

BASPROGRAM FÖR MÖDRAHÄLSOVÅRDEN I VÄSTERBOTTENS LÄN

Reviderat: 2009 11 11 Giltigt tom 2011 10 01

Ansvariga: Processgruppen för Mödrahälsovård och Obstetrik i VLL

Kontaktpersoner:

Tf mödrahälsovårdsöverläkare Ingrid Mogren

Samordningsbarnmorska Helen Ingvarsson

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

HÄLSOVÅRD UNDER GRAVIDITET	2
FÖRSTÄRKT PSYKO-SOCIALT INNEHÅLL	2
BESÖKSPROGRAM.....	4
LÄKARBESÖK.....	5
INSKRIVNING.....	5
VÅRDSAMMANFATTNING	5
EFTERVÅRDSBESÖK	5
KOMMENTARER TILL DET MEDICINSKA BASPROGRAMMET.....	6
BARNMORSKEBESÖK.....	6
 <i>URINPROV</i>	6
PROVTAGNING.....	6
DIAGNOSTIK.....	6
HANDLÄGGNING.....	6
KONTROLL/UPPFÖLJNING:	7
 <i>BLODANALYSER</i>	7
 <i>INFEKTIONSSCREENING</i>	8
 BLODTRYCK (BT)	8
 GYNEKOLOGISK UNDERSÖKNING / CERVIXPALPATION	8
 ANDRA UNDERSÖKNINGAR	9
 SPECIELLA TILLSTÅND	9
 BARNMORSKAN STÅR FÖR PRIMÄR RÅDGIVNING VID	9
 LÄKARBESÖK	9
FÖRHÅLLANDEN UNDER GRAVIDITET SOM SKALL UNDERSTÄLLAS LÄKARES BEDÖMNING:	9

1. ALLMÄN ANAMNES	10
2. OBSTETRISK ANAMNES	10
3. AKTUELL GRAVIDITETSANAMNES.....	10
4. AKTUELLA UNDERSÖKNINGSFYND	10
5. EFTER FÖRLOSSNINGEN	10

HÄLSOVÅRD UNDER GRAVIDITET

Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med MödraBarnhälsovårdspsykologernas Förening har framställt rapporten "Mödrahälsovård, sexuell och Reproduktiv hälsa" (ARG-rapport nr 59) vilken publicerats 2008. Dokumentet avses ligga till grund vid utformning av riktlinjer och verksamhet inom mödrahälsovård.

Syftet med det medicinska basprogrammet är "att identifiera riskfaktorer som kan leda till graviditetskomplikationer och att identifiera komplikationer utan symtom som uppstår under graviditeten för att förebygga allvarliga följder för mor och barn. Mödrahälsovården skall dessutom föra dialog om livsstilsfrågor, ge råd och stöd till familjen och vara tillgänglig för kvinnor som får besvär under graviditeten".

Mödrahälsovårdens stöd avseende psykosocial utsatthet medför behov av en förstärkt samverkan med andra professioner och organisationer, exempelvis mödrabarnhälsovårdspsykologer, psykiatri, beroendeheter och kommunernas socialförvaltningar.

Graviditet, förlossning och eftervård skall betraktas som ett sammanhängande normalt fysiologiskt förlopp.

Mödrahälsovårdens omhändertagande måste differentieras och avstämmas efter det individuella behovet. Antalet föreslagna besök ska ses som en bas med möjlighet för variationer.

FÖRSTÄRKT PSYKO-SOCIALT INNEHÅLL

Hälsovården skall ha ett förstärkt psykosocialt innehåll och inte endast vara utformad som en rent kroppslig hälsokontroll.

Motiverande samtalsteknik (MI) bör användas som metod för stöd till de livsstilsförändringar som barnmorskan finner tillrädliga. Se stöddokument för tillämpande av MI (länk)

Målet med det psykosociala stöd som kan ges till kvinnan och paret under graviditeten är:

- att medverka till en så positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnstid som möjligt
- att stärka individens egna resurser för att klara olika påfrestningar
- att graviditeten blir en tid av mognad och föräldraförberedelse
- att kvinnan ska känna tillit till den gravida kroppens förändringar
- att barnet blir tydliggjort och att anknytningsprocessen påbörjas
- att minska risker för störningar under graviditet, förlossning och spädbarnsperiod samt minska risken för onödiga interventioner

