

Säker vård efter förlossningen
Rekommendationer för vård efter förlossningen för
modern och barnet

2013



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



Bakgrund

På initiativ av Neonatalsektionen (SNS) inom Svensk Barnläkarförening beslutades att tillsammans med Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) att bilda en arbetsgrupp med syfte att utarbeta rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet. Arbetsgruppen tillsattes under 2010 med Lotta Ellberg (SBF), Ylva Vlado Stjernholm (SFOG) och Elisabeth Olhager (SNS). Arbetsgruppen har begränsat uppdraget till att gälla vården upp till sju dagar efter förlossningen. För tiden efter hänvisas till ARG-rapport nr 59, 2008 (SFOG, SBF och Föreningen för mödravårdpsykologer) samt en pågående utredningen vid Socialstyrelsen angående mödra- och barnhälsovården.

För arbetsgruppen har insamlats aktuella checklistor/PM/vårdprogram från landets samtliga kvinnokliniker och neonatalavdelningar. Systematisk litteratursökning har utförts med granskning enligt GRADE (starkt - 1, måttligt - 2 respektive begränsat vetenskapligt underlag - 3, se www.gradeworkinggroup.org). Arbetsmaterialet har succesivt granskats av externa sakkunniga i respektive professionell organisation och förankrats på Perinatalmedicinska föreningens möte i Halmstad april 2011.

Det samlade dokumentet *Säker vård efter förlossningen - rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet* är nu godkända av respektive yrkesorganisation, och möjliggör för varje klinik att utforma sina PM utifrån nedanstående förslag. Yrkesorganisationerna är ansvariga utgivare och dokumenten finns på respektive hemsida.

Stockholm den 5 april 2013

Ingela Wiklund

Ordförande

SBF

Harald Almström

Ordförande

SFOG

Lars Björklund

Ordförande

SNS



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



Vård efter förlossning

Det är vanligen en glädjefylld tilldragelse när en kvinna föder ett önskat barn. Trots smärta och obehag är förlossningen en efterlängtd kulmen efter graviditeten och början till ett nytt liv. Barnafödande är också en riskabel situation vad gäller moderns och barnets hälsa. Problem kan uppstå, vilka kan leda till ohälsa för mor, barn eller båda om de inte åtgärdas omgående och effektivt (WHO, 1999).

I Sverige föds c:a 112 000 barn per år och ungefär 70 % av förlossningarna är okomplicerade. Nästan samtliga mödrar och barn, c:a 90%, eftervårdas vid Barnbörds (BB)-avdelning. Omkring 10 % av alla nyfödda behöver mer avancerad vård än den som kan erbjudas på BB, vilket då sker vid barnklinik och/eller neonatalavdelning. Tidig hemgång beskrevs under 1960-talet (Hellman et al. 1962, Brown et al. 2002) och började tillämpas i Sverige under 1980-talet. I Socialstyrelsens allmänna råd definierades tidig hemgång som utskrivning från sjukhus inom 72 tim. efter barnets födelse (SOSFS 1993;1). Kvinnoklinikerna har därefter varit ansvariga för eftervården upp till 7 d efter förlossningen trots att Socialstyrelsens allmänna råd upphörde att gälla 2005. Medelvårdtiden är idag 2 d efter vaginal förlossning och 3 d efter kejsarsnitt (www.socialstyrelsen.se).

Mål för eftervården

Mål för vården i samband med barnafödande är att erbjuda högsta möjliga vårdkvalitet och medicinska säkerhet med minsta möjliga intervention för att optimera hälsa och välbefinnande för den nyblivna familjen (WHO, 1997). Målet för vård efter normal förlossning med ett friskt barn är att ge de nyblivna föräldrarna stöd i sin roll, att introducera amning och att hjälpa förstagångsföräldrar att tolka barnets signaler (Stockholms läns landsting, 2007).

Omhändertagandet efter förlossningen ska fokusera på hela familjens välbefinnande, inte enbart på det nyfödda barnet och modern (WHO, 1999). Det är viktigt att se föräldrar och barn som en enhet under eftervården (Fredriksson et al. 2003), och att båda föräldrarnas möjligheter att utöva föräldraskap bekräftas, eftersom föräldraskap är ett gemensamt projekt (Ellberg et al. 2010).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (Socialdepartementet HSL, 1982:763) 2 §; 1997:142).

