

Basprogram för vård under graviditet och efter förlossning

Innehållsförteckning

1	BARNMORSKEMOTTAGNINGARNAS UPPDRAG INOM MÖDRAHÄLSOVÅRD	2
1.1	JOURNALFÖRING.....	2
1.2	TOLKANVÄNDNING.....	3
1.3	TELEFONRÅDGIVNING	3
1.4	GRAVIDITETSTEST	3
2	BASPROGRAMMETS OLIKA DELAR	3
2.1	GRAVIDITETSKONTROLLER	3
2.2	INSKRIVNING.....	4
2.3	FÖRSTA INSKRIVNINGSBESÖKET.....	4
2.4	ANDRA INSKRIVNINGSBESÖKET	5
2.5	PSYKOSOCIALT BESÖK GRAVIDITETSVECKA 16	5
2.6	KONTINUERLIG GRAVIDITETSÖVERVAKNING	6
2.7	SAMMANFATTNING.....	6
2.8	VÅRD EFTER FÖRLOSSNING	6
3	BASPROGRAM: ÖVERSIKT AV INFORMATION OCH KONTROLLER.....	7
4	RISKBEDÖMNINGSTABELLER.....	11
4.1	RISKBEDÖMNINGSTABELL LEVNADSVANOR	11
4.2	RISKBEDÖMNINGSTABELL SOCIAL ANAMNES	11
4.3	RISKBEDÖMNINGSTABELL PSYKISK ANAMNES	12
4.4	RISKBEDÖMNINGSTABELL MEDICINSK ANAMNES.....	12
4.5	RISKBEDÖMNINGSTABELL OBSTETRISK ANAMNES.....	13
5	PSYKOLOGISK OCH SOCIAL BEDÖMNING, UNDERLAG.....	14
5.1	FÖRSTA TRIMESTERN (FUSIONSFA)S.....	14
5.2	ANDRA TRIMESTERN (DIFFERENTIERINGSFA)S	15
5.3	TREDJE TRIMESTERN (SEPARATIONSFA)S.....	16
5.4	POSTPARTUM (0–16 VECKOR).....	17
6	INFORMATION OM FOSTERDIAGNOSTIK OCH AMNING	18
6.1	FOSTERDIAGNOSTIK.....	18
6.2	AMNING	18
7	PSYKOSOCIALT STÖD, SAMVERKAN SAMT FÖRÄLDRASTÖD OCH FÖRLOSSNINGSFÖRBEREDELSE.....	19
7.1	PSYKOSOCIALT STÖD.....	19
7.2	SAMVERKAN	19
7.3	FÖRÄLDRASTÖD OCH FÖRLOSSNINGSFÖRBEREDELSE	19
8	REFERENSER.....	21
9	BILAGOR	22

1 Barnmorskemottagningarnas uppdrag inom mödrahälsovård

Majoriteten av alla gravida och blivande förälder/föräldrar besöker barnmorskemottagningen (BMM) under graviditeten. Besöken är avgiftsfria. Mödra-och barndödligheten i Sverige är bland de lägsta i världen tack vare en välfungerande vårdkedja där mödrahälsovården har en central roll. Ett av BMM:s viktigaste syften är att identifiera faktorer som kan leda till graviditetskomplikationer. Det förebyggande folkhälsoarbetet har en allt större plats i BMM:s arbete, exempelvis då det gäller samtal om levnadsvanor och att uppmärksamma psykisk ohälsa.

Hälsovård i samband med graviditet innebär att stödja en naturlig process, att stärka det friska samt främja goda levnadsvanor. Vårdgivaren ska främja hälsa, tidigt upptäcka avvikelser och behandla sjukdomar för att minska dödlighet, sjuklighet och skador hos den gravida och det väntade barnet.

BMM:s arbete kring graviditetsövervakning och eftervård ska följa basprogrammet och riktlinjerna är utformade av Mödrahälsovårds (MHV)-enheten i Region Stockholm, se Vårdgivarguiden.

BMM lyder under förfrågningsunderlaget enligt lagen om valfrihetssystem Vårdval Barnmorskemottagning. MHV-enheten arbetar på uppdrag av Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (HSF) i Region Stockholm.

Basprogrammet inkluderar alla oavsett nationalitet, etniskt ursprung, religion, ålder, kön eller sexuell läggning samt fysiska eller psykiska förutsättningar. Alla gravida och blivande förälder/föräldrar ska bli bekräftade i sin blivande föräldraroll. Vården bör erbjudas på lika villkor till alla gravida och anpassas utifrån individuella behov i samråd med den gravida och blivande förälder/föräldrar. Vårdgivaren bör ge goda förutsättningar för ett ansvarstagande föräldraskap genom psykosocialt stöd.

I samband med inskrivningsbesöken på BMM utförs en riskbedömning av graviditeten. Gravida som identifieras med risk ska rekommenderas läkarbesök/konsultation/planeringsrond i tidig graviditet för vårdplanering av graviditet och förlossning. Alla gravida ska erbjudas möjlighet till ett läkarbesök på BMM. Vid social problematik och/eller ohälsosamma levnadsvanor planeras extra stödåtgärder via barnmorskan på BMM.

Gravida som har eller utvecklar något av följande tillstånd ingår inte i uppdraget för mödrahälsovård på BMM:

- Insulinkrävande diabetessjukdom
- Hiv-positiva
- Svår maternell sjukdom som förväntas kräva täta kontroller på specialistmödravård vid förlossningsklinik
- Allvarligt substansbruk

1.1 Journalföring

Den gravida ska informeras om att vården är frivillig och att de har rätt att neka till erbjudna undersökningar. Information ska även ges om hälso- och sjukvårdens plikt att föra journal om tillstånd som har betydelse för graviditeten. Den gravida ska informeras att vårdgivaren dokumenterar i sammanhållen journal, rapporterar till biobank och Graviditetsregistret, vilket den gravida har rätt att avböja till.

Stöddokument för journalföring finns som bilagor, Dokumentationsmall (Bilaga 3), Riskbedömningsmall (Bilaga 4) och Förteckning över vedertagna förkortningar (Bilaga 6).

Personer som är 16 år eller äldre och har ett fullständigt personnummer eller är vårdnadshavare till personer yngre än 13 år kan via 1177 e-tjänst logga in med e-legitimation och ta del av uppgifter ur patientjournalen.

1.2 Tolkanvändning

Vid behov av tolk ska auktoriserad tolk användas vid varje besök, antingen telefontolk eller närvarande tolk. Minderåriga eller närstående ska inte användas som tolk.

1.3 Telefonrådgivning

All telefonrådgivning ska dokumenteras och vid behov bör en bedömning, planering och åtgärd/uppföljning utföras för en fortsatt säker graviditet och förlossning.

SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation) är ett verktyg för strukturerad kommunikation vid överrapportering av enskilda patienter. Inom slutenvården är det vanligt att använda SBAR för att undvika vårdskador orsakade av brister i kommunikationen mellan vårdgivare. I mödrahälsovården är kommunikation enligt SBAR inte ett krav, men barnmorskan/läkaren bör ha kännedom om metoden.

Exempel på telefonrådgivning enligt SBAR-modellen:

- Situation – kort beskrivning av vad som föranlett kontakt, uppgiftslämnare.
- Bakgrund - kort anamnes relevant till kontaktsak.
- Aktuellt tillstånd - av rådande situation och barnmorskans/läkarens bedömning - normalt eller inte normalt tillstånd.
- Rekommendation - åtgärd, planering och uppföljning.

1.4 Graviditetstest

Graviditetstest ska erbjudas på BMM. Besked om testsvar ges av barnmorskan för att möjliggöra rådgivning med avseende på fullföljande eller avbrytande av graviditeten samt preventivmedelsrådgivning.

2 Basprogrammets olika delar

Basprogrammets olika delar innefattar graviditetskontroller, riskbedömning, underlag för psykologisk-och social bedömning, fosterdiagnostik, amning, samt föräldrastöd och förlossningsförberedelse. Vid behov kan extra psykosocialt stöd ges via till exempel första linjens psykiatri, BUP, samverkansteamet med flera.

2.1 Graviditetskontroller

Basprogrammet innehåller det minsta antal medicinskt motiverade kontroller för normal graviditet. Syftet är att i tid upptäcka och om möjligt åtgärda avvikelser. Basprogrammet syftar till att i möjligaste mån säkerställa en god hälsa hos den gravida och det väntade barnet samt förebygga allvarliga komplikationer.

Den enskilda patientens antal besök och fördelningen av dessa bestäms utifrån eventuella riskfaktorer. Fysiskt och psykiskt mående ska värderas vid varje besök och graviditetsutvecklingen bedömas. Adekvata åtgärder ska vidtas i händelse av avvikelse från

normal graviditet. Om graviditetskomplikation identifieras bör särskild vårdplan upprättas i MHV 3. All journalföring dokumenteras enligt dokumentationsmall (Bilaga 3).

Alla besök enligt basprogrammet förutsätter att barnmorskan träffar den gravida fysiskt. Extrabesök utöver basprogrammet kan ersättas av webbaserade besök om förutsättningar finns och den gravida önskar.

2.2 Inskrivning

I mödrahälsovårdens arbete ingår bland annat att identifiera faktorer som kan innebära risk för den gravida, det väntade barnet och familjen, att stärka sunda levnadsvanor och främja god hälsa. Inskrivningsbesöket ska delas upp i två besök för att erbjuda information om fosterdiagnostik och ge möjlighet till reflektion samt formulering av egna frågor. Barnmorskan ska informera de blivande föräldrarna om möjlighet till ytterligare information om att vänta och föda barn via ”1177 Vårdguiden”.

Rekommenderad total tidsåtgång för inskrivningstillfällena är 1 timme och 45 minuter. Blivande medförälder eller annan närstående uppmuntras delta. Vid något av inskrivningsbesöken ges information om basprogrammets innehåll samt vid behov även information om utökad vård och stöd.

Första inskrivningsbesöket bör erbjudas i tidig graviditet det vill säga i sjätte till åttonde graviditetsveckan, vilket kan ske individuellt eller i grupp. Vid svårighet att boka snar inskrivningstid bör ett kortare besök erbjudas inom 1-2 veckor, ett så kallat ”bråttomsamtal” där alkohol-och substansbruk samt läkemedelsanvändning uppmärksammas, se Samtalspalett inskrivning (Bilaga 2).

Samtalspaletten har utvecklats utifrån Socialstyrelsens kunskapsstöd: Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor samt MHV-enhetens arbete med Goda Levnadsvanor. Samtalspaletten ska ses som ett stöd vid första kontakten med de blivande föräldrarna.

2.3 Första inskrivningsbesöket

Första inskrivningsbesöket bör inkludera anamnes och information om levnadsvanor, eventuella pågående sjukdomar samt ge information om hälsovanor. Besöket syftar till att minska risk för påverkbara fosterskador och det är därför av stor vikt att det sker tidigt i graviditeten, se Samtalspalett inskrivning (Bilaga 2).

Anamnes vid första inskrivningsbesöket:

- bruk av alkohol innan och under aktuell graviditet. AUDIT, eventuellt Time-Line Follow Back (TLFB)
- bruk av tobak innan och under aktuell graviditet
- bruk av andra droger/substansbruk innan och under aktuell graviditet
- användning av läkemedel innan och under aktuell graviditet

Matvanor, fysisk aktivitet, livssituation och samlivsfrågor är också del av anamnesen och bör diskuteras vid något av inskrivningsbesöken samt erbjuda stöd och råd vid behov.

Viss provtagning bör ske i samband vid första besöket såsom TSH för att skyndsamt ge behandling vid behov. Erbjud information om fosterdiagnostik, se vidare Fosterdiagnostik 6.1. Samtalet bör föras i dialog med den gravida/paret och gärna med hjälp av Motiverande samtal (MI).