Det är viktigt att under graviditeten vara uppmärksam på och identifiera kvinnor med psykosocial utsatthet med åtföljande risk för anknytningsproblematik och bristande omsorgsförmåga, i syfte att kunna erbjuda dessa kvinnor ökat stöd. Den psyko-sociala utsattheten kan utgöras av

- Förlossningsrädsla
- Önskad graviditet, tidigare många missfall eller dött barn
- Tidigare problem med oro-ångest-depression
- Ätstörningar
- Utsatt för kränkningar-tvång-våld

- Relationsproblem till barnafader, partner och föräldrar
- Ensamstående med bristande nätverk
- Arbetsökande, långtidssjukskriven
- Språksvårigheter, isolering, flyktingstatus
- Ekonomiska problem
- Riskkonsumtion/missbruksproblematik (se Alkohol och graviditet – Handlingsplan)
- Låg ålder/psykologisk omogenhet
- Fysiska handikapp eller förståndshandikapp,

Barnmorskan ansvarar för den grundläggande mödrahälsovården.

Läkaren fungerar som konsult åt barnmorskan i hennes arbete inom mödrahälsovården/barnmorskemottagningen. Läkarkontakten kan ske genom konsultation i olika former eller genom ett bokat läkarbesök.

BESÖKSPROGRAM

Grav.vecka	Förfödelska åtgärder	Omfödelska åtgärder
8-12 och 12-16 Bm	<p>Inskrivning ska ske vid två tillfällen.</p> <p>Vid inskrivningsbesök av ej svensktalande kvinna skall professionell tolk som talar kvinnans modersmål vara närvarande (i rummet eller via telefon). Partner eller annan anhörig skall ej vara tolk.</p> <p>Omvårdnadsanamnes.</p> <p>Individuell vårdplanering/bedömning (v12-16).</p> <p>Längd, vikt, BMI, blodtryck, Hb, s-ferritin, slumpplasmaglukos, protein och nitrit i urin, ev klamydia, blodgruppering, immuniseringstest, HIV, rubella, hepatit B, syfilis. Tidigt läkarbesök vid behov (se nedan). Ang viktkontroller och förhållningssätt till viktuppgång och övervikt under graviditeten, se särskilt PM</p> <p>Högenergetiskt ultraljud (Doptone) skall ej användas före graviditetsvecka 18.</p> <p>Inrapportering av patientdata till Mödrahälsovårdsregistret.</p> <p>Samordning sker mellan åtgärder inom Mödrahälsovårdens organisation och insatser inom Salutsatsningen. Gravida kvinnor erbjuds bland annat besök hos tandvårdshygienist.</p>	
17-19	<p>Dateringsultraljud</p> <p>Läkarbesök vid behov (se nedan)</p>	
20 Bm*	<p>Gravida tillhörande någon av följande riskgrupper ska erbjudas återbesök graviditetsvecka 20:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kronisk hypertoni/essentiell hypertoni • Diabetes mellitus typ 2 • Tidigare graviditet med graviditetsinducerad hypertoni • Tidigare graviditet med preeklampsi • Tidigare graviditet med graviditetsdiabetes • Svår psykosocial problematik (exvis missbruk, bristande socialt nätverk, psykologisk/psykiatrisk problematik) 	
	<p>Starta föräldragrupp (v20-25)</p> <p>Variation när FG startar kan förekomma</p>	
24 Bm	Fosterljud, SF-mått, Hb, blodtryck, protein i urin, slumpplasmaglukos	
28 Bm	Fosterljud, SF-mått, blodtryck, protein i urin Slumpplasmaglukos, immuniseringstest	v. 29
31 Bm	Fosterljud, SF-mått, blodtryck, protein i urin	v.32
33 Bm	Fosterljud, SF-mått, fosterläge, blodtryck, protein i urin, slumpplasmaglukos, Hb	
35 Bm	<p>Vårdsammanfattning för MHV-tiden.</p> <p>Fosterljud, SF-mått, fosterläge, blodtryck, protein i urin</p>	
37 Bm	Fosterljud, SF-mått, fosterläge, blodtryck, protein i urin,	v.38
39 Bm	Fosterljud, SF-mått, fosterläge, blodtryck, protein i urin, Hb	
41 Bm	Fosterljud, SF-mått, fosterläge, blodtryck, protein i urin	

Postpartum 6-12v Bm	Eftervårdsbesök , kan ej ersättas med läkarbesök Uppföljning förlossning, amning, puerperium och föräldraskap Preventivmedelsrådgivning, gyn undersökning Hb, blodtryck Uppföljningsanteckningar- Mödrahälsovårdsregistret
------------------------	---

LÄKARBESÖK

Se ["förhållanden under graviditet som skall underställas läkarbedömning"](#)

- När barnmorskan anser det påkallat.
- När kvinnan/paret påtalar önskemål om bedömning.