HSL anger att berörda verksamhetschefer skall ansvara för att det finns dokumenterade rutiner för hemgång efter förlossning och att dessa tillgodoser kvalitet och säkerhet i verksamheten. Inom verksamheten skall således kunskap om tidig hemgång efter förlossning finnas hos berörd vårdpersonal. Tidig hemgång betyder numera tidigt efter förlossningen från minimitiden 6 tim. (Socialstyrelsen, 2005).

Vård av mor och barn efter okomplicerad graviditet och förlossning

Under den första tiden postpartum behöver kvinnan/föräldrarna information och rådgivning om amning och barnvård, fysiska förändringar inklusive tecken på sjukdom eller hälsoproblem, egenvård inklusive hygien och läkningsprocess, sexualliv och preventivmedel samt nutrition. Hon/de behöver support från Hälso- och sjukvården och från sin familj (WHO, 1999). Vården ska utformas utifrån familjens behov.

Vård som alltid ska erbjudas

Mor	Omvårdnad	Barn
Ankomstsamtal med barnmorska inkluderande behovsinventering och riskbedömning Hemgångssamtal med barnmorska	Amningsobservation utförd av barnmorska enligt lokala rutiner	Hälsoundersökning av barnläkare inklusive screening av metabola sjukdomar, hörselnedsättning, katarakt, hjärtfel och instabila höfter. Uppföljning om hemgång innan 48 tim. bör vara organiserad inom BB.

Lågrisk

Mor	Tidigare väsentligen frisk mor, okomplicerad graviditet med normal fostertillväxt. Okomplicerad förlossning enkelbörd efter 37 v.
Barn	Inget kardiellt blåsljud, normala femoralispulsar, inga andra symtom på hjärtsjukdom. Barnet suger adekvat på mors bröst. Normal temperatur 36,5– 37,5 °C. Frånvaro av immunisering och synlig ikterus (gulsot). Normal andningsfrekvens (< 60 andetag/min). Bilaga 1. Checklista inför hemgång inom 24 timmar.

Risk

Mor	<p>Psykosocial anamnes</p> <p>Högt body mass index (BMI), rökning, komplicerad social situation (t.ex. ensamstående, bristande kontaktnät, våld i hemmet, missbruk under aktuell graviditet), ålder < 18 år eller > 40 år.</p> <p>Interkurrenta sjukdomar</p> <p>Diabetes mellitus, hjärtkärlsjukdom, psykisk sjukdom, njursjukdom, tarmsjukdom eller annan systemsjukdom.</p> <p>Graviditet och förlossning</p> <p>Graviditetskomplikation.</p> <p>Flerbörd.</p> <p>Vattenavgång > 18 tim. fullgången tid.</p> <p>Blödning > 1000 mL.</p> <p>Omfattande perinealbristning.</p>
Barn	<p>Mor tar mediciner som kan påverka barnet.</p> <p>Interkurrent sjukdom hos modern som kan påverka barnet.</p> <p>Mor har haft infektion i samband med förlossningen.</p> <p>Mor är koloniserad med Streptokocker grupp B (GBS).</p> <p>Födelse innan 37 v.</p> <p>Vattenavgång > 18 tim.</p> <p>Flerbörd.</p> <p>Barn som är lätt eller tungt för tiden.</p> <p>Asfyxi vid födelsen (Apgar < 7 och 9 vid 5 respektive 10 min ålder).</p> <p>Kardiellt blåsljud, avsaknad av/svaga femoralispulsationer.</p> <p>Upprepade kräkningar.</p> <p>Positiv Direkt Antiglobulintest (DAT).</p> <p>Synlig ikterus.</p> <p>Oklara symtom eller sjukdom hos barnet.</p> <p>Allvarlig perinatal sjukdom eller perinatalt dödsfall hos tidigare fött barn i familjen.</p>

Skärpt observation och medicinsk bedömning av läkare

Mor	<p>Temp > 38 °C tas om inom 2–4 tim.</p> <p>Tilltagande blödning, rikligt avslag, buksmärter eller feber.</p> <p>Andnöd eller thoraxsmärta.</p> <p>Smärta, rodnad eller svullnad i ben eller bäcken.</p> <p>Blodtryck (BT) \geq 140/90 mmHg bör tas om inom 4 tim. Eftersträvat BT postpartum < 130–140/80–90 mmHg.</p> <p>Fetma (BMI > 30 kg/m²) motiverar individuell bedömning.</p> <p>Om blåstömning ej skett inom 6 tim. och åtgärder för att stimulera blåstömning inte ger omedelbart resultat bör blåsvolym kontrolleras.</p> <p>Bilaga 3. Urinretention efter förlossning.</p>
Barn	<p>Snabb andning (> 60 andetag/min), eller oregelbunden andning med andningsuppehåll.</p> <p>Patologisk pulsoxymetritest (POX).</p> <p>Synlig ikterus.</p> <p>Positiv Direkt Antiglobulintest (DAT).</p> <p>Kardiellt blåsljud.</p> <p>Tonus är avvikande.</p> <p>Blekt eller cyanotiskt barn.</p> <p>Svårigheter att suga adekvat, får ej i sig bröstmjölk/ersättning.</p> <p>Upprepade kräkningar.</p> <p>Missbildningar.</p> <p>Avvikande kroppsstatus som noterats i Förlossningsvård (FV) 2.</p>

Ankomstsamtal

Föräldrarna hälsas välkomna till avdelningen i samband med ankomst, och erbjuds information om avdelningens rutiner etc. Ankomstsamtal inklusive behovsinventering och riskbedömning utförs enligt lokala riktlinjer av barnmorska, helst inom 24 tim. efter förlossningen. Viktigt är att den individuella vårdplanen blir läst, diskuterad och utvärderad tillsammans med föräldrarna.

Information

Alla nyblivna mödrar/föräldrar bör erbjudas individuellt anpassad information vid ankomstsamtalet, inför hemgång, vid återbesök eller vid behov.

Mor	Omvårdnad	Barn
Egenvård – vila och sömn, mobilisering och fysisk aktivitet, bäckenbottenträning, läkningsprocess. Psykologisk återhämtningsprocess. Fysiologisk återhämtningsprocess – uterusinvolution, infektionstecken, smärta och smärtlindring. Nutrition. Blås- och tarmfunktion . Anti-D ges till Rh-neg mor med Rh-pos barn inom 48–72 tim. Information/erbjudande om rubellavaccination v b. Sexualliv och preventivmedelsrådgivning.	Amning och barnavård. Närvaro och interaktion med det nyfödda barnet. Föräldraskap, samliv och parrelation, syskon.	Barnets behov av närhet. Skötsel. Klädsel. Hygien, navelvård. Sovställning. Bilaga 2. Råd till föräldrar.

Amning och uppfödning

År 1989 introducerade WHO och UNICEF “Tio steg till en lyckad amning”, i syfte att främja, stödja och skydda amning (WHO, 1991). I initiativet förordas att mor och barn ska vara tillsammans dygnet runt under BB-tiden, eftersom rooming-in och fri amning främjar amning (Svensson et al. 2005, Bystrova et al. 2007).

Amningsobservation

Ett bra komplement till en noggrann anamnes är att genomföra en amningsobservation. Observationen ska ske i samråd med modern. Observatören bör ha ett ödmjukt och tillåtande förhållningssätt, framhålla det som är positivt samt bekräfta modern. Det är viktigt att lyssna till hennes inställning, erfarenheter, förväntningar och förmåga. Använd gärna ett observationsformulär som stöd i bedömningen (Nyqvist et al. 1996)

Information och rådgivning	Amningsobservation
Anamnes, tidigare amningserfarenhet. Position och sugteknik, hud mot hudkontakt (Moore et al. 2007). Variationer i frekvens, intervall, duration och dygnsrytm. Praktiskt amningsstöd t.ex.	Se tillsammans med modern/föräldrarna på barnets beteende och signaler. Visa på och samtala om barnets reflexer, position, tag och sugbeteende. Uppmärksamma moderns amningsställning. Inspektera bröst/ bröstvårtor efter amning.

<p>handmjölkning, bröstvård, pumpning, amningsnapp.</p> <p>Vätska och näring för modern, läkemedel.</p> <p>Uppföljning och ev. planering för fortsatt stöd.</p> <p>Eventuell amningsnedläggning.</p>	<p>Bekräfta moderns förmåga att amma och tydliggör det som är bra men även det som kan förbättras.</p> <p>Bilaga 4. Handläggande av amningskomplikationer.</p>
--	---

Uppfödning med bröstmjölksersättning

Om barnet inte ammas eller ammas delvis måste föräldrarna vara väl förtrogna med matning av barnet. Modern ska ha blivit visad urmjölkning och förstå hur hon kan stimulera den egna mjölkproduktionen. Om familjen önskar ska de erbjudas en planering för att successivt öka bröstmjölksmängderna och minska bröstmjölksersättningen eftersom urtrappning av ersättning erfarenhetsmässigt har visat sig vara svårt för föräldrar att klara självständigt.

Kriterier som bör vara uppfyllda vid hemgång 6–24 tim.

Mor	Omvårdnad	Barn
<p>Tidigare väsentligen frisk mor med frånvaro av psykosociala riskfaktorer.</p> <p>Okomplicerad graviditet och förlossning enkelbörd 37 – 42 v.</p> <p>Dokumentation av:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temp < 38,0 °C (Bystrova et al. 2007b) - Blodtryck < 140/90 mmHg (Tan et al. 2002, Magee et al. 2009) - Blåstömning - Bedömning av uteruskontraktion ifall ökad blödning, smärtor etc. 	<p>Barnet hud mot hud inom 2 tim. (Moore et al. 2007).</p> <p>Barnet ska ha visat för åldern normalt amningsbeteende och modern bör uppleva att barnet sugit kraftfullt.</p> <p>Föräldrarna ska vara väl förtrogna barnets behov och beteende och veta vart de kan vända sig vid behov av hjälp.</p>	<p>Vikt, längd och huvudomfång ska vara taget och registrerat.</p> <p>K-vitamin ska vara givet.</p> <p>Barnet ska ha blivit läkarundersökt och bedömt som friskt.</p> <p>Barnet bör ha kissat.</p> <p>Barnet ska ha normal vikt för gestationsåldern.</p> <p>Apgar > 7 och 9 vid 5 respektive 10 min.</p> <p>Pulsoxymetriscreening (POX) utförd.</p> <p>Normal kroppstemperatur 36,5–37,5 °C.</p> <p>Barnet ska ej ha behandlingskrävande ikterus.</p> <p>Frånvaro av tillstånd/situation beskrivna i ”Risk barn”.</p>

Kriterier som bör vara uppfyllda vid hemgång 24 – 72 tim.

Mor	Omvårdnad	Barn
Se ovan.	Barnet ska ha sugit postpartum och därefter ammat utifrån vad som kan anses vara normalt för åldern. För övrigt se ovan.	Se ovan. Fenylketonuri (PKU) screening ska göras så snart efter 48 tim. som möjligt. Screening av hörsel, katarakt och instabila höfter ska vara utförd. Barnet ska ha bajsat.

Utskrivningssamtal och samtal om förlossningsupplevelse

Utskrivningssamtalet som helhet syftar till att ge föräldrarna tydlig information angående den fortsatta vårdplaneringen och vart de kan vända sig för information och stöd dygnet runt efter hemgång. Personalen bör ha ett förhållningssätt som stärker förmågan till egenvård, amning, skötsel av barnet och kvinnans egen kropp.

Förlossningssamtal med barnmorska bör erbjudas alla föräldrar någon gång under vårdtiden, eller senare via telefon i de fall det inte är möjligt att träffas. Samtalet kan med fördel ske med hjälp av metoden Motiverande samtal eller liknande (Folkhälsoinstitutet, www.fhi.se) och om möjligt med båda föräldrarna. Under samtalet bör föräldrarna ges möjlighet att samtala om förlossningsprocessen, normal och/eller komplicerad förlossning, förlossningssmärta och smärtlindring samt att sätta ord på känslor som väckts under förlossningen och vårdtiden (Olin et al. 2003, Carlgren et al. 2008).

Barnläkarundersökning

Alla nyfödda barn i Sverige ska genomgå minst en läkarundersökning. Det primära syftet med undersökning är att identifiera avvikelser som är förknippade med allvarlig sjukdom. Mindre avvikelser är oftast godartade, men kan behöva åtgärdas ändå. Läkarundersökningen är inte minst ett tillfälle för föräldrarna att ställa frågor som rör barnet. Undersökning av nyfödda kräver träning, tålmod och systematik. Mindre avvikelser kan för den oerfarne te sig banala, men kan vara ett första tecken på allvarlig sjukdom.

Hemgång rekommenderas först efter läkarundersökning. Vid hemgång tidigare än 24 tim. ska uppföljningen av barnet vara av sådan kvalitet att sjukdomar och tillstånd som uppstår under första levnadsveckan upptäcks och diagnostiseras. Om avvikelser noteras vid barnläkarundersökningen ska ytterligare en barnläkarundersökning göras innan barnet skrivs ut till Barnvårdscentralen (BVC).

