



Kvinnosjukvård

2026-05-18

Innehållsansvarig:

SU: Karin Breeding, Rima Vaikute, Anna-Karin Ringqvist

NU: Martin Berntsson, Ida Tollmar

SKAS: Emelie Ottosson, Irini, Makrygianni

SÄS: Stina Berver, Aldona Gabrielaitiene

Eftervårdsplanering

Lathund för planering av eftervård under graviditet och efter barnets födelse

Dokumentation av eftervårdsplan - under graviditeten

Planen dokumenteras under sökordet Sammanfattning av graviditet såsom tidigare och med utökade sökord

1. Inventera den gravidas hälsa. Finns det något som föranleder behov av sjukhusvård efter förlossning? Om inte så förbereds familjen för eftervård i hemmet.
2. Inventera hemmiljön. Känns det tryggt hemma? Gott stöd av medförälder? Finns behov av extrastöd?
3. Inventera socialt nätverk och stöd som kan aktiveras efter förlossningen. Vilka finns i familjens närhet som de kan förbereda?
4. Finns tidigare amningsproblem relaterat till amningsstarten och den första veckan? Vid problem inventera typ av amningsproblem och förbered den gravida för hur hon kan förebygga att liknande problem uppstår igen. Följ regionala amningsriktlinjer.
5. Vid behov kontakt med andra vårdinstanser för gemensam vårdplan.

Dokumentmall (sökord) för eftervårdsplan i sammanfattning graviditet i Obstetrix

Planen kan läsas i 1177 alternativt skrivs ut/fotas

Sökord:

- Vårdbehov den födande
- Vårdbehov barnet
- Planerad vårdtid
- Särskilda stödbehov
- Amning/matning

Dokumentation av eftervårdsplan – förlossningen

Vårdformer

| SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS |
|--|--|--|--|
| <p><i>Hemgång inom 6–8 timmar</i> Förstföderska, telefonuppföljning samma dag eller dagen efter, hembesök och/eller återbesök (Åb) till mottagning för barnundersökning</p> <p>Omföderskor telefonuppföljning samma dag eller dagen efter, Återbesök BB-mottagning till barnmorska och barnläkare</p> <p><i>Kort vårdtid på BB, <24 timmar</i> Förstföderska, telefonuppföljning dagen efter, hembesök, Återbesök BB-mott för barnundersökning om det inte gjorts på BB</p> <p>Omföderska, telefonuppföljning dagen efter hemgång, Återbesök BB-mott till barnmorska och vid behov barnläkare om undersökning ej gjorts på BB</p> <p><i>Vårdtid > 24 timmar</i> Återbesök BB-mott till barnmorska utifrån behov. Återbesök till barnläkare vid behov. <i>För att gå hem 6–8 timmar * efter barnets födelse rekommenderas att</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mamma och barn ska må bra.</i> | <p><i>Hemgång inom 6-12 timmar</i> Omföderskor: hemgång tidigast inom 6-12 timmar efter förlossningen när kriterierna för säker hemgång uppfylls. Telefonuppföljning planeras samma dag eller dagen efter. Återbesök planeras till barnmorska och läkare på BB-mottagningen</p> <p><i>Vårdtid på BB</i> Förstföderskor erbjuds två nätter på BB, rekommenderas stanna minst ett dygn. Barnläkarundersökning vid återbesök på BB-mottagningen om denna inte redan utförts under vistelsen på BB.</p> | <p><i>Hemgång inom 6-12 timmar</i> Omföderskor: erbjuds hemgång tidigast inom 6-12 timmar efter förlossningen om kriterierna för säker hemgång uppfylls. Telefonuppföljning dagen efter. Återbesök på BB-mottagning till barnmorska och barnläkare. <i>Vårdtid på BB</i> Förstföderskor: Rekommenderas stanna minst ett dygn på BB. Därefter inskrivning på BB-mott och följs med telefonsamtal samt återbesök. Barnläkarundersökning utförs på BB-mott om den inte är utförd på BB eller om BUS är utförd innan barnet är 12 timmar gammalt.</p> | <p><i>Hemgång inom 6-12 timmar</i> Alla nyförlösta: hemgång inom 6 – 12 timmar om man uppfyller kriterier för tidig hemgång. Telefonuppföljning samma dag eller dagen efter, återbesök BB-mottagningen till barnmorska och barnläkare.</p> <p>Individuell planering vid bedömning av vårdtidsbehov, om ej kriterier för tidig hemgång uppfylls.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Barnet ska ha sugit efter förlossningen. • Den födande ska ha kissat spontant. • Uterus ska vara väl kontraherad. • BT < 140/90 mmHg. <p>Bedömning görs av ansvarig barnmorska. Erfarna barnmorskor med särskilt ansvar för barnundersökning kan skriva ut friska barn THG upp till 24 timmar * om kontroller är ua för barnet vid 6 timmar. Om barnet inte sugit initialt men gör det senare än 6 timmar kan barnmorska bedöma om sugbeteendet är normalt och skriva ut familjen.</p> | | | |
| <p>Återbesök BB-mottagning Återbesök till barnmorska innehåller uppföljning kvinnans och barnets hälsa, provtagning, amningsstöd. De allra flesta har ett uppföljande besök på BB-mottagningen</p> | | | |