INSKRIVNING

Det första mötet är början på en långvarig relation mellan barnmorskan och de blivande föräldrarna. En relation är alltid något som skapas. Föräldrarna är i beroendeställning till barnmorskan och behöver känna att de blir bemötta med respekt och att de kan lita på barnmorskans tystnadsplikt för att kunna samtala om personliga och psykosociala förhållanden. Tilliten till barnmorskan är en förutsättning för en god relation.

Barnmorskans uppgift är att:

- Skapa trygghet i den aktuella kontaktsituationen
- Inhämta information
- Förmedla kunskap och information
- Definiera eventuella problem och göra en bedömning om extra stödåtgärder

Inskrivningssamtalet kan ses som den första fasen i omvårdnadsprocessen, en fas där man samlar in information om hela människan, fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt. Saluts hälsoformulär används som ett underlag vid samtal om livsstilsfaktorer och dess påverkan på graviditeten.

Inskrivning ska ske under två tillfällen för förstföderskor och omföderskor. Vid inskrivningssamtalen dokumenteras en anamnes med omvårdnadsperspektiv och en individuell vårdplanering/bedömning. Vårdplaneringen görs utifrån fysiska, psykiska, sociala och kulturella faktorer. Vid behov görs justeringar i vårdplanen under graviditetens förlopp.

Det är angeläget att barnmorskan och kvinnan träffas utan partnern vid något tillfälle under graviditeten. Frågor som, om kvinnan känner sig trygg i relationen med sin partner, om hon någon gång varit utsatt för våld eller tvång av närstående person, ställs enskilt till kvinnan.

Vid inskrivningsbesök av ej svensktalande kvinna skall professionell tolk som talar kvinnans modersmål vara närvarande (i rummet eller via telefon). Partner eller annan anhörig skall ej vara tolk .

VÅRDSAMMANFATTNING

Vårdsammanfattningen görs tillsammans med kvinnan/paret. Samtalet syftar till att ge de blivande föräldrarna möjlighet att reflektera över graviditeten, eventuella åtgärder och förväntningar inför förlossning, amning och BB-vård. Barnmorskans roll är att lyssna, bekräfta, hjälpa de blivande föräldrarna till klarhet över sin situation och med fortsatt planering. Dokumentation görs under sammanfattning av graviditet och innefattar kvinnans reflektioner och förväntningar samt barnmorskans bedömning utifrån fysiska, psykiska, sociala och kulturella faktorer. För att fullfölja planering och eventuella insatser efter förlossningen behövs ett samarbete med Barnhälsovården (BHV) och eventuellt även andra instanser, som andra kliniker och/eller socialförvaltningen. Barnmorskan bör särskilt tillse att Vårdsammanfattningen innefattar information som är nödvändig för att omhändertagandet på Förlossningsavdelningen, BB och BHV ska kunna ske på ett korrekt och säkert sätt.

EFTERVÅRDSBESÖK

Tidpunkt och antal träffar kan variera men sker oftast vid ett tillfälle 6–12 veckor efter förlossningen. Eftervårdsbesöket är ett tillfälle när man via samtal på ett bra sätt kan avsluta kontakten och kan inte ersättas med ett läkarbesök. En uppföljning görs med kvinnan/paret om förlossning, amning, puerperium och föräldraskap. Vid behov förmedlas andra kontakter och

stödåtgärder. För de kvinnor som har haft en traumatisk förlossningsupplevelse är det av största vikt att de får adekvat hjälp om sådan hjälp inte redan påbörjats. Det är även viktigt att uppmärksamma mannens/partners reaktioner, både vid en normal och vid en traumatisk förlossning och ge mannen/partnern möjlighet att bearbeta sina upplevelser. Via uppföljningsanteckningar till Mödrahälsovårdsregistret ställs frågor till kvinnan med syfte till kvalitetssäkring.

