - Hypertoni eller preeklampsi, se [PM](#).
 - Proteinuri – se [PM](#).
 - Urinvägsinfektion. Asymtomatisk bakteriuri se [PM](#).
 - Patologisk OGTT, kontakt med diabetesmott och läkare enl [PM](#).

- Misstanke om intrauterin tillväxthämning. (Se [PM](#) sf mätning resp ultraljud).
- Snabbt ökande SF-mått med misstanke om polyhydramnios eller snabb fostertillväxt se [PM](#).
- Överviktiga kvinnor där SF-mätning är svårbedömd, visning och generös tillväxtkontroll med ultraljud, oftast kring v 32.
- Isoimmunisering. Kontrollprover enligt rekommendationer från Transfusionsmedicin (Lund) och i samråd med ansvarig läkare.
- Sätessändläge efter 35 veckor se [PM](#).
- Onormalt fosterläge - tvärläge efter 35 v, bedömning av genes (ex placenta preaevia, livmoderanomali, flerföderska). Planera för ev uppföljning och dokumentera.
- Överburenhet, $\geq 42 + 0$, se [PM](#).
- Avvikelser i fosterhjärtregistrering. Upprepad eller långvarig arytmi bör föranleda ultraljud för hjärtdiagnostik. Vid avvikande frekvens eller CTG-mönster.

V. Efter förlossningen

Efterkontroll till läkare (8-12 v):

- Efter kejsarsnittförlossning akut/planerad, vanlig efterkontroll till Bm. Om frågor/oklarheter framkommer - läkarbesök för genomgång/information.
- Besvärlig instrumentell vaginalförlossning.
- Subjektivt särskilt påfrestande förlossning i vilken läkare medverkat.
- Förlossning med stora vaginala och/eller perineala skador (sfinkterskador → Bm-efterkontroll och läk-besök 6 mån se [PM](#)).
- Otillfredsställande läkning av skador i bäckenbotten.
- Allvarigare former av preeklampsi/hypertoni under graviditet eller förlossning.

Problem i puerperiet:

- Akuta blödningar/infektioner post partum omhändertas på KKM.
- Subakuta fall enl ovan kan tas om hand på Bmm av läkare.
- Fall av mjölkstockning-mastit hänvisas de 2 första veckorna till BB-avdelningens Amnings-/återbesöksenhet, därefter till BVC och VC.

Giltig fr.o.m: 2018-02-28
Giltig t.o.m: 2018-03-01
Identifierare: 92033
Mödrahälsovård, riktlinjer för arbete inom BMM



Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare