

Manual Rutinkollen – Mödrahälsovård

Komplikationer under graviditet och barnafödande har i ett historiskt perspektiv varit en av de vanligaste orsakerna till död och sjukdom hos både kvinnor och barn. Sverige tillhör i nutid ett av de länder som har lägst mödradödlighet och lägst perinatal dödlighet. Vår mödrahälsovård har varit och är effektiv i att förhindra negativa konsekvenser av graviditet och barnafödande och det är lätt att ta detta för givet.

I svensk mödrahälsovård har barnmorskor på barnmorskemottagningar ansvaret för övervakning av den normala graviditeten samt 16 veckor post partum och ska ha möjlighet till konsultation med läkare vid avvikelser.

Det nationellt framtagna basprogrammet är ett medicinskt basprogram. Syftet är att upptäcka komplikationer under graviditet, samt att identifiera riskfaktorer för att kunna vidta åtgärder som förebygger allvarliga följder för mor och barn.

Vid inskrivning på Barnmorskemottagning görs en bedömning av den gravida och en individuell plan utformas utifrån vad som framkommer i obstetrisk, medicinsk och psykiatrisk sjukhistoria, samt vad som framkommer när det gäller hereditet, levnadsvanor och social situation. Bedömning av den gravida görs sedan löpande under hela graviditeten samt i samband med eftervårdsbesöket

I vissa fall kan ett fysiskt besök ersättas av digitala besök och bedömning måste då ske enligt lokala rutiner. Digitala möten kan vara både telefon- och videosamtal. Ett korrekt genomfört digitalt vårdmöte innefattar en dokumenterad bedömning, planering och åtgärd för en fortsatt säker graviditet. Använd exempelvis SBAR-modellen (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendationer).

Rutinkollen är ett dokument ska ses som en beskrivning av 2023 års kända bästa praxis, framtaget utifrån idag aktuell kunskap om mödrahälsovård och dess betydelse för säker graviditet och förlossning. Dokumentet avser en fullständig graviditet och tiden upp till 16 veckor efter förlossning. Syftet är att

Rutinkollen ska kunna tjäna som hjälp till framtagande av rutiner inom enskilda mödrahälsovårdsenheter. Rutinkollen har ingen föreskrivande funktion, och författarna kan inte i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet.

Områdena har valts ut och definierats av:

Elisabeth Storck Lindholm, Mödrahälsovårdsöverläkare, Stockholm,
Ann-Christine Nilsson, Mödrahälsovårdsöverläkare, Örebro
Annika Eckerlid Mödrahälsovårdsöverläkare, Västervik
Anne-Charlotte Jonsson, Samordningsbarnmorska, Stockholm
Susan Elvén, Samordningsbarnmorska, Ystad

Reviderat 2023 av:

Elisabeth Storck Lindholm Mödrahälsovårdsöverläkare, Stockholm
Ann-Christine Nilsson, Mödrahälsovårdsöverläkare, Örebro
Anne-Charlotte Jonsson, Samordningsbarnmorska, Stockholm
Emma Lilliehöök, Samordningsbarnmorska, Stockholm
Lovisa Lingetun, Samordningsbarnmorska, Östergötland

Instruktioner

- Syftet med Rutinkollen är att förbättra kvalitet och säkerhet genom att ni själva undersöker hur väl era rutiner är och följs för en säker graviditet samt post partum.
- Ni ska utifrån befintlig dokumentation bedöma i vilken grad planerade åtgärder utförts. Det som inte är dokumenterat betraktas som inte utfört.

Praktiska förutsättningar

- Planera för att gå igenom 10 till 20 journaler, vilket tar två till fyra timmar. De första gångerna ni gör Rutinkollen MHV hinner ni erfarenhetsmässigt med tre till fem journaler, då det oundvikligen blir mycket diskussioner i arbetsgruppen. Med erfarenhet kommer ni kunna gå igenom 10 till 20 journaler på samma tid.
- Välj på lämpligt sätt ut 10 till 20 journaler där patienten gjort ett eftervårdsbesök inom 16 veckor postpartum att granska. Om en överblick över enhetens verksamhet önskas kan journalerna väljas ut slumpmässigt. Om vissa speciella grupper av patienter ska studeras kan dessa väljas ut.
- Deltagande bör vara en eller flera barnmorskor, enhetens chef samt gärna en läkare.
- Det är en fördel om enhetens rutiner avseende samtliga områden finns tillgängliga vid genomgången. Använd en dator för att projicera journalhandlingarna på stor skärm så att alla kan se dem och delta i bedömningarna. Använd en andra dator för att dokumentera i Rutinkollen.
- Lägg inte mer än maximalt 15 minuter per journal. Om olika bedömningar kan göras inom samma område, poängsätt den sämsta. Utgå utifrån befintlig dokumentation i vilken grad planerade åtgärder har utförts. Det som inte är dokumenterat betraktas som inte utfört.

Tolkningsmallar

Sist i denna manual finns fyra tolkningsmallar som ger exempel på olika utfall, och vad dessa utfall indikerar i form av lämpliga åtgärder. Genom att jämföra enhetens resultat med de olika principiella utfallen, och se vilken bild som bäst passar med enhetens resultat, får ni en uppfattning om hur brister lämpligast åtgärdas.

Delning av data och resultat

Ni väljer själva hur och med vem ni vill dela era data. Lämpligen sparas en version av Rutinkollen MHV för varje mätning.

Ni kan kopiera in diagrammen i t.ex. en Power Point-fil och visa upp för enheten.

Riskområden

Hälsa och livsstil vid inskrivning

Beskrivning

I mödrahälsovårdens arbete ingår att förmedla kunskap som bidrar till att de blivande föräldrarna reflekterar över sin livsstil och hur den påverkar hälsan hos dem själva och deras barn. Syftet är att stärka sunda levnadsvanor och främja god hälsa. Ett tvådelat inskrivningssamtal rekommenderas. Vid besöken ska även information om fosterdiagnostik erbjudas.

Samtalet bör föras i dialog med den gravida/de blivande föräldrarna, gärna med hjälp av MI (Motivational Interviewing – Motiverande Samtal), och ska mynna ut i en bedömning av risk (se nedan). Frågan om våld bör ställas i enskilt samtal med den gravida.

Definition/avgränsningar

Anamnes:

- matvanor tidigare i livet, före och under aktuell graviditet
- fysisk aktivitet tidigare i livet, före och under aktuell graviditet
- bruk av alkohol tidigare i livet, före och under aktuell graviditet. AUDIT, eventuellt TLFB (Time-Line Follow Back).
- bruk av tobak tidigare i livet, före och under aktuell graviditet
- bruk av droger/substansbruk tidigare i livet, före och under aktuell graviditet. DUDIT-formuläret är ett bra hjälpmedel.
- användning av läkemedel före och under aktuell graviditet
- erfarenhet av våld i nära relation tidigare i livet, före och under aktuell graviditeten
- information om vaccinationer
- erbjudande om information avseende fosterdiagnostik (enligt lokala riktlinjer)
- thyroideasjukdom.

Följande uppgifter ska vara dokumenterade:

- kostvanor
- fysisk aktivitet
- alkoholvanor, AUDIT-poäng
- tobaksvanor
- andra droger inklusive dopingpreparat/substansbruk, DUDIT(enligt lokala riktlinjer)
- läkemedelsanvändning

- tillfrågad om tidigare vaccinationer
- tillfrågad om våldsutsatthet
- erbjudande om information avseende fosterdiagnostik
- TSH.

Risk

- oregelbundna matvanor
- ohälsosam kost
- ätstörning
- stillasittande
- överdriven motion
- AUDIT 6–9 poäng, tyder på riskbruk före graviditet
- AUDIT 10 poäng eller högre tyder på missbruk före graviditet
- bruk av alkohol efter graviditetsbesked eller riskbruk/ missbruk före graviditet
- aktuellt bruk eller bruk/missbruk av droger i anamnes, DUDIT (enligt lokala riktlinjer)
- aktuellt bruk av tobak
- nyligen slutat med tobak, i samband med graviditetsbesked eller strax innan
- pågående medicinering med läkemedel, naturläkemedel och kosttillskott
- utsatt för våld.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Dokumentation saknas om hälsa och livsstil.
1	Dokumentation klart bristfällig. Avsaknad av flera hälsoparametrar. Riskbedömning och/eller åtgärd och planering saknas.
2	Dokumentation finns avseende alla parametrar. Riskbedömning och/eller åtgärd och planering är ej fullständigt dokumenterad.
3	Adekvat dokumentation avseende fullständigt hälsosamtal. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Fosterdiagnostik

Mödrahälsovården har huvudansvaret för information om fosterdiagnostik. Erbjudande om fosterdiagnostik ser olika ut i landet, men bör vara tillgänglig på lika villkor. Alla gravida ska tillfrågas om de önskar få information om fosterdiagnostik. Information om fosterdiagnostik ska ges på en individanpassad nivå och vara förståelig för den gravida/de blivande föräldrarna.

Information ska ges via så kallat tvåstegsförfarande där den gravida/de blivande föräldrarna får välja om de vill ha mer ingående information om fosterdiagnostik i ett speciellt samtal. Det ska vara en objektiv, kunskapsbaserad information som i sin tur ska leda till att den gravida/de blivande föräldrarna ska kunna göra ett informativt medvetet val. Information om fosterdiagnostik ska ges på ett sådant sätt att den gravida/de blivande föräldrarna förstår att genomgå fosterdiagnostik är frivilligt.

Inom fosterdiagnostik sker hela tiden förändringar och nya metoder uppkommer där allt fler genetiska avvikelser kan detekteras. Det är därmed extra viktigt att information ges på ett lättförståeligt sätt och med ett sakligt och objektivt innehåll.

Definition/avgränsningar

Socialstyrelsens föreskrifter

Information om fosterdiagnostik ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och pre-implantatorisk genetisk diagnostik (SOSFS 2012:20 samt 2013-2-28).

Erbjudande om allmän information

1§ Hälso- och sjukvårdspersonalen på mödravårdscentralen ska i samband med inskrivningen erbjuda den kvinna eller det par som väntar barn allmän information om fosterdiagnostik. Kvinnan och paret ska upplysas om att det är frivilligt att ta emot information, samt ges möjlighet till betänketid innan informationen lämnas.

2§ Om den gravida/paret accepterar erbjudandet om allmän information ska den ges av hälso- och sjukvårdspersonalen på mödravårdscentralen.

Allmänna råd

Den allmänna informationen bör lämnas vid ett annat tillfälle än vid inskrivningen på mödravårdscentralen.

Den allmänna informationens innehåll

3 § Av den allmänna informationen ska det framgå

1. att syftet med fosterdiagnostik är att beräkna graviditetslängd, konstatera flerbörd samt bedöma ett fosters morfologi
2. att sannolikheten att ett barn föds med kromosomavvikelse, missbildning eller genetisk sjukdom kan bedömas genom fosterdiagnostik.

4 § Den allmänna informationen ska beskriva

1. olika undersökningsmetoder på ett övergripande sätt
2. hur olika undersökningsmetoder kan kombineras för att bilda underlag för en värdering av sannolikheten att ett barn föds med kromosomavvikelse, missbildning eller genetisk sjukdom
3. hur olika undersökningar går till
4. att en provtagning som innebär att ett instrument förs in i kroppen, invasiv fosterdiagnostik, normalt endast görs om sannolikheten är stor att ett foster har en skada som kan upptäckas genom en sådan provtagning.

Allmänna råd

Information bör även behandla etiska frågor som kan uppkomma i samband med fosterdiagnostik. Information bör anpassas till kvinnans eller parets individuella behov.

Fosterdiagnostisk undersökning efter allmän information

5 § Kvinnan ska efter att den allmänna informationen har lämnats erbjudas en fosterdiagnostisk undersökning och upplysas om

1. att hon själv bestämmer om hon vill genomgå den erbjudna undersökningen och vilka undersökningsresultat hon vill ta del av
2. möjligheten att få betänketid innan hon bestämmer sig.

Information sker helst via så kallat tvåstegsförfarande där den gravida/paret får välja om de vill ha mer ingående information om fosterdiagnostik i ett speciellt fall.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Dokumentation om fosterdiagnostik saknas.
1	Dokumentation om att fosterdiagnostik erbjudits finns, men är bristfällig och ofullständig.
2	Dokumentation finns om att fosterdiagnostik erbjudits i samband med besök i basprogrammet. Dokumentation fullständig.
3	Dokumentation finns om att fosterdiagnostik erbjudits vid speciellt besök avsatt för detta. Tvåstegsförfarande använt. Dokumentation fullständig.

Psykisk anamnes vid inskrivning

Beskrivning

En bra psykisk anamnes är grunden till en adekvat riskbedömning och planering av rätt åtgärd. Alla ska tillfrågas om sin psykiska hälsa vid inskrivning. Hälsodeklarationen skall innehålla specifika frågor om olika psykiska, neuropsykiatriska tillstånd och intellektuell funktionsnedsättning/ utvecklingsstörning. Lokala rutiner ska följas.

Definition/avgränsningar

Anamnes

- tidigare psykisk sjukdom
- nuvarande psykisk sjukdom
- tidigare post-partum psykos/depression
- förlossningsrädsla
- sömnstörning
- ätstörning
- hereditet för allvarlig psykisk sjukdom
- läkemedel
- tidigare/nuvarande missbruk
- pågående läkarkontakt/samtalskontakt, namn och arbetsplats
- tidigare sjukhusvård.

Status

- allmäntillstånd
- god eller dålig emotionell kontakt
- överaktiv
- nedstämd
- ångest/oro
- psykotiska symtom.

Riskbedömning

Låg risk = medför basprogram

Risk = medför läkarbedömning/vårdplanering

Låg risk (dokumenteras i riskbedömning som basprogram):

- ingen tidigare/pågående psykisk ohälsa
- lättare psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd med en välfungerande behandling
- tidigare lättare psykisk sjukdom, lätt depression.

Risk (bedömning av patientansvarig barnmorska ska framgå av MHV 3 och vid obstetrisk riskfaktor av betydelse ska bedömning göras av specialtläkare (dokumenteras i riskbedömning som ”Utökad observans relaterad till Vårdplanering (MHV 3)”):

- allvarlig psykisk sjukdom, bipolär sjukdom, djup depression, psykossjukdom
- tidigare postpartumpsykos
- annan allvarlig psykisk ohälsa som påverkar graviditet och påverkar förmågan till föräldraskap.

Vid tidigare allvarlig sjukdom eller pågående psykisk sjukdom av allvarlig eller måttlig art ska den gravida till läkare för vårdplanering. Då behov av ytterligare stöd identifieras ansvarar barnmorskan för att sammankalla den gravida/de blivande föräldrarna, ansvarig läkare och berörda samverkanspartner inom sjukvård och socialtjänst till planeringsmöte. Vidare vårdplanering sker i samverkan med berörda parter enligt lokal vårdplan.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Adekvat psykiatrisk/psykologisk anamnes saknas eller är ofullständig. Bristfällig dokumentation. Riskbedömning och åtgärd saknas.
1	Adekvat psykiatrisk/psykologisk anamnes är dokumenterad. Riskbedömning och/eller åtgärd saknas eller är bristfällig.
2	Adekvat psykiatrisk/psykologisk anamnes är dokumenterad. Riskbedömning eller åtgärd ej fullständig.
3	Adekvat psykiatrisk/psykologisk anamnes är dokumenterad. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Social inskrivning

Beskrivning

En bra social anamnes är grunden för att den gravida/de blivande föräldrarna ska kunna få rätt stöd under graviditet, förlossning samt hjälp med det kommande föräldraskapet.

Definition/avgränsningar

Anamnes:

- förälder/relation
- bostad/sysselsättning/ekonomi
- socialt nätverk
- utbildningsnivå
- ej svensktalande
- våldserfarenhet
- riskbruk/missbruk.

Status

- eventuella skador efter våld
- tecken på självskadebeteende
- påtagligt ovårdat yttre.

Riskbedömning

Låg risk = medför basprogram

Risk = medför läkarbedömning/vårdplanering

Låg risk (dokumenteras i riskbedömning som basprogram):

- fungerande relation
- egen bostad/sysselsättning/ekonomi
- befintligt socialt nätverk
- inget riskbruk/missbruk.

Risk (bedömning av patientansvarig barnmorska ska framgå av MHV 3 och vid behov ska vårdplanering/läkarkonsultation ske (dokumenteras i riskbedömning som ”Utökad observans relaterad till Vårdplanering (MHV 3)”):

- ensamstående
- bostadslös
- arbetslös
- utsatt för våld
- erfarenhet av riskbruk/missbruk
- sviktande socialt nätverk
- kommunikationssvårigheter.

Vid pågående missbruk och vid pågående våld ska alltid läkarkontakt etableras och en handlingsplan ska vara framtagen.

Vid oro för barnets välbefinnande efter förlossning ska oroanmälan till socialtjänst övervägas redan under graviditeten.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Adekvat social anamnes saknas eller är ofullständig. Bristfällig dokumentation. Riskbedömning eller åtgärd saknas.
1	Adekvat social anamnes är dokumenterad. Riskbedömning och/eller åtgärd saknas eller är bristfällig.
2	Adekvat social anamnes är dokumenterad. Riskbedömning eller åtgärd ej fullständig.
3	Adekvat social anamnes är dokumenterad. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Medicinsk inskrivning

Beskrivning

Syftet med medicinsk anamnes är att identifiera riskfaktorer som ger ökad risk för graviditetskomplikationer under graviditet, förlossning och post partum. När en riskfaktor är identifierad ska rätt åtgärder vidtas, som till exempel att konsultera läkare, ta adekvata prover eller remittera patienten vidare till specialistsjukvård. Efter inskrivning gör barnmorska eller läkare en bedömning om patienten ska följas enligt basprogram eller om några extra åtgärder behövs. Dessa åtgärder utöver basprogrammet ska sedan noteras på MHV 3.

Definition/avgränsningar

Anamnes

- tidigare sjukdomar/operationer av betydelse
- nuvarande sjukdomar
- hereditet som kan påverka graviditet
- läkemedel
- pågående läkarkontakt (namn och arbetsplats).

Status

- allmäntillstånd
- blodtryck
- BMI (patienten ska väga sig på mottagningen)
- urinsticka – protein
- hemoglobin, ferritin
- diabetesscreening enligt lokalt program
- infektionsscreening: syfilis, hepatit B, rubella, hiv och klamydia, samt tbc och hepatit C för riskgrupper
- blodgruppering, immuniseringsprov
- TSH
- gynekologiskt cellprov erbjuds enligt screeningsprogram för livmoderhalscancer
- resistenta bakterier vid behov.

Riskbedömning

Låg risk = medför basprogram

Risk = medför läkarbedömning/vårdplanering

Låg risk (dokumenteras i riskbedömning som basprogram):

- tidigare väsentligen frisk
- okomplicerad sjukdom som inte påverkar graviditeten
- tidigare operationer som inte påverkar graviditet, t.ex. för appendicit
- normala provsvar efter screening
- läkemedel som inte påverkar graviditet, nyföddhetsperiod och amning (se vb. Janus info).

Risk (bedömning av patientansvarig barnmorska ska framgå av MHV 3 och vid behov ska vårdplanering/läkarkonsultation ske (dokumenteras i riskbedömning som ”Utökad observans relaterad till Vårdplanering (MHV 3)”):

- BMI ≤ 18 eller BMI ≥ 30
- ålder < 18 år eller > 40 år
- avvikande provsvar
- interkurrent sjukdom, t.ex. diabetes mellitus, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom, psykisk sjukdom, njursjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom, koagulationsrubbnings, neurologisk sjukdom, systemsjukdom, endokrin sjukdom, gynekologisk sjukdom och upprepade urinvägsinfektioner senaste året
- tidigare operationer som påverkar pågående graviditet, t.ex. magsäcksoperation eller annan stor bukkirurgi, neurokirurgi och hjärtkirurgi
- tidigare genomgången cancerbehandling med cytostatika eller strålbehandling
- hereditet, t.ex. diabetes typ 2, enligt lokala riktlinjer trombos hos 1:a grads släkting < 50 år eller annat tillstånd/sjukdom som har betydelse för graviditet och förlossning.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Adekvat medicinsk anamnes och äftlighet saknas eller är ofullständig. Bristfällig dokumentation. Riskbedömning och åtgärd saknas.
1	Adekvat medicinsk anamnes och äftlighet är dokumenterad. Riskbedömning och/eller åtgärd saknas eller är bristfällig.
2	Adekvat medicinsk anamnes och äftlighet är dokumenterad. Riskbedömning eller åtgärd ej fullständig.
3	Adekvat medicinsk anamnes och äftlighet är dokumenterad. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Obstetrisk inskrivning

Beskrivning

För adekvat obstetrisk anamnes ska eventuell tidigare journal öppnas och gås igenom, helst tillsammans med den gravida. Detta är avgörande för en bra obstetrisk bedömning som grund för patientsäker vård och ställningstagande till eventuell medicinsk behandling. Eventuellt rekvirera journal från tidigare graviditet och förlossning.

Definition/avgränsningar

Anamnes

- tidigare graviditet inklusive spontan abort och extrauterin graviditet
- tidigare graviditet med noterad komplikation
- könsstympning
- IVF
- äggdonation
- tidigare förlossningar, IUFD och låg födelsevikt eller hög födelsevikt (+/-2 SD), blödning >1 000 ml, graviditetsvecka vid förlossning
- stor bristning
- infektion
- kejsarsnitt, förlossning som är avslutad med sugklocka eller tång
- bäckenskador/anomalier
- tidigare amningserfarenhet
- uteruskirurgi/anomalier.

Status

- gynekologisk undersökning ska erbjudas enligt screeningsprogrammet för livmoderhalscancer
- gynekologisk undersökning vid könsstympning.

Riskbedömning

Låg risk = medför basprogram

Risk = medför läkarbedömning/vårdplanering

Låg risk (dokumenteras i riskbedömning som basprogram):

- tidigare missfall före vecka 12, och max två missfall
- frisk förstföderska
- frisk omföderska med tidigare normal graviditet och förlossning
- okomplicerad IVF (ej äggdonation)
- okomplicerad VE eller tång
- ett tidigare okomplicerat kejsarsnitt
- okomplicerad tidigare amning
- okomplicerad inställning till amning.

Risk (bedömning av patientansvarig barnmorska ska framgå av MHV 3 och vid obstetrisk riskfaktor av betydelse ska bedömning göras av specialistläkare (dokumenteras i riskbedömning som "Utökad observans relaterad till Vårdplanering (MHV 3)"):

- upprepade tidiga missfall, tre eller fler
- sent missfall efter graviditetsvecka 14+0
- äggdonation
- tidigare preeklampsi/riskfaktorer för preeklampsi enligt lokala riktlinjer
- tidigare graviditetshypertoni
- tidigare graviditetsdiabetes
- tidigare sfinkterruptur grad 3–4
- tidigare IUFD
- tidigare prematurbörd före graviditetsvecka 34
- tidigare förlossningskomplikation t.ex. ablatio, skulderdystoci
- tidigare komplicerat kejsarsnitt
- tidigare komplicerad sugklocka- eller tångförlossning
- tidigare låg eller hög födelsevikt (+/-2SD)
- tidigare uteruskirurgi
- könsstympning
- fostermissbildning/avvikande utfall avseende fostret/barnet
- tidigare extrauterin graviditet
- flerbörd
- tidigare komplicerad amning
- komplicerad inställning till amning.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Adekvat medicinsk anamnes och ärftlighet saknas eller är ofullständig. Bristfällig dokumentation. Riskbedömning och åtgärd saknas.
1	Adekvat medicinsk anamnes och ärftlighet är dokumenterad. Riskbedömning och/eller åtgärd saknas eller är bristfällig.
2	Adekvat medicinsk anamnes och ärftlighet är dokumenterad. Riskbedömning eller åtgärd ej fullständig.
3	Adekvat medicinsk anamnes och ärftlighet är dokumenterad. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Graviditetskontroller

Beskrivning

Syftet med kontroller under graviditet är att i tid upptäcka, och om möjligt åtgärda, avvikelser i det normala graviditetsförloppet. Detta för att i möjligaste mån säkerställa en god hälsa hos den gravida och det väntade barnet, samt förebygga allvarliga komplikationer.

Alla gravida i Sverige erbjuds standardiserade kontroller enligt Basprogram. Det finns ett nationellt förslag till vad som ska ingå i basprogrammet, i form av antal besök hos barnmorska och däri ingående åtgärder. Det finns regionala varianter och lokala riktlinjer för olika tillstånd som ligger till grund för hur mödrahälsovården ska bedrivas.

De graviditeter som har en vårdplanering angiven i MHV 3 ska kontrolleras enligt denna planering, utöver basprogrammet. Vid varje besök ska en värdering av den gravidas fysiska och psykiska mående, mätvärden och graviditetsutveckling göras, och adekvata åtgärder vidtas.

Definition/avgränsningar

Graviditetskontroller enligt regionalt basprogram.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Avsaknad av dokumenterade kontroller enligt Basprogram eller Vårdplanering/ MHV 3.
1	Basprogram/MHV 3 ej följt, dokumentation mycket bristfällig.
2	Kontroller enligt Basprogram/ MHV 3 utförda och delvis dokumenterade.
3	Graviditetskontroller följer Basprogram/ MHV 3 och är fullständigt. Riskbedömning gjord samt eventuell åtgärd och planering vidtagen.

Sammanfattning av graviditet i MHV-journal

Beskrivning

En korrekt sammanfattning av graviditeten i mödrahälsovårdsjournal bidrar till optimal förlossningsvård genom att kortfattat lyfta fram de viktigaste hälsomässiga, psykiska, medicinska och obstetriska fakta som framkommit under fortlöpande graviditetskontroller. Det som bedöms som normalt behöver inte i text negetras.

Sammanfattning av graviditet ska ske i samråd med den gravida i samband med ordinarie barnmorskekontroll, om möjligt av patientansvarig barnmorska, omkring graviditetsvecka 35. Sammanfattningen dokumenteras på ett tydligt sätt i MHV 3. Sammanfattningen syftar till att ge personal inom förlossningsvården och eftervården på BB möjlighet att snabbt inhämta bakgrundskunskap om den gravida och eventuell planerad vård framöver.

Definition/avgränsningar

Uppgifter som har betydelse för förlossning och eftervård ska dokumenteras.

Obstetriska data:

- paritet
- tidigare graviditeter och förlossningar – kortfattad sammanfattning
- gynekologiskt (t.ex. infertilitet och operationer av betydelse).

Hälso- och psykosociala faktorer:

- tobak, alkohol, droger
- normalvikt/övervikt/obesitas/undervikt
- psykosocialt (inkluderar eventuell förlossningsrädsla)
- hereditet
- planerad uppföljning.

Medicinska faktorer:

- maternell sjukdom
- smitta (t.ex. GBS) – eller bärarskap av multiresistenta bakterier
- allergi eller överkänslighet
- aktuella läkemedel
- särskild hänsyn i samband med förlossning/BB-tid • planerad barnuppföljning på BB – t.ex. tidig vaccination.

Graviditetsförlopp:

- avseende den gravida
- barn – t.ex. avvikelser i fosterdiagnostik eller tillväxt.

Amning:

- inställning till amning.

Helhetsbedömning

Riskbedömning utförs enligt lokal rutin.

Riskbedömning

Riskbedömning inom mödrahälsovård har till syfte att öka patientsäkerheten samt avgöra vårdnivå inom mödrahälsovård och ligga till grund för adekvat omhändertagande inom mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård.

Riskbedömning gjord i mödrahälsovård ska tas i beaktande vid kontakt med patienten både i det direkta mötet och vid telefonkonsultationer inom hela vårdkedjan.

Avvikelser som kan ha betydelse för förlossning eller tiden efter förlossning för gravida och det väntande barnet ska uppmärksammas i sammanfattningen. Riskbedömning och dokumentation sker enligt lokal riktlinje.

Låg risk

Som normal bedöms graviditet där frisk gravid följt basprogrammet (även om graviditetskrämpor eller lättare övergående åkommor förelegat) och kontrollerna utfallit utan anmärkning. Låg risk dokumenteras som "Följt basprogram".

Risk

En graviditet bedöms förknippad med måttlig risk om det finns sociala eller språkliga svårigheter, låg eller hög mödraålder, hälsorisker (t.ex. BMI ≥ 30), genetiska risker, obstetriska komplicerande faktorer (t.ex. flerbörd eller äggdonation), komplikationer under graviditeten, maternell sjukdom, smitta eller medicinering av mindre inverkan.

Vid flera måttliga riskfaktorer övergår graviditeten till hög risk.

Hög risk

En graviditet innebär hög risk då det föreligger mycket svåra sociala förhållanden eller alkohol/drogbruk, uttalad obesitas (BMI ≥ 40), betydande maternell eller graviditetsrelaterad sjukdom, smitta, medicinering, svår komplikation av betydelse under graviditet eller prenatalt diagnosticerad större fosteranatomiisk avvikelse eller tillväxthämning.

Vid bedömd risk dokumenteras aktuella riskområden, vidtagna åtgärder och planerade åtgärder innan, under och efter förlossning.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Sammanfattning saknas.
1	Sammanfattning finns. Dokumentation i större delar bristfällig, eller viktiga fakta saknas.
2	Sammanfattning finns. Dokumentation i vissa delar bristfällig, inga avgörande fakta saknas.
3	Sammanfattning finns. Tydligt dokumenterad och innehållande all adekvata fakta samt riskbedömning genomförd.

Eftervårdsbesök inom mödrahälsovården

Beskrivning

Syftet med eftervårdsbesök är att följa upp den nyblivna föräldern/föräldrarna efter förlossning och främja föräldraskap samt sexuell och reproduktiv hälsa. Det är samtidigt ett tillfälle att identifiera fakta av värde inför eventuella framtida graviditeter.

Eftervårdsbesök hos barnmorska sker med fördel på samma mottagning där kvinnan gått för graviditetskontroller – annars på annan motsvarande enhet. Eftervårdsbesök kan ske t.o.m. 16 veckor post partum. Eftervården kan med fördel delas upp på flera besök. Ett helhetsperspektiv eftersträvas, och besöket ska ske i samråd med den nyblivna föräldern/familjen.

Eftervårdsbesöket inkluderar genomgång av förlossningsupplevelse och gynekologisk undersökning med bedömning av bäckenbotten. Vikt, blodtryck och eventuellt Hb. Sociala, hälsomässiga och medicinska samt obstetriska faktorer av betydelse under och efter graviditet gås igenom. Samtal om amning.
Preventivmedelsrådgivning.

Definition/avgränsningar

Eftervårdsbesök inom mödrahälsovården

Samtalet ska vara anpassat och i respekt med vad den nyblivna föräldern/ föräldrarna önskar att samtala om. Barnmorskan har ansvar att återkoppla till den nyblivna föräldern/föräldrarna där det finns behov för vidare planering och åtgärder utifrån följande genomgång som behöver följas upp efter graviditeten:

Förlossningsuppföljning

- förlossningsförlopp
- komplikationer av betydelse
- upplevelse.

Aktuellt fysiskt och psykiskt mående

Social situation:

- partner, annat stöd
- bostad
- ekonomi
- våld.

Hälsofaktorer:

- viktuppgång under graviditet

- kost
- fysisk aktivitet
- tobak
- alkohol
- droger.

Medicinska faktorer av långsiktig betydelse, där uppföljning kan behövas:

- hypertoni och preeklampsi
- graviditetsdiabetes
- graviditetsrelaterad hypothyreos
- psykiatrisk sjukdom
- annan interkurrent maternell sjukdom
- läkemedelsanvändning
- icke normaliserade prover
- obstetriska faktorer som kan påverka planering av framtida graviditeter och förlossningar.

Undersökning:

- vikt
- blodtryck
- Hb
- buk: läkning kejsarsnittsärr?
- gynekologisk undersökning: bäckenbottenbedömning
- eventuell urinodling.

Amning:

- ammar helt/delvis/ej
- amningsupplevelse.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter:

- samliv
- familjeplanering: preventivmedel.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Eftervårdsbesök ej genomfört.
1	Eftervårdsbesök utfört. Dokumentation mycket bristfällig. Bedömning/åtgärd saknas.
2	Eftervårdsbesök utfört. Dokumentation finns. Bedömning och/eller åtgärd framgår delvis.
3	Eftervårdsbesök adekvat utfört. Kompletta förlossningsgenomgång och undersökning. Adekvat amningsuppföljning och preventivmedelsrådgivning. Dokumentation korrekt. Bedömningar/åtgärder framgår tydligt.

Tolkanvändning

Beskrivning

Tolkanvändning ska ske enligt Socialstyrelsens skrivelse ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig”. Användning av tolk dokumenteras enligt lokal riktlinje.

Definition/avgränsningar

Följande uppgifter ska ingå:

- identifiera tolkbehov och språktillhörighet vid bokning av besöket
- vid ej identifierat tolkbehov inför första kontakt, ska besöket bokas om helt eller delvis
- auktoriserad tolk ska användas vid varje besök, telefontolk alternativt närvarande tolk
- tolkning av anhörig/minderårig ska ej användas
- om tolk uteblir från besöket ska detta dokumenteras.

Poängskala

Poäng	Beskrivning
0	Tolkbehov ej identifierade och åtgärd saknas.
1	Tolkbehov identifierat och dokumenterat. Tolk använd vid enstaka besök.
2	Tolkbehov identifierat och dokumenterat. Tolk använd vid flera än ett besök.
3	Tolkbehov identifierat och dokumenterat. Tolk använd vid alla planerade besök.

Referenser eller länkar till fördjupning inom området

Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Socialstyrelsen, Stockholm.
Artikelnummer 2015-4-10.

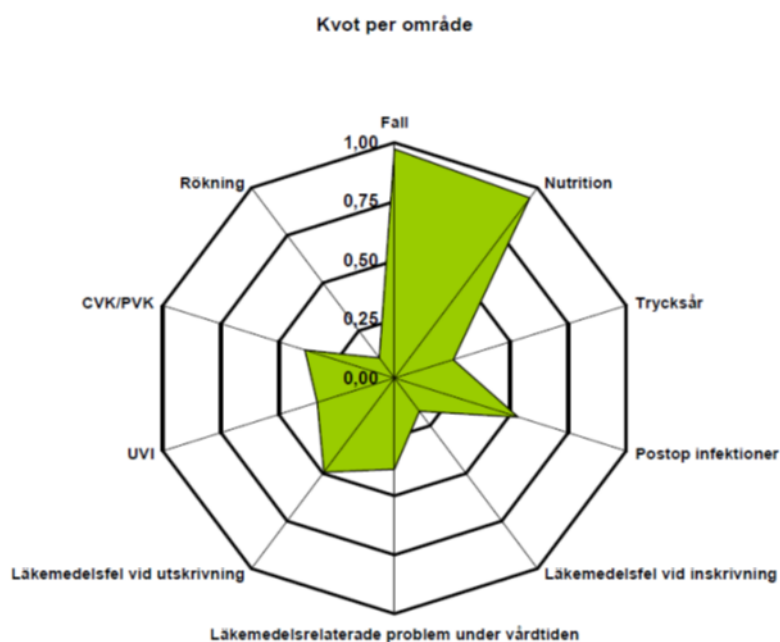
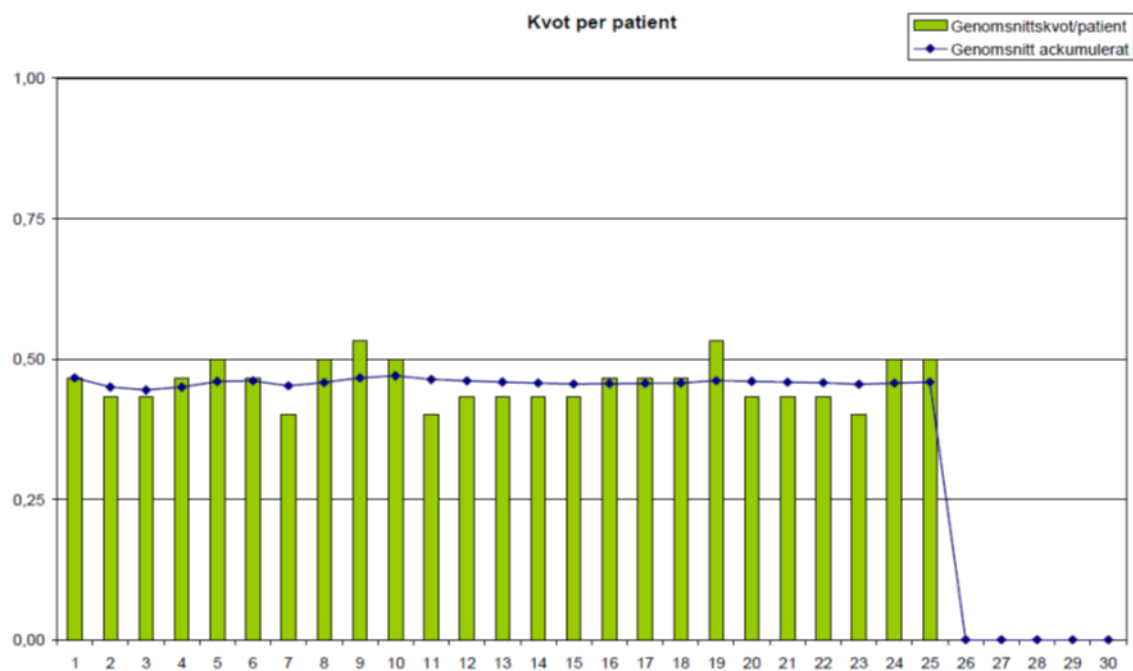
Referenser

- SFOG riktlinje Thyroideasjukdomar i samband med graviditet 2019
- SFOG riktlinje Hypertonisjukdomar under graviditet 2021
- ARG rapport 62 Barnafödande och psykisk sjukdom
- ARG rapport 65 Kejsarsnitt
- ARG rapport 74 Graviditetsimmunisering
- ARG rapport 76 Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa.
- ARG rapport 77 Förlossningsrädsla 2017
- SBU rapport, Förebyggande av depression under graviditet och efter förlossning 2020-03-31
- SBU rapport, Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet 2021-02.25
- Kunskapsstöd för mödrahälsovården, Socialstyrelsen
- NAG rapport om fosterdiagnostik 2021
- SBF, Hållbar livsstil september 2018
- NCK
- Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2012:20 samt 2013-2-28
- Regionalt Vårdprogram Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod, SLL 2014.
- Socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap.1a§.
- Barnkonventionen 2020

Tolkningsmallar

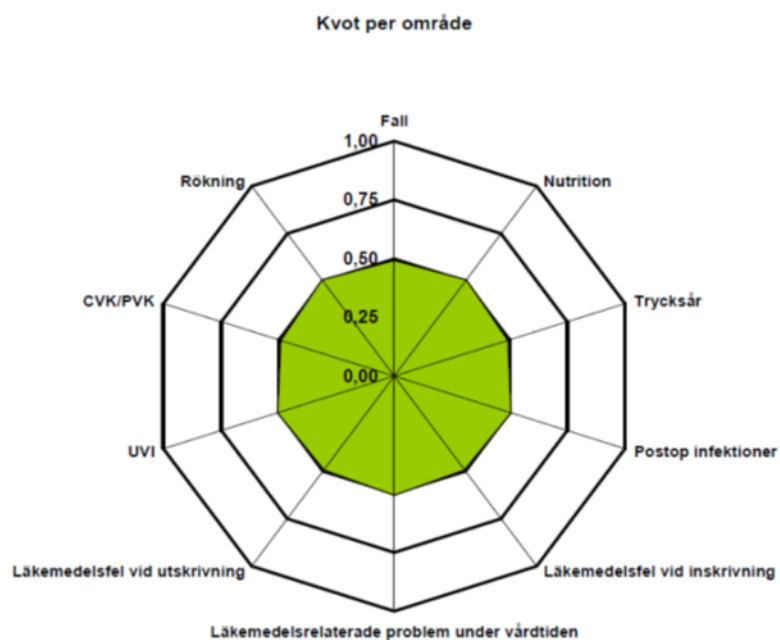
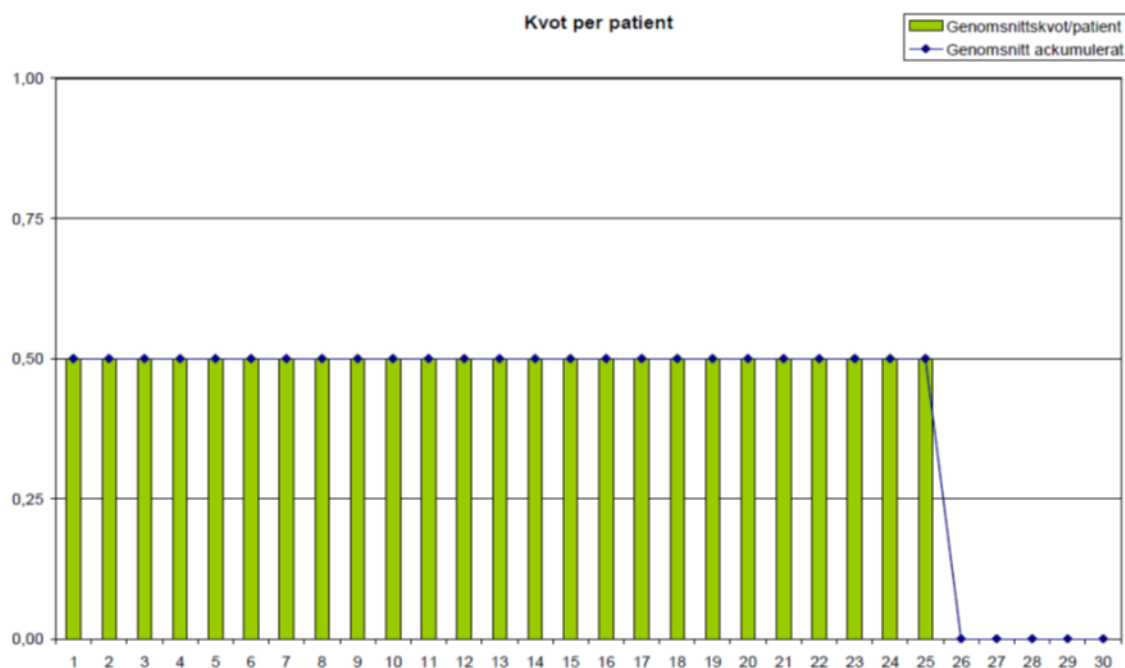
Vissa områden prioriterade

Nedanstående exempel visar en enhet med relativt jämna resultat mellan de enskilda patienterna, men där poängen till stor del genererats från enstaka områden. Enheten har bra rutiner för de områden som genererar många poäng (i detta exempel främst hälsa och livsstil vid inskrivning samt eftervårdsbesök), men behöver även arbeta med att få bra resultat inom övriga områden.



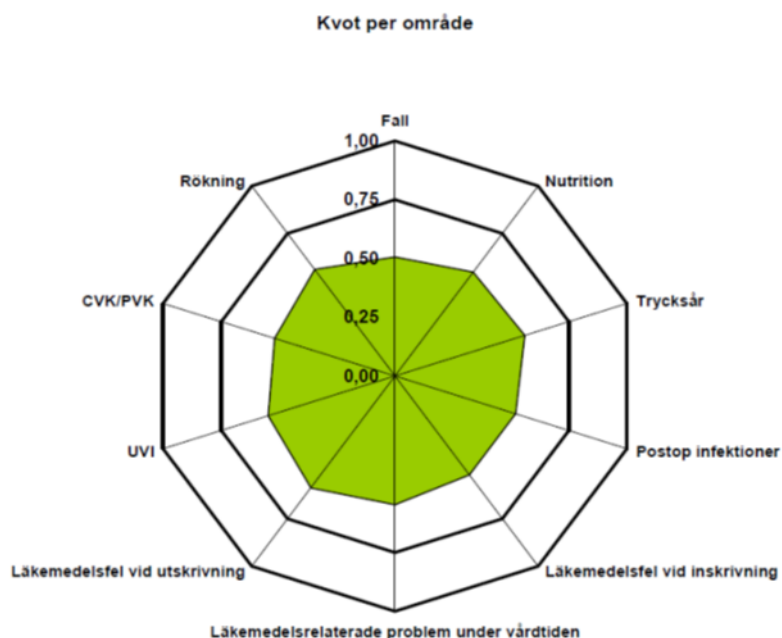
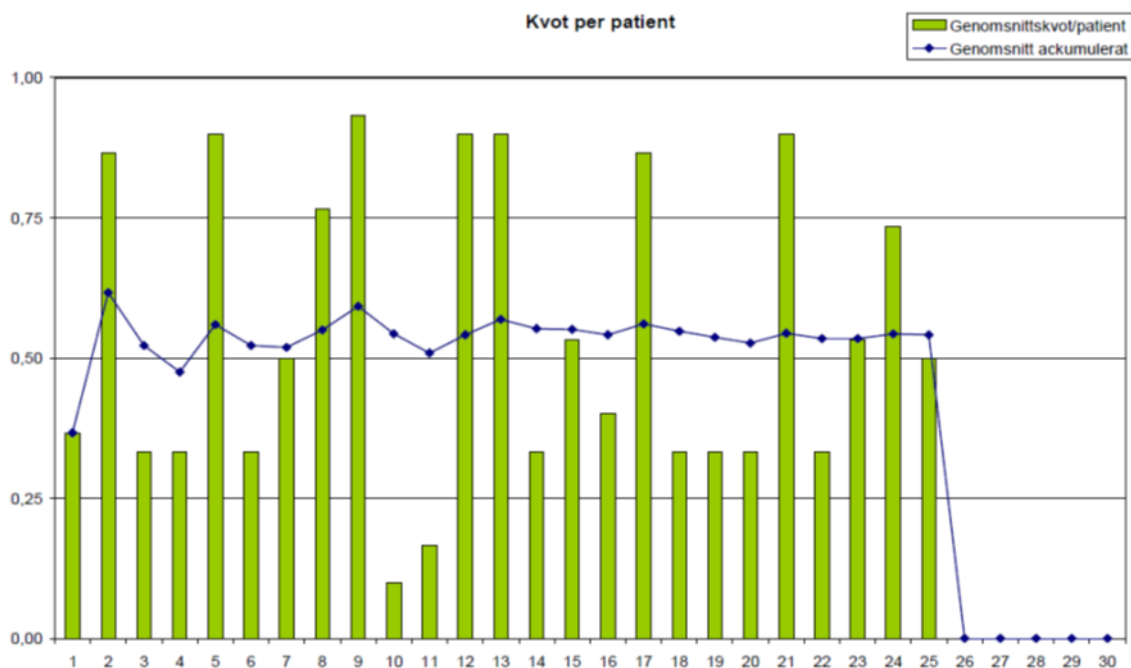
Bristande åtgärder och uppföljning

Nedanstående exempel visar en enhet med jämna resultat mellan de enskilda patienterna, och där poängen genererats från alla områden. Enheten arbetar med alla områden, men behöver förbättra arbetet med att planerade åtgärder verkligen blir genomförda och se till att uppföljning fungerar.



Bristande standardisering, ojämna rutiner

Nedanstående exempel visar en enhet med stora skillnader i hur väl rutinerna används på varje enskild patient. Enheten behöver identifiera varför skillnaderna finns, och arbeta med att se till att alla rutiner används på alla patienter.



Gott resultat

Nedanstående exempel visar en enhet som kommit mycket långt i sitt arbete med att säkerställa att rutiner följs. De små skillnaderna mellan enskilda patienter, och att poäng genereras inom alla områden visar att enheten har bra rutiner som följs hos alla patienter.