KOMMENTARER TILL DET MEDICINSKA BASPROGRAMMET

Vid avvikelser från det "normala" finns riktlinjer för fortsatt handläggning.

BARNMORSKEBESÖK

URINPROV

Isolerad proteinuri (utan högt blodtryck), $\geq 1+$ vid upprepade tillfällen, tänk på UVI, njursjukdom, klamydia, kontakta läkare för rådgivning.

Bakteriuri under graviditet förekommer i 1-2%. Screening ger störst utbyte mellan gravvecka 9-16.

PROVTAGNING

Provtagningstekniken är viktig för att undvika föroreningar och därmed falskt positivt prov vid urinodling: morgonurin eller urin som inkuberats minst fyra timmar i urinblåsan, särade blygdläppar och mittstråleprov. Kylförvaring av provet fram till analys.

DIAGNOSTIK

Semikvantitativ **urinodling** utgör referensmetoden men är tidskrävande och tar minst 24 timmar. Gränsen för behandling är olika vid asymptomatisk bakteriuri, (100 000 bakt/mL; se nedan) resp. vid symtom på urinvägsinfektion. Vid de flesta urinvägsinfektioner föreligger bakterierna i ren kultur, blandflora talar många gånger emot urinvägsinfektion. Vid symtom och växt av *E.coli* och *Staphylococcus saprophyticus* (primära patogener) rekommenderas behandling redan vid växt av 1000 bakt/ml. Vid växt av övriga urinvägspatogener är gränsen 10 000 bakt/mL. Grupp A-streptokocker skall **alltid** behandlas oavsett bakterieantal. Grupp B-streptokocker i **urinodling** behandlas vid växt av 10 000 bakt/mL eller högre bakterietal. Se "[Lathund för bedömning av urinodlingssvar..](#)"

Nitrittest har en specificitet över 95% emedan sensitiviteten är låg.

Uricult ger nästan lika säkra resultat som semikvantitativ odling; det är dock svårare att identifiera blandflora och uppskatta bakteriekoncentrationen vid gränsvärden. Om Uricult-odling visar misstanke om ABU eller är svårbedömd skall en adekvat urinodling med resistensbestämning tas så snart som möjligt.

Asymptomatisk urinvägsinfektion (ABU) definieras som närvaro av minst 100 000 bakterier per mL urin vid två olika urinbestämningar och mittstråleprov **utan** samtidigt symtom på urinvägsinfektion hos patienten.

ABU förekommer hos 2-8% av gravida, vilket är en dubbling av frekvensen jämfört med icke-gravida kvinnor. Obehandlad ABU under graviditet utvecklas till manifest pyelonefrit hos cirka 25% av patienterna. Optimal tidpunkt för screening av ABU är i början av graviditeten, vecka 9-16.

HANDLÄGGNING

Vid inskrivningen: Protein i urin och nitrittest. Vid positivt nitrittest eller om det i anamnes finns tidigare behandlade urinvägsinfektioner, känd njurskada/njursjukdom, diabetes mellitus eller kvinnan har symtom på urinvägsinfektion **skall urinodling tas**.

Senare under graviditeten: Urinodling med resistensbestämning (alt. Uricult) vid symtom. En positiv Uricult skall verifieras med urinodling och resistensbestämning.

Vid symtom: om positivt nitrittest och/eller positiv Uricult kan behandling insättas i avvaktan på odlings svar och resistensbestämning.

OBS: Vid sveda, trängningar och negativ urinodling ska klamydiainfektion uteslutas.

Behandling: Förstahandsval vid cystit och ABU är: 1) Nitrofurantoin 50 mg x 3 under 5 dagar eller 2) Mecillinam 200 mg x 2 under 5 dagar eller 3) Cefadroxil 1 gram x 1 (500 mg x 3), 5 dagar. Akut pyelonefrit innebär inläggningsfall för parenteral behandling. Trimetoprim och kinoloner bör ej ordinerats under graviditet.

