

# Basprogram för graviditet och eftervård i Region Skåne

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2023-09-13  
Giltig till 2026-09-13  
[www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer)



# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Förord.....  | 1  |
| 1 Introduktion till basprogrammet för graviditet och eftervård .....                       | 2  |
| 2 Kvalitetsregister .....  | 5  |
| 3 Levnadsvanor under graviditet och eftervård .....  | 5  |
| 4 Amning.....  | 10 |
| 5 Fosterdiagnostik .....   | 12 |
| 6 Våldsutsatthet.....  | 14 |
| 7 Graviditet och socioekonomisk utsatthet .....  | 14 |
| 8 Psykisk ohälsa .....   | 16 |
| 9 Förlossningsrädsla.....  | 17 |
| 10 Föräldraskapsstöd: förlossnings- och föräldraförberedelse .....                         | 18 |
| 11 Sysselsättning och graviditet.....  | 20 |
| 12 Hälsobesök under graviditet.....  | 20 |
| 13 Individuell riskbedömning och vårdplanering .....                                       | 24 |
| 14 Eftervård.....  | 31 |
| 15 Dokumentinformation .....   | 34 |
| 16 Referenser och länkar.....  | 35 |
| Bilaga 1 Underlag för psykologisk och social bedömning under och efter<br>graviditet ..... | 38 |
| Bilaga 2 Teman för föräldraskapsstöd .....   | 41 |

## Förord

Graviditet är en naturlig process som mödrahälsovården ska stödja genom ett hälsofrämjande förhållningssätt. Ett sådant förhållningssätt innebär bland annat att främja goda levnadsvanor samt att uppmärksamma och stärka det friska hos varje individ. Mödrahälsovårdens uppdrag innebär även att förebygga, uppmärksamma och vidta åtgärder vid komplikationer av medicinsk och psykosocial karaktär av betydelse för den gravida, det ofödda barnet och den blivande familjens hälsa samt att erbjuda föräldraskapsstöd.

Basprogrammet avser den hälsovård som erbjuds vid okomplicerad graviditet. Individuell vårdplanering görs alltid med utgångspunkt i den gravidas somatiska, psykiska och sociala hälsa.

Fastställt, 2023-09-13



Pia Lundbom  
Hälso-och sjukvårdsdirektör

# 1 Introduktion till basprogrammet för graviditet och eftervård

## Målsättning

Mödrahälsovård ska bedrivas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande med målet att uppnå bästa möjliga hälsa för varje gravid och barn. För att uppnå en sådan målsättning behöver den gravida betraktas som expert på sin situation och som en kompetent medaktör i vården. Barnmorskan ska stärka det friska, förmedla kunskaper om egenvård och bedriva ett systematiskt arbete med föräldraskapsstöd.

Mödrahälsovården ska aktivt verka för att tidigt upptäcka somatisk och psykisk ohälsa eller social utsatthet hos föräldrar som kan medföra risk för påverkan på det växande fostret, anknytning och/eller föräldrafunktion. Vid upptäckt av riskfaktor eller graviditetskomplikation ansvarar barnmorskan för att hänvisa eller remittera den gravida vidare till rätt instans. En god kännedom om vilken eller vilka instanser som är tillgängliga och lämpliga utifrån den gravidas specifika behov och situation är viktigt.

## Vårdprogramsgrupp

LPO kvinnosjukdomar och förlossning

## Förankring och remissyttrande

Basprogrammet har förankrats av företrädare för Skånes barnmorskemottagningar, förlossningskliniker, mödra- och barnhälsovårdpsykologerna (MBHV-psykologer), Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdoms-prevention, Kunskapscentrum barnhälsovård, Expertgrupp förlossning, Expertgrupp allmänmedicin, chefläkare samt förvaltningsledning Primärvården i Region Skåne.

Aktuella revideringar 2023 var god se sidan 34, jämfört med föregående version har förankrats hos LPO Kvinnosjukdomar och förlossning.

## Styrdokument för barnmorskemottagningarnas verksamhet

- Aktuellt förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning (BMM) i Hälsöval Skåne.
- ”Blå boken” SFOG (2016). Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, rapport nr 76.
- Regionala vårdprogram och riktlinjer för kvinnosjukdomar och förlossning, Region Skåne.
- Behandlingsstöd: gränssnitt mellan bas- och specialistmödrahälsovård, Region Skåne.

## Patientdelaktighet

Vården ska erbjudas på lika villkor genom att vara personcentrerad, det vill säga erbjudas och anpassas utifrån den gravidas behov samt i samråd med den gravida och eventuell partner. Deltagande i mödrahälsovård är frivillig och patienten ska informeras om rätten att neka till erbjudna undersökningar. Information ges även om hälso- och sjukvårdens plikt att föra journal om de tillstånd som har betydelse för graviditeten.

## Stöd för kommunikation

Inom mödrahälsovården används Motiverande Samtal (MI) som kommunikationsmodell när ohälsosamma levnadsvanor identifierats. Det är en specifik samtalsmetod och ett förhållningssätt som syftar till att uppnå ökad motivation till beteendeförändring. Genom MI-metoden ges den gravida hjälp att själv hitta motivation till ett förändrat beteende vilket visats ha god effekt.

Om språkliga hinder föreligger ska auktoriserad tolk användas vid varje besök, antingen telefontolk eller fysiskt närvarande tolk. Anhörig ska inte användas som tolk. Barn får aldrig användas som tolk. Tolkanvändning ska dokumenteras i samband med besöket.

## Dokumentation

Vid hälsosamtalet öppnas MHV1 och MHV3. Barnmorskan efterfrågar och registrerar den gravidas samtycke till sammanhållen journalföring för att medge journalåtkomst från förlossning och ultraljud. Även den gravidas samtycke att lagra prover enligt biobankslagen och att journaluppgifter överförs till Graviditetsregistret efterfrågas och registreras.

Efter inskrivning görs en bedömning om den gravida ska följa basprogram eller om en individuell planering behöver göras. Detta dokumenteras och signeras på MHV1 i avsedd ruta för basprogram eller enligt individuell planering i MHV3.

Läkemedel som används vid graviditetens början dokumenteras med namn, styrka och dosering i MHV 1. Naturläkemedel ingår. Läkemedelsanvändning som påbörjas under graviditet dokumenteras i MHV2. Detta gäller även för vaccinationer under graviditeten. Det är även viktigt att dokumentera när läkemedelsbehandling avslutats i både MHV 1 och 2.

### Att dokumentera vid varje besök:

- fosterrörelser
- fysiskt och psykiskt mående
- eventuella vidtagna åtgärder

Våldsutsatthet dokumenteras enligt vårdprogrammet Våld i nära relation.

Notatrutan ska användas för att uppmärksamma särskilt viktig information och underlätta informationsutbytet mellan olika vårdgivare. I samband med att barnmorskan skriver en sammanfattning av graviditeten kring graviditetsvecka 35–36 är det viktigt att endast aktuell information finns med. Riskfaktorer, uppkomna komplikationer eller särskilda ordinationer ska tydliggöras i notatrutan.

MHV1 och MHV 2:s rödkantade rutor innehåller information som skickas till Socialstyrelsen och Medicinska Födelseregistret (MFR).

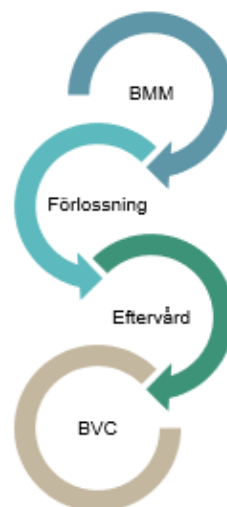
Barnmorskan ansvarar för att registrera inskrivning och uppföljning i Graviditetsregistret.

## Samverkan

Mödrahälsovård är en del av en vårdkedja som innefattar barnmorskemottagning (BMM) → förlossning → eftervård → barnhälsovård (BVC), samt eventuellt neonatalvård. Samverkan mellan olika vårdgivare är en förutsättning för god och patientsäker vård. Ibland finns behov för samverkan med andra utförare av hälso- och sjukvård så som vårdcentral, fysioterapeut, dietist eller annan.

För familjer med behov av psykosocialt stöd eller vid psykisk ohälsa kan samverkan med socialtjänst, BVC, MBHV-psykologmottagningar, vuxenpsykiatri inklusive beroendevård och barnpsykiatri behövas.

Barnmorskan på BMM ska ha tillgång till konsultation av psykolog på MBHV-psykologmottagning för handledning.



## 2 Kvalitetsregister

Graviditetsregistret är ett nationellt register som följer upp indikatorer från tidig graviditet till eftervårdsbesöket. Data analyseras och används för både regional och nationell uppföljning. Datainsamling sker både genom manuell inmatning av barnmorska och för vissa indikatorer genom direktöverföring från journalsystemet Obstetrix. Uppgifter från Graviditetsregistret är skyddade enligt svensk lag och får endast användas till forskning och vårdutveckling.

## 3 Levnadsvanor under graviditet och eftervård

Att verka hälsofrämjande innebär att främja goda levnadsvanor, att identifiera och förebygga ohälsosamma vanor samt att erbjuda stöd till förändring. Arbetet på barnmorskemottagningen anses utgöra en viktig del av landets folkhälsoarbete eftersom mödrahälsovården når nästan alla gravida.

## ABCD-samtal

Vid samtal med den gravida och eventuell partner om livsstil kan ABCD-modellen användas. ABCD står för: **A**lkohol, **B**orttagande eller bevarande av läkemedel, **C**igaretter, tobak, nikotin och **D**roger.

## Alkohol

En alkoholfri graviditet ska alltid eftersträvas och barnmorskan har en viktig roll när det gäller att informera och identifiera alkoholbruk i samband med graviditet. Alkohol kan påverka fostret och skada hjärnans och ansiktets utveckling i ett mycket tidigt skede efter befruktning. Fortsatt alkoholkonsumtion under graviditet ger en ökad risk för tillväxthämning, prematur födsel, intrauterin fosterdöd, kognitiv beteendestörning och störd organutveckling hos barnet.

Tillfråga den gravida om alkoholvanor så tidigt som möjligt i graviditeten och genomför screening av alkoholvanor vid första besöket på BMM. Använd screeningmetoden AUDIT (se Referenser och länkar) för att identifiera en riskfylld alkoholkonsumtion. Den gravida ska själv fylla i AUDIT på mottagningen och därefter tillsammans med barnmorskan gemensamt gå igenom svaren. AUDIT-poäng ska dokumenteras oavsett värde. Här kan även riskbruk innan konstaterad graviditet fångas upp. Vid identifierat alkoholbruk som skett efter senaste menstruation och fram till samtalet kan Time Line Follow Back (TLFB) (se Referenser och länkar) användas för en mer noggrann kartläggning.

Vid identifierat riskbruk av alkohol ska varje BMM ha en lokal rutin om vilka åtgärder som ska vidtas och vid behov av stöd ska den gravida remitteras till specialiserad enhet. Se även Regional riktlinje kring oro för väntat barn.

## Borttagande eller bevarande av läkemedel

Efterfråga eventuell läkemedelsanvändning, även vid behovs-medicinering och naturläkemedel. Kontrollera om det aktuella läkemedlet har någon känd fosterpåverkan eller är säkert att använda under graviditet.

Information finns på:

[Janusinfo - Region Stockholm \(janusinfo.se\)](http://janusinfo.se)



Hänvisa till behandlande läkare eller konsultera läkare på BMM för ställningstagande till medicinjustering eller byte av preparat. Dokumentera medicinering i journalen, se dokumentation.

## Cigaretter, tobak och nikotin

Tobaksbruk, i form av cigaretter och/eller snusning har kända risker både för den gravida och för det växande fostret. Även om bruket av sedvanliga cigaretter har gått ner de senaste åren hos gravida kvarstår betydande risker för de kvinnor som fortsätter att röka under graviditeten. Ett rök- eller snusstopp under graviditet kan däremot minska riskerna till nivåer som är jämförbara med de som inte rökt under graviditeten.

Cigarrettrökning under graviditet ökar risken för missfall, ektopisk graviditet, missbildningar, tillväxthämning, placentaavlossning, prematur förlossning, låg födelsevikt (SGA) och perinatal dödlighet. Även vid passiv rökning påverkas fostret och studier har visat att även små mängder tobaksrök verkar försämra utvecklingen av fostrets nervsystem.

Under spädbarnstiden har barn till rökande gravida en högre sjuklighet jämfört med barn till icke rökande. Studier har visat samband mellan rökning under graviditet och plötslig spädbarnsdöd, ADHD, diabetes. Dessutom ökar risken för frakturer under barnet första levnadsår, övervikt och risken att barnet själv bli nikotinberoende senare i livet.

Snus ger högre halt av nikotin i blodet än cigaretter och nikotin passerar fritt över till fostret. Bland annat har nikotin har påvisats i fostervatten hos snusande kvinnor och då i högre nivåer jämfört med samtidigt taget prov i venöst blod från mamman. Snusning under graviditet ökar risken för lägre födelsevikt, prematur födsel och SGA, vilket medför en ökad risk för perinatal sjuklighet och dödlighet.

E-cigaretter marknadsförs som en metod för att minska eller sluta röka. E-cigaretter finns att köpa utan nikotin, men det finns även andra potentiellt skadliga ämnen i e-cigaretter. E-cigarettbruk, särskilt när det sker dagligen och utan kombination med konventionella cigaretter, är förknippat med både ökad risk för prematuritet samt låg födelsevikt hos barnet.

Vattenpipa innehåller nikotin, tjära, kolmonoxid, tungmetaller och andra giftiga ämnen. Enligt WHO kan en röksession på en timme motsvara röken från 100 cigaretter. Vid rökning av vattenpipa bildas 30 gånger mer kolmonoxid än vid rökning av konventionella cigaretter.

Mot bakgrund av de negativa hälsoeffekter som sedvanlig cigarettrökning, e-cigaretttrökning, vattenpipa och snusning ger är det mycket viktigt att motivera till stopp av allt bruk av nikotin och tobaksprodukter i samband med graviditet och eftervård, inklusive nikotinersättningsprodukter.

Använd motiverande samtal som kommunikationsmodell och vid behov, motivera till vidare stöd till tobaksavvänjare på vårdcentralen som kan diskutera tobaksbruk med kvinnan på ett neutralt sätt. Insatser under graviditeten avseende nikotinavvänjning ska dokumenteras i MHV 3 för samtliga tobaksanvändare.

Uppföljning av nikotinanvändning ska ske och dokumenteras (MHV2) i graviditetsvecka 30–32. Vid fortsatt rökning i v 32 ska kvinnan remitteras för ett extra tillväxtultraljud. I nuläget har Region Skåne inte rekommendationer om extra tillväxtultraljud när det gäller andra former av nikotinanvändning såsom snus. Detta kan dock komma att ändras framöver.

Vid planerad förlossning med kejsarsnitt rekommenderas rökfrihet sex veckor pre- och post-operativt. Rökare drabbas oftare av komplikationer i samband med kejsarsnitt, vanligast är problem med sårläkning och ökad risk för infektion.

## Droger

Drogmissbruk under graviditet innebär allvarliga risker och kan skada fostret. På vilket sätt narkotikabruk påverkar fostret och det kommande barnet beror på typ av drog, mängd, frekvens och tidpunkt under graviditeten. Det är viktigt att rehabilitera den missbrukande gravida med målet att ge barnet en drogfri start i livet. Motivation till drogfrihet kan vara större under graviditeten och denna chans bör tas tillvara.

Gör en kartläggning över vilken substans som använts, när och hur ofta. Dokumentera det som framkommer. Erbjud information till den gravida och eventuell partner samt erbjud kontakt med särskild mottagning för ytterligare stöd enligt lokala rutiner. Om den gravida nekar sådan kontakt kan barnmorskan själv kontakta enheten för stöd med fortsatt handläggning.

Utfärda en individuell vårdplan i samråd med läkare. Erbjud täta barnmorskebesök och läkarkontakt utifrån den gravidas behov. Samverka med andra instanser. Förmedla kontakt med vald BVC i slutet av graviditeten efter inhämtat samtycke. Dokumentera i sammanfattningen av graviditeten i MHV3 inklusive planering för förlossning och eftervård.

Ange alla eventuella kontaktpersoner med namn och telefonnummer i journalen. Om oro för det väntade barnet finns, se Regional riktlinje för oro för väntat barn.

## Kost

Hälsosamma kostvanor främjar en god hälsa och gynnar en balanserad viktuppgång under graviditet. Uppmuntra och stötta den gravida till regelbundna måltider med hälsosam kost, till exempel val av nyckelhålmärkta livsmedel. Med hjälp av Livsmedelsverkets snabbguide ”Fråga LIV” kan gravida själva söka och finna svar på bra matval.

Viss kost bör undvikas helt eller delvis under graviditet och amning. För fullständig information hänvisas till Livsmedelsverkets hemsida. Här finns även information om vegetarisk och vegansk kost.

Glöm inte att uppmärksamma undernäring och tecken eller anamnes på ätstörning vid bedömning av matvanor.

## Viktuppgång under graviditet

En balanserad viktuppgång i relation till den gravidas ingångs-Body Mass Index (BMI) minskar risken för graviditetskomplikationer. Högt BMI ökar bland annat risken för graviditetsdiabetes, hypertoni, stort barn, litet barn för tiden, värksvaghet och intrauterin fosterdöd. Stöd den gravida till balanserad viktuppgång under hela graviditeten.

Vid övervikt och fetma se Regionala riktlinjer för övervikt och fetma under graviditet.

## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet under graviditeten ska uppmuntras. Fysisk aktivitet och träning har visats motverka graviditets- och förlossningskomplikationer och är gynnsamt vid övervikt/fetma och graviditetsdiabetes. Bäckebottensträning kan förebygga framtida besvär med urinläckage, prolaps och ryggvärk. Är den gravida inte fysiskt aktiv är det viktigt att initiera någon form av fysisk aktivitet av måttlig intensitet. Långsam stegring av aktivitet rekommenderas för att nå 150 minuter i veckan jämnt fördelat per dag i omgångar om minst 10 minuter. Starta gärna med till exempel promenader med stavar, motionscykling eller simning. Regelbunden träning förbättrar

och vidmakthåller en god allmän kondition under graviditet och kan vara ett bra sätt att förbereda kroppen inför förlossningen

Vid behov kan recept på FaR (Fysisk aktivitet på Recept) utfärdas vilket innebär att barnmorskans samtal kan kompletteras med en skriftlig ordination. Uppföljning är viktigt för följsamheten, vid behov överväg kontakt med fysioterapeut.

Fysisk aktivitet under normal graviditet är i de flesta fall ofarligt för den gravida och fostret och innebär ingen ökad risk för avvikande graviditets- eller förlossningsutfall. Valet av aktivitet ska dock göras så att det innebär en minimal risk för fall och fosterskada. Vissa aktiviteter bör undvikas under graviditet. Det gäller sådana aktiviteter som kan innebära fysiskt våld mot den gravida magen så som boxning och vissa lagsporter. Även dykning ska undvikas.

## 4 Amning

Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar helamning i sex månader och därefter delamning upp till två års ålder eller längre.

### Amningens hälsofördelar för barnet och den ammande

Bröstmjolk är optimalt sammansatt för det nyfödda barnets behov och ger all näring barnet behöver upp till sex månaders ålder. Amning minskar barnets risk att drabbas av olika typer av infektioner; gastroenterit, luftvägsinfektion och öroninflammation. Amning minskar risken för plötslig spädbarnsdöd. Barn som helammats har lägre risk att utveckla fetma och övervikt senare i livet jämfört med barn som aldrig ammats och barn som endast delammats. Bröstmjolkens sammansättning stimulerar den neurologiska utvecklingen på bästa sätt och barn som ammats har i upprepade studier visats presentera bättre på intelligenstest jämfört med barn som inte ammats. För kvinnan skyddar amning mot risken att utveckla bröst- och äggstockscancer. Kvinnor som ammat har lägre risk att drabbas av typ 2 diabetes.

## Att främja och stödja amning under graviditet och eftervård

Barnmorskan ska med fördel erbjuda amningsinformation redan tidigt i graviditeten. De blivande föräldrarnas inställning till och erfarenheter av amning utforskas samtidigt. Anpassa samtalet utifrån föräldrarnas behov. För att amning ska bli till en positiv upplevelse krävs kunskap, realistiska förväntningar på vad amning kan innebära och praktiska tips redan under graviditeten.

Samtal om amning under graviditet ska ske vid minst tre tillfällen och dokumenteras i MHV3. Information kan ges både individuellt och/eller i grupp.

- Vid inskrivningen diskuteras eventuell amningserfarenhet och inställning till amning. Ge information om amningens hälsofördelar.
- I mitten av graviditeten ges information om barnets förmåga och instinkt de första timmarna efter förlossningen (barnet 9 instinktiva stadier).
- I slutet av graviditeten diskuteras parets förväntningar, önskemål och tankar kring amning. Inställning till amning dokumenteras i sammanfattningen av graviditeten i MHV3.

## Information om amning

Information om vikten av hud-mot-hud de första timmarna efter förlossning är viktigt eftersom, hudkontakt minskar barnets stress i samband med födelsen och ökar barnets välbefinnande. Det minskar även risk för nerkylning och stabiliserar blodsockernivåerna. Hudkontakt har visats stimulera doftcentrum och hjälper barnet ta bröstet. Uppmuntra även partnern till hud-mot-hud-kontakt med barnet.

Rekommendation om tidig amning inom den första timmen ska ges. Informera om vikten av barnets sugteknik det vill säga betydelsen av att barnet har ett stort tag om bröstet och ammas i en gynnsam position.

Det är viktigt att ge information om vanliga amningsbesvär såsom mjölkstas, såriga bröstvårtor, tecken på mjölkstockning och misstanke om små mjölmängder. Informera om var hjälp och stöd finns att tillgå vid eventuella problem. Sår på bröstvårtorna i form av ytliga slitagesår och

irritation jämnt över bröstvårtan är vanligt den allra första tiden och informera om att det i de flesta fall går över av sig själv. Smärtupplevelser i samband med amning är varierande och individuella. Även om det inte ”ska” göra ont vid amning, upplever många ammande att det gör ont den första tiden när bröstvårtans ovana vävnad tänjs bak i barnets gomvalv. Många ammande önskar att de i förväg fått den informationen.

Stärk kvinnans tilltro till den egna förmågan att amma. Informera att tillmatning med bröstmjölksersättning kan störa amningens etablering. Att flaskmatning kan öka risken för amningsproblem och bröstkomplikationer bör lyftas.

Stöttning i amningen av en eventuell partner påverkar amningsutfall. Samtal om hur partnerstödet kan se ut konkret är av stor betydelse.

Information om Livsmedelsverkets hemsida med kostråd för ammande ska förmedlas. Läkemedel under amningsperioden ska under graviditeten värderas och kontrolleras på Janusinfo. Bruk av alkohol och tobak under amningsperioden ska efterfrågas och information ska ges vid behov.

## När extra stöd behövs

Svår smärta vid amning som inte känns markant bättre efter några minuters amning behöver fångas upp.

Kvinnor som upplevt en tidigare amning mycket besvärlig eller traumatisk kan inför en ny amning vara oroliga och ambivalenta. Om det finns möjlighet kan ett besök hos en amningsspecialist på amningsmottagning rekommenderas.

## 5 Fosterdiagnostik

Alla gravida ska erbjudas information om fosterdiagnostik i enlighet med Regionala riktlinjer för fosterdiagnostik i första trimestern. All fosterdiagnostik är frivillig. Erbjudande av information bör ske i ett tvåstegsförfarande. Det kan vara lämpligt att redan vid första kontakten med barnmorskemottagningen, vanligen då den gravida beställer tid till första barnmorskebesöket, informera om möjligheten till information om fosterdiagnostik samt att den är frivillig att ta emot.

Även information om möjligheten att läsa på om fosterdiagnostik kan ges vid denna kontakt (se tips om länkar i ovan nämnd riktlinje). Därefter ges med fördel, tid till eftertanke och om den gravida samt partnern önskar information, erhålls detta förslagsvis vid första inskrivningsbesöket (hälsosamtalet).

I Region Skåne erbjuds gravida, efter information av barnmorska och eventuellt läkare, ett första trimester-ultraljud med eller utan KUB-test (Kombinerat ultraljud och biokemiskt prov).

- Första-trimester-ultraljud (graviditetsvecka 11+5–13+6) innebär en bedömning av graviditetslängd, antal foster och eventuell chorionicitet samt anatomigranskning.
- KUB-test innebär en sannolikhetsbedömning för trisomi 21, 13 och 18.

Om KUB-test visar förhöjd sannolikhet för kromosomavvikelse hos fostret erbjuds vidare utredning med NIPT eller invasiv provtagning, enligt Regional riktlinje för fosterdiagnostik i första trimestern.

Barnmorskan på BMM skickar remiss för första-trimester-ultraljud med eller utan KUB-test, till kvinnoklinikens ultraljudsenhet alternativt till annan ackrediterad ultraljudsundersökande enhet.

Barnmorskan på BMM ansvarar för att den gravida ges möjlighet till blodprovstagning enligt lokala rutiner, inför eventuellt KUB-test. Blodprovet tas tidigast i vecka 9+4 och ska vara taget minst en vecka innan ultraljudsundersökningen.

Alla gravida erbjuds även ett ultraljud i andra trimestern, så kallat andra-trimestern-ultraljud i graviditetsvecka 18–20. Remiss skrivs av barnmorskan på BMM.

Vid behov av genetisk rådgivning, chorionvillibiopsi eller fostervattenprov på annan indikation skrivs remiss av läkare på BMM. I Regionala riktlinjer för fosterdiagnostik i första trimestern finns mer information (Se Referenser och länkar).

## 6 Våldsutsatthet

Våldsutsatthet under graviditet ökar risken för komplikationer för både mor och barn, samt för psykisk och fysisk ohälsa. Våldets konsekvenser för hälsan kan variera och visa sig på olika sätt såsom kronisk smärta, sömnproblem, ångest, depression eller bäckensmärter. För fostret ökar risken för tillväxthämning, låg födelsevikt och prematur födsel. Genom att rutinmässigt fråga om våld ökar möjligheten att upptäcka våldsutsatthet och därmed vårdens möjlighet att ge anpassat stöd.

Frågan om våldsutsatthet ska ställas under trygga och enskilda former i tidig graviditet. Frågan bör ställas muntligen då det ger möjlighet att ställa följdfrågor. För att fånga upp drabbade bör frågan upprepas förslagsvis omkring graviditetsvecka 28. Dokumentera i journalen enligt regionalt vårdprogram: Våld i nära relationer.

Våldsutsatta patienter ska tas om hand och vid behov hänvisas till stödinstans. Varje verksamhet ska ha en lokal rutin med kontaktuppgifter till kommun eller organisation som erbjuder stödinsatser.

Socialtjänsten kan informeras om enligt den regionala riktlinjen oro för väntat barn. Sekretessreglerna är något snävare för privata vårdgivare jämfört med offentliga.

När barn under 18 år misstänks vara utsatta för våld eller lever i en familj där det förekommer våld är all hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten enligt 14 kap 1§ socialtjänstlagen (2001: 453). Den 1 juli 2021 trädde lagen om barnfridsbrott i kraft, vilket innebär att det är straffbart att utsätta barn att bevittna våld i nära relation.

## 7 Graviditet och socioekonomisk utsatthet

Socioekonomiska faktorer så som utbildningslängd, födelseland, inkomst, socialt skyddsnet och bostadsområde spelar roll för vår hälsa och för förväntad livslängd. Socioekonomiska faktorer spelar roll för hälsan under graviditet och för förlossningsutfall. Perinatal död (dödföddhet eller död under första levnadsveckan) kan kopplas till moderns utbildningsnivå med minskad risk ju högre utbildning. Barn till asylsökande mödrar löper



signifikant högre risk att födas för tidigt, födas låta för tiden, få låg APGAR-poäng och avlida perinatalt.