2.4 Andra inskrivningsbesöket

Vid andra inskrivningsbesöket ges information om basprogrammet, se kapitel 3 *Basprogram: översikt för information och kontroller förstföderska respektive omföderska*. Beakta behov av utökade kontroller, se separata riktlinjer. Noggrann anamnes tas för att identifiera faktorer som kan ge ökad risk för komplikationer under graviditet, förlossning och efter förlossning.

Anamnesen ska innehålla följande:

- *Levnadsvanor*: Följ upp och komplettera vid behov anamnes om levnadsvanor.
- *Sociala faktorer*: En bra social anamnes är grunden för att kunna få rätt stöd under graviditet, förlossning samt hjälp med det kommande föräldraskapet.
- *Medicinsk anamnes*: Identifiera komplicerande faktorer för komplikationer under graviditet, förlossning och postpartumperiod för att ge möjlighet att påverka eventuella riskfaktorer. Fråga alltid den gravida om eventuell läkemedelsbehandling.
- *Obstetrisk anamnes*: För adekvat obstetrisk anamnes bör tidigare journal öppnas för genomgång, i samråd med den gravida. Detta är avgörande för en bra obstetrisk bedömning som grund för patientsäker vård.
- *Psykisk anamnes*: En bra psykisk anamnes är grunden till en adekvat riskbedömning och rätt åtgärd. Alla ska tillfrågas om psykisk hälsa och eventuell tidigare/pågående psykisk sjukdom.

Anamnesen ska utmytna i en bedömning av graviditeten med hänsyn tagen till de faktorer som eventuellt kan leda till risk i aktuell graviditet, kommande förlossning och föräldraskap, se Riskbedömningsmall (Bilaga 4).

I samband med inskrivningen bedömer barnmorskan om patienten initialt kan följa basprogrammet eller om extra åtgärd behövs. Detta markeras i MHV1, åtgärder utöver basprogrammet ska dokumenteras i MHV3 enligt dokumentationsmallen.

När en riskfaktor är identifierad ska rätt åtgärd vidtas enligt specifika riktlinjer såsom:

- extra besök till barnmorska
- konsultation/besök läkare
- adekvat provtagning
- remiss till specialistsjukvård
- annan adekvat kontakt

En riskfaktor som särskilt bör beaktas är våldsutsatthet. Frågan om våld ska alltid ställas muntligt vid enskilt besök. Våld innefattar fysiskt, psykiskt, ekonomiskt och sexuellt våld.

2.5 Psykosocialt besök graviditetsvecka 16

Vårdgivaren ska ge förutsättningar för att främja hälsa under graviditet genom att förebygga, uppmärksamma och lindra missförhållanden av bland annat psykologisk och social karaktär som är av betydelse för den gravida, det ofödda barnet och den blivande familjen. För att ge bättre förutsättningar för det arbetet har ett nytt besök av psykosocial karaktär i cirka graviditetsvecka 16 införts. Besöket bör vara enskilt för den gravida. Följande ska ingå i besöket:

- Samtal om det psykiska måendet med Edinburgh Post Depression Scale (EPDS) som underlag för att identifiera behov av extra stödsamtal.
- Identifiera eventuell förlossningsrädsla och erbjuda stödsamtal.
- Identifiera eventuellt behov av extra amningsstöd till gravida med oro inför amning eller tidigare amningsproblematik.
- Uppföljning av levnadsvanor vid behov.

- Uppföljning av eventuell social problematik.
- Ställ frågan om våld, om ej tidigare tillfrågad under graviditeten.

2.6 Kontinuerlig graviditetsövervakning

Kontinuerlig graviditetsövervakning följer översikten för basprogrammet vilket utgör grunden för den fortsatta normala graviditetsövervakningen, se 3 *Basprogram: Översikt av information och kontroller*. Riskbedömningstabellen utgör ett komplement till basprogrammet såsom även underlag för psykologisk och social bedömning. Vid behov se även specifika riktlinjer separat.

2.7 Sammanfattning

I samråd med den gravida sammanfattas graviditeten för förstföderskor i graviditetsvecka 37 och för omföderskor i graviditetsvecka 35 alternativt 38 av patientansvarig barnmorska. Vid behov kan den skrivas tidigare och eventuell ny information läggas till senare. Sammanfattning dokumenteras i MHV 3 enligt dokumentationsmallen och ska inkludera en riskbedömning. Riskbedömningen har till syfte att öka patientsäkerheten och utgöra grunden för ett adekvat omhändertagande i vårdkedjan samt bidra till en säkrare förlossningsvård. Dokumentera avsaknad av riskfaktorer respektive om riskfaktorer är identifierade vilka kan leda till risk för komplikation för förlossningsutfallet eller tiden efter förlossningen. Beakta att BVC får relevant information om den blivande familjen, avseende både medicinska och sociala faktorer av betydelse. Använd överföringsblankett vid överrapportering till BVC.

Alla gravida ska ges möjlighet att reflektera över sin reproduktiva hälsa och vid behov ges en första kort information om preventivmedel i slutet av sin graviditet. Första eftervårdsbesöket kan med fördel planeras in i anslutning till det.

2.8 Vård efter förlossning

Vård efter förlossning syftar till att följa upp graviditets- och förlossningsupplevelse, fysiskt välbefinnande, psykisk hälsa, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, information om amning samt erbjudas amningsstöd, främjande av föräldraskapet och parrelationen samt identifiera behov inför en eventuell framtida graviditet.

Oavsett om den nyförlösta har en bokad tid sedan tidigare, ska telefonkontakt tas inom 2 veckor för en första uppföljning och individuell planering utifrån förlossningsutfall och den nyförlöstas upplevda hälsa efter förlossningen. Eftervårdsbesöken erbjuds från 8 dagar till 16 veckor post partum. Vård efter förlossning kan med fördel delas upp i 2 besök, det första tex vid 4 veckor och det andra besöket vid 10–12 veckor post partum. Tidpunkten för besöken ska styras utifrån kvinnans behov och fler än 2 besök kan erbjudas. Den nyblivna föräldrarnas behov bör styra innehållet. En del av vården kan även erbjudas via mindre grupper, så kallade eftervårdsgrupper som ges på BMM. Eftervård i grupp ersätter inte de individuella besöken.

Varje BMM ska ha en uppdaterad checklista för hänvisning till annan vårdgivare i närområdet i händelse av att den nyförlösta har fysiska- eller psykiska besvär relaterat till förlossning och amning. Efter en komplicerad graviditet eller förlossning ska läkarbesök erbjudas på BMM eller på förlossningsklinik beroende på behov av vårdnivå.

3 Basprogram: Översikt av information och kontroller

3.1 Basprogram översikt, förstföderska	
Graviditetsvecka	Kontroller/information
Inskrivningsbesök 1 (1–2 veckor efter kontakt med BMM, individuellt eller i grupp)	<ul style="list-style-type: none"> • Information om 1177, ”Att vänta och föda barn i Stockholm”. • Erbjud information om fosterdiagnostik. • AUDIT/DUDIT • TSH
Inskrivningsbesök 2	<ul style="list-style-type: none"> • Initial riskbedömning/basprogramsbedömning av graviditeten. • Erbjud eventuellt läkarbesök för vårdplanering. • Information/samtal om fosterdiagnostik och amning. • Blodgruppering + fetalt Rh grav. v 10+0, hepatit B, hiv, rubella, syfilis, ferritin och Hb, p-glukos, BT, u-protein, vikt/BMI. Erbjud klamydiaprov. • Ställ frågan om våld i nära relation/annat våld/övergrepp enskilt eller vid något kommande enskilt besök snarast. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: TBC, Hepatit C, Gynekologiskt cellprov</p>
16 veckor (enskilt besök för den gravida)	<ul style="list-style-type: none"> • EPDS • Identifiera eventuell förlossningsrädsla. • Identifiera eventuellt behov av extra amningsstöd. • Uppföljning av levnadsvanor vid behov. • Uppföljning av eventuell social problematik. • Ställ frågan om våld i nära relation/annat våld/övergrepp (om ej tidigare tillfrågad under graviditeten).
20 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppträff alternativt enskilt besök endast för den gravida. • Samtal om amning, kroppsliga förändringar. • Planering av arbete/ledighet under graviditet.
25 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, vikt, Hb, p-glukos, u-protein. • Information om fosterrörelser. • Val av förlossningssjukhus. • Information föräldragrupper, förlossningsföreläsningar. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Planera för immuniseringsprov och informera om Rh-profylax (Rh-neg). OGTT (grav.v. 24–28)</p>
29 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, p-glukos, u-protein. <p>Utökade kontroller/åtgärder: Rh-profylax</p>
31 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, u-protein. • Uppföljning av tobak/alkohol/annat substansbruk. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Allmänpliktiga resistent bakterier (ARB). MRSA, VRE, ESBL samt ESBL carba)</p>

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm 2020

33 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, YP, BT, p-glukos, u-protein.
35 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP, u-protein. • Reproduktiv Livsplan/Preventivmedelsrådgivning. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Överrapportering till BHV av familj med extra behov av stöd samt sjukdom hos någon av föräldrarna som föranleder extra kontroller.</p>
37 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, Hb, p-glukos, vikt, YP, u-protein • Sammanfattning av graviditeten inklusive riskbedömning. • Val av barnvårdscentral (BVC). • Information om skakvåld och plötslig spädbarnsdöd.
39 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP, u-protein. • Informera, remittera för ultraljud grav.v.41+0.
41 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP, u-protein. • Informera, remittera för induktion grav.v.42+0.
Eftervårdsbesöken (t.o.m. 16 veckor postpartum)	<ul style="list-style-type: none"> • Initial telefonkontakt inom två veckor. • Eftervårdsbesöken erbjuds med fördel vid flera tillfällen, efter behov. • BT, vikt, Hb. • Genomgång av förlossningen vid behov. • Gynekologisk undersökning. • Amningsuppföljning och amningsstöd vid behov. • Reproduktiv Livsplan/Preventivmedelsrådgivning.

3.2 Basprogram översikt, omföderska	
Graviditetsvecka	Kontroller/information
Inskrivningsbesök 1 (1–2 veckor efter kontakt med BMM, individuellt eller i grupp)	<ul style="list-style-type: none"> • Information om 1177, ”Att vänta och föda barn i Stockholm”. • Erbjud information om fosterdiagnostik. • AUDIT/DUDIT • TSH
Inskrivningsbesök 2	<ul style="list-style-type: none"> • Initial riskbedömning/basprogramsbedömning av graviditeten. • Erbjud eventuellt läkarbesök för vårdplanering. • Information/samtal om fosterdiagnostik och amning. • Blodgruppering + fetalt Rh grav. v 10+0, hepatit B, hiv, rubella, syfilis, ferritin och Hb, p-glukos, BT, u-protein, vikt/BMI. Erbjud klamydiaprov. • Ställ frågan om våld i nära relation i nära relation/annat våld/övergrepp enskilt eller vid något kommande enskilt besök snarast. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: TBC, Hepatit C, Gynekologiskt cellprov</p>
16 veckor (enskilt besök för den gravida)	<ul style="list-style-type: none"> • EPDS • Identifiera eventuell förlossningsrädsla. • Identifiera eventuellt behov av extra amningsstöd. • Uppföljning av levnadsvanor vid behov. • Uppföljning av eventuell social problematik. • Ställ frågan om våld i nära relation/annat våld/övergrepp (om ej tidigare tillfrågad under graviditeten).
25 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, vikt, Hb, p-glukos. • Information om fosterrörelser. • Samtal om amning och kroppsliga förändringar. • Planering av arbete/ledighet under graviditet. • Val av förlossningssjukhus. • Information föräldragrupper, förlossningsföreläsningar. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Planera för immuniseringsprov och informera om Rh-profylax (Rh-neg). OGTT (grav.v. 24–28)</p>
29 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, p-glukos. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Rh-profylax (Rh-neg)</p>
32 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, YP, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, p-glukos. • Uppföljning av tobak/alkohol/annat substansbruk. <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Allmänpliktiga resistent bakterier (ARB). MRSA, VRE, ESBL samt ESBL carba)</p>

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm 2020

35 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP. • Sammanfattning av graviditeten inklusive riskbedömning (alt i grav. v 38). • Val av barnvårdscentral (BVC). • Information om skakvåld och plötslig spädbarnsdöd. • Reproduktiv Livsplan/Preventivmedelsrådgivning (alt i grav. v 38). <p>Utökade kontroller/åtgärder vid behov: Överrapportering till BHV av familj med extra behov av stöd samt sjukdom hos någon av föräldrarna som föranleder extra kontroller.</p>
38 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, Hb, p-glukos, vikt, YP.
40 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP. • Informera, remittera för ultraljud grav.v.41+0.
41 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • SF-mått, fosterhjärtljud avlyssnas, BT, YP. • Informera, remittera för induktion grav.v.42+0.
Eftervårdsbesöken (t.o.m. 16 veckor postpartum)	<ul style="list-style-type: none"> • Initial telefonkontakt inom två veckor. • Eftervårdsbesöken erbjuds med fördel vid flera tillfällen, efter behov. • BT, vikt, Hb. • Genomgång av förlossningen vid behov. • Gynekologisk undersökning. • Amningsuppföljning och amningsstöd vid behov. • Reproduktiv Livsplan/Preventivmedelsrådgivning.

4 Riskbedömningstabeller

4.1 Riskbedömningstabell levnadsvanor	
Låg risk <i>Kontroller enligt basprogram</i>	Risk <i>Ställningstagande till utformande av särskild vårdplanering och läkarbedömning</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Regelbundna måltider med hälsosam kost • Regelbunden motion • AUDIT 0–5 poäng • Inget aktuellt skadligt bruk av alkohol i anamnesen • Inget aktuellt bruk eller bruk i anamnesen av tobak • Inget aktuellt bruk eller bruk/missbruk av droger/substanser i anamnesen • Använder inga läkemedel regelbundet 	<ul style="list-style-type: none"> • Oregelbundna matvanor • Ohälsosam kost • Ätstörning • Stillasittande • Överdriven motion • AUDIT 6–9 poäng, tyder på riskbruk före graviditeten • AUDIT 10 poäng eller högre tyder på missbruk före graviditeten • Bruk av alkohol efter graviditetsbesked eller riskbruk/missbruk före graviditeten • Aktuellt bruk eller bruk/missbruk av droger i anamnesen • Aktuellt bruk av tobak eller nyligen slutat med tobak, i samband med graviditetsbeskedet eller strax innan • Pågående läkemedelsanvändning som kan påverka graviditet, nyföddhetsperiod eller amning

4.2 Riskbedömningstabell social anamnes	
Låg risk <i>Kontroller enligt basprogram</i>	Risk <i>Ställningstagande till utformande av särskild vårdplanering och läkarbedömning</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Fungerande relation • Egen bostad/sysselsättning/ekonomi • Befintligt socialt nätverk • Inget riskbruk/missbruk • Ingen erfarenhet av våld i nära relation/annat våld/övergrepp 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensamstående • Bostadslös • Arbetslös • Utsatt för våld i nära relation/annat våld/övergrepp • Erfarenhet av riskbruk/missbruk • Sviktande socialt nätverk • Kommunikationsvårigheter

4.3 Riskbedömningstabell psykisk anamnes

Låg risk <i>Kontroller enligt basprogram</i>	Risk <i>Ställningstagande till utformande av särskild vårdplanering och läkarbedömning</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ingen till lätt förlossningsrädsla • Ingen tidigare/pågående psykisk ohälsa • Lättare psykisk sjukdom under välfungerande behandling • Tidigare lättare psykisk sjukdom, lätt till måttlig depression 	<ul style="list-style-type: none"> • Måttlig till svår förlossningsrädsla • Bipolär sjukdom • Svår depression • Psykos • Tidigare amningspsykos • Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning • Ätstörning • Annan allvarlig psykisk sjukdom

4.4 Riskbedömningstabell medicinsk anamnes

Låg risk <i>Kontroller enligt basprogram</i>	Risk <i>Ställningstagande till utformande av särskild vårdplanering och läkarbedömning</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tidigare väsentligen frisk • Okomplicerad sjukdom som ej påverkar graviditeten • Tidigare operationer som ej påverkar graviditeten • Normala provsvar efter screening. • Läkemedel som inte påverkar graviditet, nyföddhetsperiod eller amning (Janus info) 	<ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥ 30 • BMI $< 18,5$ • Ålder < 18 år eller > 40 år • Avvikande provsvar • Kromosomavvikelse exv. Turners syndrom • Interkurrenta sjukdomar exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ diabetes mellitus, ▪ hjärt-kärlsjukdom ▪ lungsjukdom ▪ psykiatrisk sjukdom ▪ njursjukdom ▪ inflammatorisk tarmsjukdom ▪ koagulationsrubbnig ▪ neurologisk sjukdom ▪ systemsjukdom ▪ endokrin sjukdom ▪ gynekologisk sjukdom/operation ▪ upprepade urinvägsinfektioner senaste året • Tidigare operationer som påverkar pågående graviditet exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ magsäckoperation ▪ stor bukkirurgi ▪ neurokirurgi ▪ hjärtkirurgi

	<ul style="list-style-type: none"> • Hereditet exempelvis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ trombos hos 1: a grads släkting ▪ medfödd hjärtmissbildning hos 1:a grads släkting
--	--

4.5 Riskbedömningstabell obstetrisk anamnes

Låg risk <i>Kontroller enligt basprogram</i>	Risk <i>Ställningstagande till utformande av särskild vårdplanering och läkarbedömning</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tidigare missfall före vecka 12, och max 2 missfall • Frisk förstföderska • Frisk omföderska med normal graviditet och förlossning • IVF (ej äggdonation) • Okomplicerad instrumentell förlossning (VE, Tång) • Ett okomplicerat sectio 	<ul style="list-style-type: none"> • Upprepade tidiga missfall, 3 eller fler • Sena missfall • Tidigare extrauterin graviditet • Äggdonation • Flerbörd <p>Anamnes på tidigare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ preeklampsi ▪ graviditetshypertoni ▪ graviditetsdiabetes ▪ IUFD ▪ prematurbörd före graviditetsvecka 34 ▪ förlossningskomplikation ex. ablatio, skulderdystoci ▪ komplicerat sectio ▪ upprepade sectio ▪ komplicerad VE eller tång. ▪ låg eller hög födelsevikt (+/-2SD) ▪ uteruskirurgi ▪ sfinkterruptur grad 3–4 ▪ könsstympning eller annan intimkirurgi ▪ fostermissbildning eller annat avvikande utfall för fostret/barnet

5 Psykologisk och social bedömning, underlag

5.1 Första trimestern (fusionsfas)		
Uppmärksamma	Förväntat beteende	Observandum
<ul style="list-style-type: none"> • Reaktion på graviditetsbeskedet. • Tidigare erfarenheter. • Integrerar fostret som en viktig del av sig själv. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Önskad graviditet. • Ihållande olöst ambivalens. • Tidigare negativ erfarenhet av sexualitet och reproduktion. • Konfliktfylld känsla inför att vara gravid. • Idylliserad graviditet.
<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen på förändringar relaterade till graviditeten -fysiska och känslomässiga. • Livsstil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humörsvängningar. • Inåtvändhet. • Osäkerhet inför förändringarna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inga reaktioner. • Påtaglig oro/olust inför förändringar. • Lever riskfyllt röker, dricker, nyttjar andra droger. • Äter dåligt anorexi, bulimi.
<ul style="list-style-type: none"> • Relationen till och stödet från partnern. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökat krav på uppmärksamhet, skydd och omsorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem i relationen till partnern.
<ul style="list-style-type: none"> • Stöd av andra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillfredsställande stöd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bristande socialt stöd/nätverk.
<ul style="list-style-type: none"> • Börjar knyta an – att vara gravid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Förändrad självbild. • Accepterar graviditeten, börjar se sig som en blivande mamma. • Letar tecken/symtom på graviditet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inga reaktioner. • Påtaglig olust.
<ul style="list-style-type: none"> • Drömmar, fantasier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan erfara ovanliga och anorlunda drömmar och fantasier om sig själv och andra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mardrömmar med kvarstående olust efter uppvaknandet.
<ul style="list-style-type: none"> • Att dela graviditeten med andra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Börjar berätta för någon/några. 	<ul style="list-style-type: none"> • Olust och stark oro inför att berätta.

5.2 Andra trimestern (differentieringsfas)

Uppmärksamma	Förväntat beteende	Observandum
<ul style="list-style-type: none"> • Reaktioner på fosterrörelser. • Reaktioner på ultraljud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Börjar fantisera om det väntade barnet. • Bekräftar graviditeten och barnet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvarvarande ambivalens till graviditeten. • Känner fosterrörelser sent eller inte alls. • Inga fantasier kring barnet. • Reagerar med olust/obehag på kroppsförändringar och fosterrörelser.
<ul style="list-style-type: none"> • Dialog med barnet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Börjar lyssna till och pratar med barnet. • Börjar fundera över barnets utveckling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Olust inför det väntade barnet. • En ovilja att prata om det väntade barnet.
<ul style="list-style-type: none"> • Parrelationen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den gravida söker ökat skydd och omsorg. • Börjar fundera över den blivande pappa/partners roll. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem/konflikt i relationen. • Den ena partens oförstående hållning inför den andres förändrade situation.
<ul style="list-style-type: none"> • Relationen till de egna föräldrarna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relationen får ett annat innehåll. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem/konflikt i relationen till föräldrarna, främst modern.
<ul style="list-style-type: none"> • Tankar inför föräldraskapet. • ”Copingstrategier”. • Reflektionsförmåga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Börjar fundera över och se sig som mamma och pappa, som föräldrar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stark oro, ängslan och anspänning. Stor skillnad mellan den gravida och partners tankar om föräldraskap, ansvar etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Börjar boa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Börjar planera inför barnets ankomst. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen planering alls.

5.3 Tredje trimestern (separationsfas)		
Uppmärksamma	Förväntat beteende	Observandum
<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen och tankar inför förlossningen. • "Copingstrategier". 	<ul style="list-style-type: none"> • Oro/osäkerhet. • Förbereder sig inför förlossningen. • Samlar kunskap. • Börjar längta till att graviditeten tar slut. • Längtar efter och är nyfiken på barnet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stark oro/osäkerhet. • Påtaglig rädsla, oro inför förlossningen. • Ingen nyfikenhet/inga fantasier kring barnet.
<ul style="list-style-type: none"> • Förberedelser för barnet. • Parrelationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Planerar för barnets ankomst. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inga förberedelser för barnets ankomst.
<ul style="list-style-type: none"> • Planerar för familjen post-partum. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planerat och förberett för den första tiden hemma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor osäkerhet. • Bristande stöd. • Ingen planering eller förberedelse.