Målsättningen är att barnläkaren bör vara specialistkompetent eller ST-läkare under pågående utbildningsdel inom neonatologi. De flesta av landets barnkliniker kan inte uppnå denna

målsättning. ST-läkare eller vikarierande underläkare i barnmedicin, som utför BB-rond ska ha tät handledning. Eftersom ansvarig barnmorska/barnsköterska har den fullständiga anamnesen om mor-barn är det angeläget att de finns med vid barnläkarundersökningen. Vid BB bör finnas ett speciellt avsatt rum för barnläkarundersökning med skötbord, värmelampa och undersökningsutrustning. Rummet bör vara avskilt från andra familjer så att det finns möjlighet för föräldrarna att ostört ställa frågor och få information.

Dokumentation

Förlossningsvård 2 (FV 2) är det nyfödda barnets journal. Det är angeläget att denna fylls i fullständigt. FV 2 är ett viktigt underlag för Socialstyrelsens medicinska födelseregister (www.mfr.se). På FV 2 noteras förutom vikt, längd, huvudomfång, Apgar-poäng också gärder i samband med födelsen. Status vid den läkarundersökningen som alla nyfödda genomgår innan hemgång noteras liksom remisser, ordinationer och åtgärder. Varje barn ska diagnossättas med kryss i rutan ”Friskt barn undersökt på BB” eller med andra specificerade diagnoser. Missbildningar ska diagnossättas och rapporteras till missbildningsregistret enligt ett särskilt formulär (www.socialstyrelsen.se).

Ansvarsfördelning

Även ett tillsynes friskt barn som är fött efter en normal graviditet och förlossning kan drabbas av allvarliga livshotande tillstånd inom första levnadsveckan. De livshotande tillstånden är många gånger botbara och kan vara undvikbara om de upptäcks i tid. Detta förutsätter en tydlig ansvarsfördelning mellan mödrahälsovården (MHV), BB, BVC och barnkliniken, vilken även ska meddelas föräldrarna.

Ett aktivt överlämnande av vårdens hälsovårdsansvar till ansvarig sjuksköterska vid BVC görs av barnmorska på BB-avdelning/-mottagning. Det bör finnas tydliga riktlinjer för personal och föräldrar vem föräldrarna kontakter från det att utskrivning har skett tills dess att föräldrarna har etablerat kontakt med BVC. Föräldrarna ska ha klart för sig var de ska vända sig vid tecken på att barnet inte mår bra under denna period, se **Bilaga 2. Råd till föräldrar**.

Återbesök

Återbesöket kan utföras vid kliniken återbesöksmottagning eller till kliniken knuten verksamhet. Syftet med besöket är att bedöma:

Mor/föräldrar	Omvårdnad	Barn
Moderns/föräldrarnas allmäntillstånd.	Moderns/föräldrarnas interaktion med barnet och hur amningen/uppfödningen fungerar.	Barnets allmäntillstånd. Ikterus. Nakenvikt (bedömning av barnets viktutveckling). PKU screening. Otoakustisk emission (OAE) screening. Uppföljning av tillstånd som

		noterades i samband med barnläkarundersökning inför hemgång.
--	--	--

Vård av modern efter komplicerad graviditet och förlossning

Efter komplicerad förlossning så som efter prematurbörd, akut intervention eller asfyktiskt barn ska föräldrarna erbjudas/rekommenderas samtalskontakt och återbesök till obstetrikläkare och barnmorska inom 2 veckor och därefter vid behov senast efter 2-3 mån (SFOG ARG-rapport No 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet 2004, Gamble et al. 2009) [Evidensgrad 3].

Kvalitetsindikatorer eftervård

Mor	Omvårdnad	Barn
Dokumenterade postpartumsamtal. Patientnöjdhet.	Hud-mot-hud inom 2 tim. Amning efter 2/6 mån. Tillmatning.	Dokumenterad läkarundersökning av specialistkompetent barnläkare. Antal barn inlagda på neonatalavdelning/barnklinik med s-bilirubin > 420 mmol/L. Sent upptäckta komplicerade hjärtfel. Antal barn som är under en vecka gamla som söker vård vid barnakutmottagning.

Referenser

Allmän hörselscreening av nyfödda. SBU Alert-rapport 2004.

Becher J, Bhushan S, Lyon A. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-deaths events. *Arch Dis Child Fetal and Neonatal Ed.* 2011.

Brown S, Small R, Argus B, Davis P, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002. Issue 3: CD002958.

Bystrova K, Widström AM, Matthiesen A, Ransjö Arvidson A, Welles Nyström B, Vorontsov I, Uvnäs Moberg K. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007a; 2(1): 9.

Bystrova K, Matthiesen A, Vorontsov I, Widström AM, Ransjö Arvidson A, Uvnäs Moberg K. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth* 2007b;34(4):291–300.

Carlgren I, Berg M. Postpartum consultation: Occurrence, requirements and expectations. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8(1): 29.

Committee on fetus and newborn. Policy Statement – Hospital Stay for Healthy Term Newborns. *Pediatrics* 125:2; 405–9.

de Wahl Granelli A, Wennergren M, Sandberg K, Mellander M, Bejlum C, Inganäs L, Eriksson M, Segerdahl N, Ågren A, Ekman Joelsson B, Sunnegårdh J, Verdicchio M, Ostman Smith I. Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a prospective screening study in 39 821 newborns. *BMJ* 2009; 8:1–12.

Ebbesen F, Andersson C, Verder H, Grytter C, Pedersen Bjergaard L, Petersen J, Schaarup J. Extreme hyperbilirubinaemia in term and near-term infants in Denmark. *Acta Paediatr* 2005 94(1):59–64.

Ellberg L, Högberg U, Lindh V. We feel like one, they see us as two: new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery* 2010;(26): 463–8.

Folkhälsoinstitutet. Motiverande samtal, en kunskapsöversikt, 2009.

<http://www.fhi.se/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Motiverande-samtal/>

Gamble J, Creedy D. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery* 2009;25: e21–30.

Glazener C, Ramsay C, Campbell M, Booth P, Duffty P, Lloyd D, McDonald A, Reid J. Neonatal examination and screening trail (NEST): a randomised, controlled, switchback trail of alternative policies for low risk infants. *Br Med J* 1999;318: 627–31.

Hellman L, Kohl S, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1962;1:227–32.

Lagercrantz H, Hellström Westas L, Norman M. Neonatologi 2. Upplagan. Studentlitteratur. 2008.

Luca D, Carnielli V, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. *Eur J Pediatr* 2009;168(9):1025–30.

Magee L, Sadeghi S, von Dadelszen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; Issue 4:CD004531.

Maisels M, Bhutani V, Bogen D, Newman T, Stark A, Watchko J. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or = 35 weeks gestation: an update with clarifications. *Pediatrics* 2009;124(4):1193–8.

Moore E, Anderson G, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;DOI: CD003519.

Nyqvist K, Rubertsson C, Ewald U, Sjöden PO. Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale. *J Hum Lact* 1996;12:207–19.

Olin R, Faxelid E. Parents needs to talk about their experiences of childbirth. *Scand J Caring Sci* 2003;17: 153–9.

Socialstyrelsen. Meddelandeblad. Upphävande av vissa föreskrifter och allmänna råd på hälso- och sjukvårdens område, SFS 2005:14.

Socialstyrelsen. Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659.

Stockholms Läns Landsting. Regionalt Vårdprogram: Normal graviditet, förlossning och eftervård, 2005. [http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala vardprogram/ RV Normal graviditet.pdf](http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala%20vardprogram/RV%20Normal%20graviditet.pdf)

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport Nr 59, 2008.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Arbets- och referensgruppen för perinatologi i samarbete med sektionen för neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin. Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. Rapport Nr 52, 2004.

Svenska Oftamologföreningens hemsida: www.swedeye.org

Svensson K, Matthiesen A, Widström AM. Night rooming-in: who decides? An example of staff influence on mothers attitude. *Birth* 2005;32: 99–106.

Sveriges Riksdag, Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763.

Tan L, de Swiet M. The management of postpartum hypertension. *BJOG* 2002;109:733–6.

Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan K, Ewer A. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9835):2459–64 .

Tomashek K. Early discharge late preterm and term newborn. *Sem Perinatol* 2006.

Van Straaten H. Automated auditory brainstem response in neonatal hearing screening. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88 (432):76–9.

Wolke D, Dave S, Hayes J, Townsend J, Tomlin M. Routine examination of the newborn and maternal satisfaction: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child Fetal and Neonatal ed* 2002; 86:F155–F160.

World Health Organization. The WHO/UNICEF Innocenti Declaration. Ten steps to promote breastfeeding, 1991.