Gravida födda i Afrika, söder om Sahara, har sämre förlossningsutfall i form av ökad risk för akut kejsarsnitt, perinatal död, låg APGAR-poäng och bristning i samband med förlossning.

Med målet att uppnå jämlik hälsa kan basprogrammet behöva individanpassas och vården tillgängliggöras på olika sätt. Barnmorskemottagningarna har därför en viktig uppgift när det gäller att nå ut med information om hälso- och sjukvårdens uppdrag under graviditet och att säkerställa att informationen når fram. Ibland behövs uppsökande verksamhet och tillgång till översatt material, material på lätt svenska och tolkade konsultationer.

## **Socioekonomiska faktorer som föranleder extra uppmärksamhet under graviditeten:**

- Kommunikationssvårigheter av kulturell eller språklig karaktär.
- Psykiskt eller fysiskt påfrestande arbetssituation.
- Hemlöshet.
- Låg utbildningsnivå.
- Ekonomisk utsatthet.
- Ensamstående eller bristande/svagt socialt nätverk.
- Minderårig alternativt unga blivande föräldrar.
- Missbruk.
- Pågående migrationsprocess.
- Närstående med allvarlig sjukdom.

## 8 Psykisk ohälsa

Att uppleva psykisk ohälsa under graviditet är vanligt, och är i stort sett lika vanligt bland gravida som bland kvinnor som inte är gravida. Psykisk ohälsa under graviditeten, både hos den gravida och eventuell medförälder, kan ha betydelse för både graviditet och förlossning. Det kan också innebära en hälsorisk för det kommande barnet med både kort- och långsiktiga konsekvenser. Den prenatala anknytningen samt föräldrarnas samspel med det nyfödda barnet kan störas av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Det är därför mycket viktigt att uppmärksamma psykisk ohälsa under graviditeten och erbjuda rätt stöd och behandling. Det är vanligt att blivande föräldrar är mer benägna att ta emot hjälp för psykisk ohälsa under graviditet och i nyföddhetsperioden jämfört med andra perioder i livet.

I basprogrammet ingår att uppmärksamma om de blivande föräldrarna visar tecken på psykisk ohälsa, vilket skiljer sig från de normala psykologiska förändringar som en graviditet innebär. Under inskrivningssamtalen ska barnmorskan öppna upp för samtal kring psykisk hälsa med den gravida och med eventuell medförälder. Detta görs genom en noggrann anamnes där symtom på psykisk ohälsa utforskas men även genom direkta frågor om hereditet eller anamnes på tidigare psykisk sjukdom. Som stöd se Regional riktlinje för psykisk ohälsa under graviditet.

Ställ öppna frågor och ge möjlighet att prata om ambivalens och osäkerhet. Fortsätt att uppmärksamma psykiskt mående under graviditetens gång. Det är särskilt viktigt hos de blivande föräldrar som har pågående psykisk ohälsa och/eller riskfaktorer för att drabbas av psykisk ohälsa i samband med graviditet och föräldrablivande.

Vid pågående psykisk ohälsa eller sjukdom som debuterat före graviditeten bör behandling i första hand ske hos ordinarie läkare på vårdcentral eller inom psykiatri. Blivande föräldrar med svårigheter, direkt kopplat till föräldrablivande bör erbjudas remiss till MBHV-psykolog för bedömning och stöd.

### Graviditetens psykologiska utvecklingsfaser

Under första trimestern är ambivalens inför graviditeten och det kommande föräldraskapet vanligt förekommande. Kvarvarande ambivalens i graviditeten kan signalera att den gravida och/eller medföräldern behöver extra stöd.

Under andra och tredje trimestern förbereder sig de flesta blivande föräldrar alltmer både praktiskt och mentalt för barnets ankomst och det kommande föräldraskapet. Utebliven förberedelse kan vara ett observandum, likaså om den blivande föräldern inte uttrycker någon nyfikenhet kring det kommande barnet.

Ett mer omfattande underlag för psykologisk och social bedömning i samband med graviditet finns som bilaga 1.

## 9 Förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan innebära allt från en lättare oro till förlossningsfobi med funktionssvikt hos den drabbade. De flesta blivande föräldrar upplever viss oro eller rädsla inför förlossningen. Ungefär fem procent av alla gravida har en behandlingskrävande förlossningsrädsla.

Vanliga teman för rädslan kan vara rädsla för smärta, kontrollförlust, dåligt utfall för barnet, den egna hälsan/kroppen eller att inte bli omhändertagen av personalen på förlossningsavdelningen.

Förlossningsrädslan kan klassificeras som primär förlossningsrädsla, vilket innebär att den uppstår innan kvinnan föder sitt första barn, eller som sekundär förlossningsrädsla vilken uppkommit efter en traumatisk förlossningsupplevelse.