5.4 Postpartum (0–16 veckor)		
Uppmärksamma	Förväntat beteende	Observandum
<ul style="list-style-type: none"> Förlossningsupplevelse. 	<ul style="list-style-type: none"> Kan reflektera över förlossningsupplevelse. Se både positiva och negativa sidor av förlossningen. 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisk upplevelse. Tecken på PTSD.
<ul style="list-style-type: none"> Relationen till och känslor för barnet. 	<ul style="list-style-type: none"> Har knutit an till barnet och har en i grunden positiv relation till barnet. Osäkerhet. 	<ul style="list-style-type: none"> Brister i anknytningen. Problem i relation till barnet.
<ul style="list-style-type: none"> Barnet: Amning, sömn, temperament, etc. Problem relaterade till barnets utveckling och hälsa. 	<ul style="list-style-type: none"> Börjat lära känna varandra. 	<ul style="list-style-type: none"> Problem i omvårdnaden av barnet, tex amningsproblem, skrikighet, stark oro. Dåligt fungerande samspel med barnet.
<ul style="list-style-type: none"> Den gravida och partnern: Egen hälsa. Sömn. Mat. Relationen. Samliv och sexualitet. Arbetsfördelning i hemmet. Deltagande i barnets skötsel. Upplevt stöd. Äldre barn i familjen. 	<ul style="list-style-type: none"> Osäkerhet. Annorlunda sömn. Förändrad relation och förändrat samliv. 	<ul style="list-style-type: none"> Ängslan. Nedstämdhet. Depressiva symtom/depression. Sömnbrist som påverkar vardagen. Problem/konflikt i relationen. Stress. Upplevt och faktiskt bristande stöd.
<ul style="list-style-type: none"> Socialt nätverk – familj, släkt, vänner. 	<ul style="list-style-type: none"> Tillfredsställande socialt nätverk. 	<ul style="list-style-type: none"> Bristande socialt stöd. Ensamhet.

6 Information om fosterdiagnostik och amning

6.1 Fosterdiagnostik

BMM har huvudansvaret för information om fosterdiagnostik. Blivande föräldrar ska erbjudas information om fosterdiagnostik där det tydligt framgår att det är frivilligt att både ta emot information och att genomgå fosterdiagnostik. Informationen bör ges via ett så kallat tvåstegsförfarande muntligt och skriftligt.

Det är viktigt att det ges tid för reflektion mellan information och eventuellt beslut om fosterdiagnostisk undersökning. Det ska vara en objektiv, kunskapsbaserad information för att möjliggöra ett informerat val. Det är därmed extra viktigt att informationen utformas efter individens kunskap och behov och på ett lättförståeligt sätt.

Vid behov av fördjupad information om riskbedömning eller invasiv fosterdiagnostik erbjuds läkarbesök och i särskilda fall kontakt med Klinisk genetik för rådgivning och eventuell remiss, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik SOSFS 2012:20 samt SOSFS 2013:2 - 28

Vid önskemål om fosterdiagnostik ska den gravida ges möjlighet att välja ultraljudsmottagning, BMM ansvarar för information om vilka mottagningar som finns. Om den gravida inte själv väljer ultraljudsmottagning ansvarar vårdgivaren för val av mottagning.

6.2 Amning

Amningsstrategin i Region Stockholm utgår från WHO/UNICEF:s utarbetade handlingsplan *tio steg att främja, skydda och stödja amning*.

Information och samtal om amning erbjuds alla, blivande föräldrar tillfrågas om inställning till och erfarenheter av amning. Information ska ges om positiva effekter av amning och bröstmjolk, informationen anpassas utifrån föräldrarnas behov. Den blivande föräldern/föräldrarna förbereds på mötet med barnet och information ges om barnets signaler och behov.

Det är viktigt att blivande/nyblivna föräldrar får information om aktuell kunskap som stödjer amning. De som inte vill, kan eller av olika anledningar inte får amma ska informeras om alternativ till amning.

Under graviditet bör information om amning tas upp och dokumenteras vid flera tillfällen enligt Region Stockholms amningsstrategi. Erbjudande om extra amningsstöd ska ges vid behov.

1. Inskrivning: dokumentation om tidigare amningserfarenhet.
2. Identifiera eventuellt behov av extra amningsstöd kring graviditetsvecka 16.
3. I mitten av graviditeten: Individuell information och/eller information om amning i föräldragrupp. Djupare samtal och information ges bland annat om:

- barnets förmåga och instinkt de första timmarna efter förlossningen
- oavbruten hud-mot-hud
- den första amningen efter födelsen
- amning i praktiken
- amningens fördelar
- bröstets anatomi och fysiologi

4. I slutet av graviditeten (v 35 - 37) förs samtal kring parets förväntningar, önskemål, eventuell tidigare amningserfarenhet samt eventuella hinder och komplikationer till amning. Dokumenteras i sammanfattningen.

5. I samband med efterkontroll tillfrågas paret om amning, eventuellt behov av stöd identifieras.

Fördjupad information om amning finns i riktlinjen om amningsstrategi, se vårdgivarguiden

7 Psykosocialt stöd, samverkan samt föräldrastöd och förlossningsförberedelse

Under graviditeten och postpartumperioden är uppdraget utöver medicinska kontroller av den gravida även att stödja föräldraskap, ge psykosocialt stöd samt att vid behov samverka med andra vårdgivare.

7.1 Psykosocialt stöd

Barnmorskan har en central roll att stödja de blivande föräldrarna för att uppnå en positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnsperioden genom att:

- den gravida känner tillit till kroppens förändringar och den kommande förlossningen.
- det väntade barnet blir tydliggjort och att anknytningsprocessen påbörjas.
- stärka de blivande föräldrarnas egna resurser och medverka till att graviditeten blir en tid av mognad och föräldraförberedelse.
- ge stöd och särskild förlossningsförberedelse till gravida med lätt till måttlig förlossningsrädsla.
- följa upp tidigare och nuvarande graviditets- och förlossningsupplevelse.
- tydliggöra vårdkedjan.
- informera om och dela ut broschyren om skakvåld ”Hur trösta ett litet barn”.
- aktivt arbeta för att identifiera svår social situation hos de blivande föräldrarna samt vid behov remittera till adekvat insats hos annan vårdgivare vid behov.