World Health Organization. Technical Working Group. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Birth* 1999; 26(4): 255–8.

World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.

World Health Organization. Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007.

www.blf.net/neonatalogi/wardprogram

Bilaga 1. Checklista inför hemgång från förlossning eller BB innan 24 timmar

- Opåverkat välskapt barn.
- Graviditetslängd mellan 37+0 och 42+0 v.
- Födelsevikt ej mer eller mindre än 2 standarddeviationer (SD), dvs ej lätt eller tung för tiden.
- Inga tecken till asfyxi, Apgar minst 7 och 9 vid 5 respektive 10 min ålder.
- Normalfärgat fostervatten.
- Barnet har sugit adekvat .
- Normal temperatur, 36,5 – 37,5 °C.
- Normal POX.
- Inget blåsljud, normala femoralispulsationer.
- Ingen immunisering eller positiv DAT.
- Ej behandlingskrävande ikterus eller risk att barnet utvecklar detta inom ett dygn.
- Normal andningsfrekvens (< 60 andetag/min).
- Moder som medicinerar med mediciner som potentiellt kan påverka barnet
- Vattenavgång ej mer än 18 tim.
- Oklara symtom eller sjukdom hos barnet

Signatur läkare/barnmorska: _____

Bilaga 2. Råd till föräldrar under barnets första levnadsvecka hemma

- Barnet behöver närhet till modern och tät tillsyn.
- Barnet bör ammas så ofta det visar tecken på att vilja suga.
- Titta på barnets hudfärg i klart dagsljus. En lätt gulfärgning av hud och ögonvitor är normalt. Om barnet är tydligt gul på kroppen och i ögonvitor kan det behöva hjälp. Rådfråga barnmorska, BVC eller läkare.
- Barnet ska sova på rygg för att förebygga plötslig spädbarnsdöd. Läs Socialstyrelsens råd angående förebyggande åtgärder mot plötslig spädbarnsdöd. Råden hittar du på Socialstyrelsens hemsida eller be att få en broschyr med dig hem från BB. www.socialstyrelsen.se
- Barnet ska ha lagom varma kläder på sig och kunna röra på sig.
- Rökning och snusning påverkar barnet negativt. Det gäller även passiv rökning.
- Lämna inte barnet ensamt.
- Undvik täta folksamlingar. I förkylningstider bör snuviga och infekterade syskon och anhöriga inte ha närkontakt med barnet. Förkylningsvirus som hos större barn och vuxna ger snuva och hosta, kan för det nyfödda barnet ge allvarliga symtom.
- Om barnet inte vill suga, inte vaknar efter sömn, verkar irriterad när du berör och tröstar det, inte skriker kraftfullt eller har en blekgrå hudfärg kan det vara tecken på sjukdom. Kontakta BB, BVC eller läkare oavsett tid på dygnet.

Viktiga telefonnummer: _____

Bilaga 3. Urinretention efter förlossning

[Evidensgrad 3]

Lena Rolfhamre, Ylva Vladic Stjernholm, Karolinska Universitetssjukhuset

Urinretention efter förlossning ICD-10 O90.8

Kateterisering av urinblåsan TKC 20

Bakgrund: Urinblåsedetrusorns atoni ökar under sen graviditet till en blåskapacitet på 1300 mL (Muellner 1939, Glavind et al. 2003). Sjunkande estrogennivåer 1-2 d efter förlossning leder till ökad diures, sjunkande progesteron leder till att extracellulärt ödem utsöndras via njurarna. Endogent och exogent oxytocin minskar urinproduktionen och > 25 E medför risk för övervätskning (Bergum et al. 2009) . Vid Kvinnokliniken Karolinska US år 2000 hade 1,5% av nyförlösta kvinnor residualurin > 1000 mL och 0,5% > 1500 mL.

Riskfaktorer: Tidigare blåstömningssvårigheter, utdragen förlossning, ssk utdraget utdrivningsskede, regional anestesi, instrumentell förlossning, upprepade blåstappningar, omfattande eller smärtande perineal bristning.

Symptom, diagnos: Blåsan ej tömd inom 6 h postpartum, misstanke om blåsretention vid yttre palpation, miktionssträngningar, tömningssvårigheter, upplevelse av blåsfyllnad.