1) Nitrofurantoin skall ej ges till gravida med känd brist på glukos-6-fosfatdehydrogenas (ärfdig defekt, förekommer fr a i Sydeuropa, Afrika, Sydostasien, Sydamerika) ej heller vid amning av barn yngre än 1 månad (risk för hemolytisk anemi hos det nyfödda barnet)

2) Mecillinam kan användas under graviditet, bör dock undvikas under sista graviditetsmånaden pga. fysiologisk karnitinsänkning.

KONTROLL/UPPFÖLJNING:

2 veckor efter avslutad antibiotikabehandling kontroll med urinodling (alt Uricult) samt därefter med 5-6 veckors intervall fram till partus.

Vid recidiverande urinvägsinfektioner/ABU ges ny behandling och övervägande om långtidsprofylax, Nitrofurantoin 50-100 mg till natten fram till partus, bör handläggas av obstetriker eller infektionsläkare.

Patienter med pyeliter, återkommande urinvägsinfektioner och/eller långtidsbehandling under graviditeten skall följas upp postpartum med urinodling 3-6 veckor postpartum. Vidare ställningstagande till att patienter med ovanstående besvär samt gravida med hydronefros, njurstensanfall följs upp postpartum med urografi (cirka 3 månader efter partus).

BLODANALYSER

BLODGRUPPERING	<p>A) Screeningundersökning för immunisering, 2 kontroller under graviditeten, vid inskrivning (blodgruppering och antikroppsundersökning) samt 28 veckor (då endast antikroppsundersökning).</p>
	<p>B) Vid konstaterad immunisering handläggning enl rekommendationer från Blodcentralen och SMVC. SE PM .</p>
HB-KONTROLLER (4 gånger under en normal graviditet)	<p>Vid kapillärt Hb<110g/L vid inskrivningen eller Hb <105g/L i vecka 24 eller vecka 33 (= anemi), ta venöst blodstatus och s-ferritin. Järnsubstitution skall övervägas enligt s-ferritin-nivåer enligt nedan.</p> <p>Vid s-ferritin < 20 mikrogram/L rekommenderas 30-50 mg Fe++ dagligen.</p> <p>Vid s-ferritin 20-60 mikrogram/L rekommenderas 30-50 mg Fe++ (dagligen från och med vecka 20 för kvinnor med Hb<110 vid inskrivningen).</p> <p>Vid s-ferritin > 60 mikrogram/L skall inte järnmedicinering rekommenderas.</p> <p>Järnsubstitution enligt rekommendationen ovan gäller även för kvinnor med Hb≥110 vid inskrivningen.</p> <p>Vid järnsubstitution pga anemi kontrollera blodstatus, järnstatus och s-ferritin efter 4 veckor.</p> <p>Om fortsatt järnbristanemi och ej möjlighet att behandla med peroralt järn kan behandling med Venofer övervägas ENL PM, för behandling kontakta SMVC</p>
SLUMPLASMAGLUKOS (ca 5 ggr/normal graviditet)	<p>Om plasmaglukosvärdet överstiger ≥ 9 mmol/L, skall oral glukosbelastning utföras. Glukosbelastning också på:</p> <p>Anamnes; tidigare graviditetsdiabetes, tidigare barn > 4,5 kg, BMI ≥ 30, diabeteshereditet (föräldrar, syskon).Glukosbelastning planeras i graviditetsvecka 28-30.</p> <p>Undersökningsfynd; accentuerad fostertillväxt, polyhydramnios vid u-ljud</p>
Bedömning av GLUKOSBELASTNING, plasmaglukos och 2-tim. värdet	<p>Normalvärde: < 10,0 mmol/L</p> <p>Graviditetsdiabetes ≥ 10,0 – 12,1 mmol/L</p> <p>Om värden ≥ 12,2 mmol/L skall det betraktas som (risk för) "manifest diabetes" och initialt handläggas via SMVC/Diabetesenheten</p> <p>Vid kontroll av patienten själv; Postprandialt (1½ tim efter måltid) kontakt vid upprepede värden ≥ 9,0 mmol/l, och/eller</p>

	fastevärde $\geq 6,5$ mmol/l.
THYROIDEAPROVER	Se Riktlinjer för thyroideafunktionskontroll under graviditeten