Bedömning av vårdtidbehov

| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |
|--|------------------|--|---------------|------|-----|-----------|
| Diabetes typ 1 | Minst 24 timmar | Minst 24 timmars blodsockerkontroller av barn, digitalt stöd av diabetessjuksköterska. Plan skrivs på SpecMVC | | | | |
| Diabetes typ 2 | Minst 24 timmar | Minst 24 timmars blodsockerkontroller av barn, individuell plan för uppföljning efter hemgång | | | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|----------------------|-------------|------------|-----------|
| GDM kost-behandlad | 24 tim | Minst 24 timmars blodsockerkontroller av barn | | | | |
| GDM läkemedels-behandlad | 24 tim | Minst 24 timmars blodsockerkontroller av barn, individuell plan för uppföljning efter hemgång | | | | |
| Psykisk ohälsa med SSRI-behandling | Minst 24 timmar | Observation av mammas välmående och observation av symtom hos barnet | | | | |
| Interkurrent sjukdom som kräver slutenvård för modern eller barnet exempelvis: endokrin sjukdom (undantag välmående hypothyreos), hjärt-sjukdom, njursjukdom, tarmsjukdom eller annan systemsjukdom | Vårdtid utifrån specifik diagnos | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV-läkare/Läkare Spec-MVC | | | | |
| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Maternell läke- medelsbehand- ling med risk för påverkan av barnet | Vårdtid utifrån specifikt läk- emedel | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV- läkare/Läkare Spec- MVC | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV- läkare/Läkare Spec-MVC | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV- läkare/Läkare Spec-MVC | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV- läkare/Läkare Sp ec-MVC | |
| Tidigare psykiatrivårds- krävande sjukdom eller missbruk | Vårdtid utifrån specifik diagnos | Sammanfattning av tidigare vårdplanering gjord av MHV- läkare/Läkare Spec- MVC. Eventuellt s amarbete Hagateamet | Individuell planering utifrån SIV/ SIP ti llsammans med mödra- hälsovård mobilt team | Individuell planering utifrån SIV/SIP, eventuellt vara inskriv en via mödrahälsovård mobilt team | Individuell planering utifrån SIV/SIP, eventuellt vara inskriven via mödrahälsovård mobilt team | |
| Allvarliga sociala problem eller våld i hemmet | Vårdtid utifrån specifika behov | Individuell planering utifrån SIV/SIP, i samarbete med socialtjänst | | | | |
| Graviditets- hypertoni | | 2 dygn Blodtryckuppföljning initialt på sjukhus, fortsatt egenmonitorering i hemmet eller återbesök | Behandlad GHT: 2 dygn Blodtryckuppföljning initialt på sjukhus, fortsatt egenmonitorering i hemmet eller återbesök Obehandlad GHT: individuell bedömning och plan (ej egenmonitorering) | Behandlad GHT: 2 dygn Blodtryckuppföljning initialt på sjukhus, fortsatt egenmonitorering i hemmet eller återbesök Obehandlad GHT: individuell bedömning och plan (ej egenmonitorering) | 2 dygn Blodtryckuppfölj ning initialt på sjukhus, fortsatt egenmonitorerin g i hemmet eller återbesök | |

| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar | |
|--|------------------|--|---|--|--|--|---|
| Preeklampsi | 3-4 dygn | Svår preeklampsi 3-4 dygn, individuell plan med fortsatt egenmonitorering i hemmet | | | | | |
| GBS under graviditet | | 12 timmar om fullständig profylax givits under förlossning och om barnet inte visat några sjukdomssymtom. Detta planeras för i normalfallet och justeras på förlossning om antibiotika inte getts i tid. | 24 timmar om fullständig profylax givits under förlossning samt om barnet inte visat några sjukdomssymtom | 24 timmar om fullständig profylax givits under förlossning och om barnet inte visat några sjukdomssymtom | 12 timmar om fullständig profylax givits under förlossning och om barnet inte visat några sjukdomssymtom. Detta planeras för i normalfallet och justeras på förlossning om antibiotika inte getts i tid. | Fullständig profylax uppfylls när antibiotika givits 4 timmar innan partus | |
| GBS under graviditet utan fullständig profylax | | 36 timmar för barn som inte visat några sjukdomssymtom | | | | | Informera om att detta kan hända men planera enligt ovan "GBS under graviditet" |
| Tidigare fött barn med neonatal GBS infektion eller IUFD | | Minst 36 timmar | | | | | |

| | | | | | | |
|--|----------------------|--|---|---|--------------------------|---|
| där intrauterin GBS är säkerställd | | | | | | |
| Allvarlig perinatal sjukdom, immunisering, ljusbehandling inom 2 dygn eller död efter födsel hos tidigare barn | Individuell vårdplan | BB-vård planeras och plan görs i samråd med barnläkare på BB | | | | |
| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |
| Kraftigt mekoniumfärgat fostervatten | | Minst 12 timmars vårdtid | Minst 12 timmars vårdtid | Minst 24 timmar | Minst 12 timmars vårdtid | Bedömning av barnläkare inför utskrivning |
| Långvarig vattnavgång >18 timmar med fullständig antibiotikaproylax | | Hemgång vid 12 timmar | Minst 24 timmar Utan fullständig profylax: minst 36 timmar | Minst 24 timmar Utan fullständig profylax: minst 36 timmar | Minst 12 timmars vårdtid | Bedömning av barnläkare Fullständig profylax uppfylls när antibiotika givits 4 timmar innan partus |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|-----------|
| Barnets temp <36,5° vid 6 timmar | Individuell plan efter bedömning av barnläkare | Bedömning av barnläkare | | | | |
| Barn som inte har sugit med bra teknik inom 6 timmar | | Tills barnet har sugit bra Fortsatt hud mot hud och om barnet suger med rätt teknik kan hen skrivas ut av särskilt ansvarig barnmorska | Omföderska som i övrigt uppfyller kriterier för säker hemgång: Kan kvarstanna upp till ytterligare 6 timmar på förlossningen. Om barnet suger med rätt teknik inom 12 timmar kan barnet skrivas ut från förlossnings-/antenatalplats | Tills barnet har sugit bra. Planering görs tillsammans med mor. Fortsatt hud mot hud och om barnet suger med rätt teknik kan hen skrivas ut av ansvarig barnmorska | Tills barnet har sugit bra Fortsatt hud mot hud och om barnet suger med rätt teknik kan hen skrivas ut av särskilt ansvarig barnmorska | |
| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |
| Den födande har inte kunnat amma | Individuell plan, se barn som inte sugit | Bedömning av barnets sugbeteende kan ske efter 6 timmar och om det bedöms normalt kan särskilt ansvarig barnmorska skriva ut. En strategi för amning/matning ska göras tillsammans med föräldrar och dokumenteras inför hemgång | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---|
| Oro över amningsstarten på grund av tidigare dålig amningserfarenhet | | 6–8 timmar om barnet sugit | 6-8 timmar om barnet sugit. Minst 1 natt på BB om barnet inte sugit optimalt | Individuell plan. Oftast minst 1 natt på BB | 6–8 timmar om barnet sugit | Vård- och stödbehov inventeras och den födande förbereds för en optimal amningsstart |
| Oro över att ha sin eftervård i hemmet utan medicinsk anledning | | 6–8 timmar | Omföderna som uppfyller kriterier för säker hemgång: 6–12 timmar. Förstföderna erbjuds två nätter på BB, rekommenderas stanna minst ett dygn | Individuell handläggning och enligt rutin ovan. | 6–8 timmar, individuell bedömning, ev vidare till BB | Vård- och stödbehov inventeras, vilka finns i deras nätverk? Familjens förbereds för eftervård i hemmet |
| Stark misstanke om tillväxthämning, flödespåverkan | Individuell vårdplan | BB-vård planeras och plan görs i samråd med barnläkare på BB | | | | Handmjölka under graviditeten |
| Blödning >1000 ml | Individuell plan, se barn som inte sugit | Klinisk bedömning tillsammans med obstetiker | | | | |
| Omfattande perinealbristning | Individuell plan | Klinisk bedömning tillsammans med obstetiker | | | | Informera om mobilisering, smärtlindring, hygien |
| Diagnos/tillstånd som berör | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |

| mor och/eller barn | | | | | | | |
|--------------------|------------------|--|---|--|---|---|--|
| Akut sectio | Individuell plan | Medicinsk plan görs av obstetiker i operationsberättelsen efter sectio | | | | | |
| Elektivt sectio | | 24 timmar vid okomplicerat sectio | 1-2 dygn eller individuell planering Tidigast 24 timmar vid okomplicerat sectio. Förstföderska erbjuds 2 dygn. | Tidigast 24 timmar vid okomplicerat sectio | 24 timmar vid okomplicerat sectio | Informera om vikten av att mobiliseras tidigt, stå upp inom ett par timmar, KAD-dragning vid 6 timmar och att vara väl smärtlindrad | |
| VE (Mor) | Individuell plan | Klinisk bedömning tillsammans med obstetiker | | | | | |
| VE (Barn) | | 12 timmar Bedömning av barnläkare inför utskrivning | 12 timmar Bedömning av barnläkare inför utskrivning Föräldrar som avböjer K-Vitamin vid VE: Föräldrarna skall få ytterligare information om ökad risk för allvarliga komplikationer såsom hjärnblödning. Om de ändå avstår rekommenderas 24 timmars observation av barnet | 24 timmar Bedömning av barnläkare inför utskrivning | 12 timmar Bedömning av barnläkare inför utskrivning Föräldrar som avböjer K-Vitamin vid VE: Föräldrarna skall få ytterligare information om ökad risk för allvarliga komplikationer såsom hjärnblödning. Om de ändå avstår rekommenderas 24 timmars | | |

| | | | | | | |
|--|------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | observation av barnet | |
| Apgar | | Apgar ≤ 7 vid 5 min eller ≤ 9 vid 10 min Minst 12 timmar | Apgar ≤ 7 vid 5 min eller metabol acidosis (dvs navelsträngspH $\leq 7,0$ och BE -16) Minst 24 timmar | Apgar ≤ 7 vid 5 min eller ≤ 9 vid 10 min eller navelsträngs pH $<7,0$ Minst 24 timmar | Apgar ≤ 7 vid 5 min eller ≤ 9 vid 10 min eller navelsträngs pH $<7,0$ Minst 12 timmar | Bedömning av barnläkare inför utskrivning |
| Diagnos/tillstånd som berör mor och/eller barn | Planerad vårdtid | SU | NU-sjukvården | SKAS | SÄS | Kommentar |
| Sen prematur (v 35+0–36+6) | | 3–5 dygn Bedömning av barnläkare Individuell plan för uppföljning | 3–5 dygn Bedömning av barnläkare Individuell plan för uppföljning | Följer styrdokument om sena prematura på BB med planläggning dagligen mellan den ansvariga BB-personalen och barnläkaren | 3–5 dygn Bedömning av barnläkare Individuell plan för uppföljning | |
| SGA | | Minst 24 timmar | Minst 48 timmar | Minst 72 timmar | Minst 24 timmar | Bedömning av barnläkare på BB Strategi för matning/amning |
| LGA, den födande ej screenad med OGTT | | Följ barnet enligt PM för gestationsdiabetes. Strategi för matning/amning | Minst 24 timmar | Minst 24 timmar | Följ barnet enligt PM för gestationsdiabetes. Strategi för matning/amning | Säkerställ att amning/matning fungerar |
| LGA utan symtom | | 6-8 timmar | Minst 24 timmar | Minst 12–24 timmar. I samråd med barnläkaren | Minst 24 timmar | Säkerställ att amning/matning fungerar |

| | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|------------------------------------|-----------------|--|
| | | | | | | |
| LGA r/t nytt hypoglykemi* | | Minst 12 timmar | Minst 12 timmar NÄL fr om 260525 | Planering i samråd med barnläkare. | Minst 12 timmar | Säkerställ att amning/mätning fungerar |
| *införs i regionen i närtid Neonatal-hypoglykemi-nationellt-vardprogram-2025-251210.pdf | | | | | | |