Behandlingsrekommendation

Residualurin > 500 mL	Miktionsjournal. Om kvinnan ej förmår tömma blåsan själv tappning med hydrofil tappningskateter och rikligt med lokalbedövningsgel var 4 h dagtid och var 6 h nattetid tills regelbunden miktions, normala urinmängder eller residualurin < 300 mL.
> 1500 mL	Foley-kateter No 12 öppen 3 d. Återbesök till egen mottagning för kateterdragning. Om kvinnan ej kan tömma blåsan inom 6 h göres blåstappning. Vid tömningssvårigheter eller residualurin > 300 mL remiss till uroterapeut/specialutbildad barnmorska för ställningstagande till självtappning.

Referenser

Bergum D, Lonnée H, Hakli TF. Oxytocin infusion: acute hyponatraemia, seizures and coma. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53:826–7.

Glavind K, Björk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. Int Urogynecol J 2003;14:119–21.

Muellner SR. Physiological bladder changes during pregnancy and the puerperium. J Urology 1939;41:691–5.

Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. J Am Board Fam Pract 1991;4:341–4.

Zaki MM, Pandit M, Jackson S. National survey for inpartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines. BJOG 2004; 111: 874–6.

Bilaga 4. Handläggande av amningskomplikationer

[Evidensgrad 1]

Kristin Svensson, Sofia Zwedberg, Ylva Vladic Stjernholm
Karolinska Universitetssjukhuset

Mastit grad I Mjölksstockning (lymfangitis mammae) ICD-10 O91.2

En fysiologisk vävnadsreaktion. Läckage av mjölk från mjölkgångar till vävnad och blodbana aktiverar inflammatoriska kaskadsystem med aktivering av cytokiner och akut fas reaktanter som C-reaktivt protein (CRP) m m.

Hos > 50% av ammande kvinnor 2-4 d vid amningsstart.

Symptom	Sjukdomskänsla, temp stegring till 38(-40) °C.
Behandling	Omvårdnad, amningsråd, paracetamol. Klingar av inom 1-2 d.

Mastit grad II Inflammatorisk mastit ICD-10 O91.1A

En fysiologisk vävnadsreaktion. Läckage av mjölk från mjölkgångar till vävnad och blodbana aktiverar inflammatoriska kaskadsystem med aktivering av cytokiner och akut fas reaktanter som CRP m m.

Hos upp till 30% av ammande kvinnor vid ändrat amningsmönster.

Symptom	Rodnad, svullnad, värmeökning över avgränsat bröstsegment.
Behandling	Omvårdnad, amningsråd, paracetamol.

Mastit grad III Infektiös mastit ICD-10 O91.1A

Skadad hudbarriär (eksem, fissur) beroende på amningsteknik.

Bakteriellt agens Staf aureus i > 90%, i övrigt streptokocker eller tarmbakterier.

Hos upp till 10-15% av ammande kvinnor.

Symptom	Rodnad, ömhet, värmeökning över avgränsat bröstsegment lång duration. Influensalik sjukdomskänsla, temp stegring till 38-40 °C.
Behandling	Omvårdnad, amningsråd, skydda hudbarriären (amningsnapp). Om antibiotika flukloxacillin (Heracillin) 1g x 3 under 10 dagar (sic!).

Mastit grad IV Bröstböld (mammarabscess) ICD-10 O91.1B

Smältning av infektion till varbildning.

Bakteriellt agens Staf aureus i > 90 %, i övrigt streptokocker eller tarmbakterier.

Hos < 0,5 % av ammande kvinnor.

Symptom	Väl avgränsat hudområde med rodnad, ömhet, värmeökning, svullnad och fluktuation. Feber har vanligen avklingat.
Behandling	Omvårdnad, amningsråd. Dränage (pig-tail). Ev. antibiotika flukloxacillin tredosregim.

Referenser

Amningscentrum Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Handlingsplan – ett komplement till WHO/UNICEF:s tio steg för att skydda, stödja och främja amning i hela vårdkedjan (2005). www.karolinska.se/amningscentrum

Fetherston C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? Breastfeeding Rev 2001;9:5–12.

Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA and Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. Review. Breastfeed Med 2009;Suppl 1:S17–30.

Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML, Steen A and Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. Int Breastfeeding Journal 2008;3:6

Stockholms Läns Landsting. Regionalt vårdprogram: Bröstkomplikationer i samband med amning, 2008. www.vardsamordning.sll.se/brostkomplikationer

World Health Organization. The WHO/UNICEF Innocenti Declaration. Ten steps to promote breast-feeding, 1991.

World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.