7.2 Samverkan

Samverkan i vårdkedjan är en förutsättning för god kvalitet, säkerhet och kontinuitet i vården.

I vårdkedjan ingår BMM, kvinnoklinikerna och BVC. I nära samarbete med vårdkedjan finns flera viktiga samarbetspartners såsom bland annat vårdcentraler, familjecentral, fysioterapeuter, dietister, psykiatrin, beroendevården och andra specialiteter inom slutenvården.

För gravida och nyblivna föräldrar med psykisk skörhet/sjukdom finns i Region Stockholm lokalt förankrade tvärprofessionella samverkansgrupper med representanter från barnhälsovård, vuxenpsykiatri, BUP och socialtjänst för att identifiera behov och stödja familjer med psykosocial problematik. Varje barnmorskemottagning ska aktivt delta i någon av dessa samverkansgrupper.

7.3 Föräldrastöd och förlossningsförberedelse

I ”Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap” (SOU 2008:131) definieras föräldrastöd generellt som Ett brett utbud av insatser som föräldrar erbjuds ta del av och som syftar till att främja barns hälsa och psykosociala utveckling

Målsättningen med föräldrastöd är att främja barns hälsa, utveckling samt att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet samt förbereda sig inför förlossningen.

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm 2020

Samverkan inom och mellan landstings- och kommunal verksamhet bör eftersträvas. Det är av stor vikt att det skapas arenor och mötesplatser för föräldrar.

Föräldrastödet bör utformas med hänsyn till den mångfald av former av familjebildning och av kulturell bakgrund hos de blivande föräldrarna som vi möter idag. Stödet bör vara behovsstyrt. Verksamheten ska också präglas av ett genusperspektiv.

Föräldragruppernas metod bör bygga på föräldrarnas egna frågor och erfarenheter samt möjlighet till reflekterande samtal. Föräldrastödet ska innefatta både en förlossnings- och amningsförberedande del samt förberedelse inför det tidiga föräldraskapet/parrelationen. Barnmorskans roll är också att bekräfta de blivande föräldrarna till att känna tillit till sin egen föräldraförmåga.

Föräldrastödet ska bidra till:

- fördjupad kunskap om barns behov och rättigheter
- kontakt och gemenskap med andra föräldrar
- att stärka föräldern/föräldrarna i sin föräldraroll.

För att möta det individuella behovet hos blivande föräldrar bör vårdgivaren erbjuda kunskapsinhämtning på olika sätt såsom:

- fortlöpande enskilda möten med föräldern/föräldrarna
- föräldragrupper; generella, riktade och temaföreläsningar
- samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter.
- aulaföreläsning i storgrupp

Ovanstående arbetssätt kompletterar varandra och är delvis överlappande, detta som en garant för att alla blivande föräldrar ska få del av föräldrastöd och förlossningsförberedelse i den form som bäst svarar mot de enskilda föräldrarnas behov. Ytterligare en viktig del av stödet är att hjälpa föräldrar att söka och kritiskt värdera nätbaserad information.

Ett komplement till vårdgivarens eget utbud kan vara storgruppsföreläsningar arrangerade av kvinnoklinikerna på förlossningssjukhusen.

Temat att diskutera i samband med föräldrastöd/förlossningsförberedelse

Levnadsvanor	Mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, annat substansbruk, stress, sömn.
Graviditet	Anatomi, fysiologi, förändringar under graviditeten, egna inre bilder av det väntade barnet.
Amning/uppfo dning	Bröstens anatomi och fysiologi, amningens värde, amning under barnets första dagar, livet som ammande. Om man inte vill/kan amma. Säker hud-mot-hud.
Parrelation	Att vårda och utveckla relationen, sex/samlevnad, rådgivning om preventivmetoder,

	socialt nätverk, balans mellan familj/arbete/fritid.
Förlossning	Det normala förlossningsförloppet inkl. förlossningsstart, andning/avslappning, smärtlindring. Induktion, komplicerad förlossning, komplikationer hos den födande och barnet. Första tiden efter förlossningen.
Föräldraskap	Den nya familjen. Egna förebilder, att vara förälder på egna villkor, föräldraledighet, jämställt föräldraskap.
Det väntade och födda barnet	Barnet i magen, prematuritet, det nyfödda barnets kompetens och behov, anknytningsprocessen. Lyhördhet för barnets signaler. Information om att förebygga skakvåld. Barnets rättigheter enligt Barnkonventionen. Barnsäkerhet.

8 Referenser

- Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa nr 59 publicerad 2008, uppdaterad som webbversion 2016
- Folkhälsomyndigheten
- Löf landstingets ömsesidiga försäkringsbolag säker förlossningsvård
- Rcc regionalt cancercentrum cervixcancerprevention nationellt vårdprogram 2019-02-22 version 2.1
- Regionalt vårdprogram sll 2014 psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod
- Regionalt vårdprogram sll 2019 våld i nära relationer
- Regionalt vårdprogram sll 2016 övervikt och fetma
- Socialstyrelsens kunskapsstöd
 - Minskade fosterrörelser – Rekommendationer om information, råd och en inledande bedömning 2016-01-01
 - Döfödda barn - En inventering och förslag på åtgärder 2018-12-13
 - Jämlik vård 2019-03-28
 - Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2018-11-13
 - Nationella riktlinjer för diabetesvård 2018-11-13
 - Könstymning och omskärelse av flickor och kvinnor 2019-04-17
 - Våld i nära relation 2019-04-17
 - Allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantorisk genetisk diagnostik 2012-01-01
 - Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossningen 2017-01-01

9 Bilagor

1. Basprogram översikt för information och kontroller förstföderska respektive omföderska
 - a. [Basprogram översikt, förstföderska](#)
 - b. [Basprogram översikt, omföderska](#)
2. [Samtalspalett inskrivning](#)
3. [Dokumentationsmall](#)
4. [Riskbedömningsmall](#)
5. [Psykologisk och social bedömning, underlag](#)
6. [Förteckning över vedertagna förkortningar](#)