INFEKTIONSSCREENING

HEPATIT	Alla gravida screenas för hepatit B enl SoS föreskrift 2004:13 (M). Ang. provtagning avseende hepatit B och C; handläggning vid förlossning och eftervård, uppföljning av mor och barn; SE PM Smittskyddspärmen
HIV	Alla gravida screenas för hiv. SE PM, Smittskyddspärmen
HTLV I/II	SE PM Smittskyddspärmen
RUBELLA	Tas på alla gravida
SYFILIS	Alla gravida skall screenas enligt Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2004:13
TUBERKULOS	Tuberkulos-screening inom MHV, Västerbotten SE PM
KLAMYDIAPROV	Ej rutin, men var frikostig till kvinnor under 25 år samt vid symtom, OBS: vid sveda, trängningar och negativ urinodling – uteslut klamydiainfektion. Provtagningsanvisning., SE PM . OBS, om infektion ge T Amoxicillin 500mg x 3 i 7 dagar, (om pc-allergi kan doxycyklin ges under första trimestern och efter första trimestern erytromycin).
GRUPP B STREPTOKOCKER (GBS) under graviditet och förlossning	Handläggning och intrapartal antibiotikabehandling ENL PM
MRSA	Anvisningar är under arbete. Se Screening MRB-lokal anvisning ; Svenska enheter med högre MRB-förekomst

BLODTRYCK (BT)

Om isolerad blodtrycksstegring (BT \geq 140/90), alltså ej fynd av proteinuri, skall kvinnan rekommenderas vila med hel (halv) sjukskrivning och BT kontrolleras inom en vecka. Om fortfarande högt och ev. tillkomst av andra symtom på preeklampsi, kontakt med obstetriker för bedömning.

Observera att epigastralgi, palpationsömheter över levern, med eller utan BT-stegring, proteinuri eller övriga klassiska symtom på preeklampsi skall bedömas av obstetriker.

Isolerad blodtrycksstegring med diastoliskt tryck verifierat ≥ 105 mm Hg trots vila bör aktualiseras för hypertonibehandling (på maternell indikation).

Vid verifierad proteinuri ($\geq +1$) och stigande blodtryck tättare kontroller. Bedömning av obstetriker om BT $\geq 140/90$ och $> +1$ eller subjektiva symtom.

Remittering för bedömning av obstetriker samma dag vid diastoliskt blodtryck ≥ 100 mm Hg eller systoliskt blodtryck ≥ 160 mm Hg eller diastoliskt blodtryck ≥ 90 mm Hg med proteinuri $\geq 0,3$ gram/liter.

GYNEKOLOGISK UNDERSÖKNING / CERVIXPALPATION

Gynekologisk undersökning skall göras på:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravida som aldrig tidigare blivit undersökta för att upptäcka anatomiska avvikelser som kan påverka graviditet och förlossning ▪ Könstympade kvinnor ▪ På indikation som ex. blödning
--	--

Gynekologisk undersökning kan göras	På tidigare koniserade kvinnor för att erhålla ett utgångsstatus För att kontrollera uterus storlek i tidig graviditet Cervixpalpation kan utföras vid prematura sammandragningar
--	---

ANDRA UNDERSÖKNINGAR

CYTOLOGIPROV	Tas ej rutinmässigt under graviditet. Se riktlinjer ang. handläggning SE PM
SYMFYS-FUNDUS (SF)-MÅTT	Regelbunden SF-mätning efter grav.vecka 24. Vid avvikande SF-mått SE PM
FÖREGÅENDE FOSTERDEL:	Kontrolleras från vecka 32. Vid säte/tvårläge eller oklar bjudning, remiss Spec.MVC för ultraljud vid/efter 35 hela veckor ($\geq 35+0$). Handläggning vid vändning, se SE PM .

SPECIELLA TILLSTÅND

DUPLEX-GRAVIDITET	SE PM
FOSTERHJÄRTARYTMI	Incidensen av fetala arytmier är ca 1-2%. Majoriteten är supraventrikulära extraslag och saknar klinisk betydelse. Beror oftast på omogenhet i fostrets retledningssystem och försvinner nästan alltid vid eller kort efter födelsen. För bedömning och handläggning, SE PM "Fosterhjärtarytmi –remittering" Högenergetiskt ultraljud (Doptone) skall ej användas före graviditetsvecka 18.
GRAVIDITETSDIABETES	SE PM
HEPATOS	Intrahepatisk cholestas under graviditet (ICP), klåda med samtidig leverpåverkan drabbar 1-1,5% av alla gravida. Utredning, diagnos och handläggning; SE PM
IVF-GRAVIDITET	Föränleder ingen särskild handläggning på MVC
ÖVERBURENHET	Graviditetslängd $\geq 42+0$ veckor, ($\geq 41+0$ ve om kvinnan är ≥ 40 år) handläggning se SE PM

BARNMORSKAN STÅR FÖR PRIMÄR RÅDGIVNING VID

Graviditetsmolimina	Pyridoxin, Ingefärskapslar, Postafen (OBS! beakta bilkörning)
Candidavulvovaginit	ex. Pevaryl Depot vagitorier
Refluxbesvär	ex. Link el. Gaviscon ev Omeprazol

LÄKARBESÖK

- I samband med hälsoövervakning skall läkaren svara för sådana uppgifter som klart fordrar en högre medicinsk kompetens, alltså när barnmorskan anser det påkallat.
- Den gravida skall också veta att hon har möjlighet att träffa läkare vid behov
- Efterkontroll om indicerat, detta besök ersätter ej efterkontrollen hos ordinarie barnmorska.

Förhållanden under graviditet som skall underställas läkares bedömning:

Nedan angivna förhållanden bör föränleda specialistkonsultation. Om barnmorskan är osäker på om kvinnan skall följa det medicinska basprogrammet för normal graviditet bör det föränleda konsultation med läkare.

1. Allmän anamnes

- Kroniska medicinska sjukdomar ex. diabetes, hypertoni, epilepsi, tarmsjukdom, hepatit, njursjukdomar, HIV. immundefekt.
- Aktuell psykiatrisk sjukdom (om kvinnan ej är omhändertagen av annan vårdinstans, primärt omhändertagande av primärvårdsläkare), missbruk.
- Tidigare allvarlig sjukdom ex. tromboembolism eller känd koagulationsdefekt.
- Tung gynekologisk anamnes såsom upprepade gynekologiska vårdtillfällen i slutna vård.
- Tidigare myometrioperation (ex myomenukleation)

2. Obstetrisk anamnes

- Tidigare perinatalt svårt sjukt (ex. GBS-sepsis) eller dött barn.
- Tidigare barn med missbildning, CP-skada eller psykomotorisk utvecklingsstörning.
- Tidigare komplicerad vaginal förlossning (ex. extraktion, skulderdystoci, sfinkterskada med sequelae). Två eller flera tidigare kejsarsnitt.
- Subjektivt påfrestande tidigare förlossning med medicinsk komplikation
- Tidigare prematur förlossning (före 34 hela veckor).
- Tidigare svår preeklampsi
- Tidigare ablatio placentae, placenta praevia eller placenta accreta
- Misstänkt hereditet för missbildning eller kromosomavvikelse
- Förlossningsrädsla (till Aurora-grupp i första hand).
- Immunisering i tidigare graviditet.

3. Aktuell graviditetsanamnes

- Blödningar under graviditet: Före vecka 18 handlägges av jourhavande läkare på gyn.mottagningen; efter vecka 18+0 av läkare på SMVC.
- Smärtsamma kontraktioner
- Flerbörd
- Minskade fosterrörelser som oroar mamman.
- Recidiverande urinvägsinfektioner
- Aktuell herpesinfektion från vecka 36.

4. Aktuella undersökningsfynd

- Hypertoni $\geq 140/90$ mm Hg
Proteinuri
- Misstanke om intrauterin tillväxthämning. SF-mått är screeningsmetod för upptäckt och ultraljud bekräftar.
- Sätessjudning eller annat från huvudbudning avvikande läge efter 35 hela veckor
- Ökad tillväxthastighet av uterus
- För tidig cervixmognad.
- Olika immuniseringar.
- Avvikelser i fosterhjärtljudregistrering

5. Efter förlossningen

Ett kontrollbesök hos läkaren efter förlossningen skall ses som ett komplement till barnmorskans besök och följande kan vara skäl för läkarkontakt:

- Komplicerad eller subjektivt påfrestande förlossning och/eller puerperium (ex. besvärlig instrumental förlossning)
- Förlossning med stora vaginala och/eller perineala förlossningsskador (ex.sfinkterskador)
- Otillfredsställande läkning av skador i bäckenbotten.
- Allvarligare former av preeklampsi under graviditet och i samband med förlossning där annan uppföljning ej är planerad.