Redan vid inskrivningsbesöket ska barnmorskan fråga den gravida och eventuell medförälder hur de känner inför graviditet och förlossning. Så snart en blivande förälder uttrycker förlossningsrädsla eller om den gravida önskar kejsarsnitt, bör rädslan föranleda utökat samtalsstöd och skattning av graden av förlossningsrädsla. Graden av förlossningsrädsla mäts med hjälp av en VAS-skala (Visuell analog skala). Höga värden från sex och uppåt bör föranleda tidig remiss till team som arbetar med förlossningsrädsla på Kvinnokliniken.

I Regional riktlinje för förlossningsrädsla finns mer information kring hur barnmorskan ska uppmärksamma, handlägga samt hänvisa vidare.

## 10 Föräldraskapsstöd: förlossnings- och föräldraförberedelse

Föräldraskapsstöd är en del av mödrahälsovårdens hälsofrämjande arbete och en viktig utgångspunkt i stödet är att stärka föräldrars tilltro till sin egen föräldraförmåga. Målsättningen med mödrahälsovårdens föräldraskapsstöd är att främja barns hälsa och utveckling och att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet, samt underlätta förberedelse inför förlossningen.

Den nationella strategin för ett stärkt föräldraskapsstöd genomsyras av tre utgångspunkter: *barnets rättigheter, jämställdhet och ett jämställt föräldraskap* samt *jämlikhet i hälsa*. Kunskap om barnets rättigheter, hälsa och utveckling är viktig för att kunna tillgodose barnets behov.

Relationen mellan förälder och barn påverkas också av hur föräldrarnas relation till varandra fungerar. Allvarliga konflikter mellan föräldrar riskerar att påverka barns hälsa och utveckling negativt. Hur föräldrar kommunicerar med varandra och löser konflikter har därför stor betydelse för föräldraskapet, oavsett om föräldrarna lever tillsammans eller isär. Ett socialt nätverk ökar tillgången till stöd och främjar därigenom familjens hälsa.

Föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården ges på olika sätt. De olika arbetssätten kompletterar och överlappar i viss mån varandra så att den form som bäst svarar mot enskilda föräldrars och barns behov kan tillgodoses. Exempel på form kan vara:

- Fortlöpande enskilda möten med föräldrar.
- Föräldragrupper; generella och riktade.
- Samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter.

Föräldraskapsstöd ska erbjudas alla blivande föräldrar och utformas med hänsyn till olika former av familjebildning liksom olika kulturella och socioekonomiska förutsättningar. Det är viktigt att föräldraskapsstödet riktar sig till både till den gravida och till den blivande pappan/medföräldern. Informera alla föräldrar om att 1177.se ger tillgång till ett webbaserat föräldraskapsstöd både vad gäller förlossnings- och föräldraförberedelse.

Studier visar att föräldrar efterfrågar information och förberedelse som underlättar för dem att skapa en realistisk bild av vad som väntar i samband med förlossning och det tidiga föräldraskapet. De önskar även hjälp med att utveckla strategier för att hantera eventuella utmaningar.

Blivande föräldrar kan vara mer mottagliga för information och förberedelse som rör föräldraskap och tiden efter förlossning i ett tidigare skede under graviditeten för att bli mer fokuserade på förlossningen i den senare delen av graviditeten. Av den anledningen kan det vara en fördel att inte följa en kronologisk ordning i förberedelsen, det vill säga att i stället börja med föräldraförberedelse och avsluta med förlossningsförberedelse. Föräldragrupper kan med fördel starta i graviditetsvecka 25 - 28.

Arbetet med föräldraskapsstöd bör utgå från ett förhållningssätt som uppmuntrar till reflekterande samtal och som skapar möjlighet att knyta nya kontakter. Föräldrarnas egna resurser ska lyftas fram och de bör stimuleras till reflektion utifrån sina egna livssituationer. Lämna utrymme till föräldrarnas egna frågor och reflektioner. Förstagångsföräldrar kan ha svårt att veta vilken information de behöver för att förbereda sig, därför har barnmorskan ett ansvar att lyfta frågor och ämnen av relevans för föräldrarna att reflektera kring i sin förberedelse.

Se bilaga 2 Teman för föräldraskapsstöd, i grupp eller individuellt, på barnmorskemottagningen.

Handledning i arbetet med föräldraskapsstöd finns att tillgå av MBHV-psykologer.

## **Föräldraskapsstöd utifrån jämställt föräldraskap**

Att främja jämställt föräldraskap, det vill säga främja alla föräldrars delaktighet, engagemang och ansvarstagande för sitt barn, är mödra- och barnhälsovårdens uppdrag. Det finns omfattande kunskap om att barnet och föräldrarnas hälsa påverkas positivt av jämställdhet i familjen och av att alla föräldrar är engagerade i barnet. Jämställdhet handlar om män och kvinnors lika rättigheter till makt, inflytande och förmåga att påverka sina egna liv.

”Jämställt föräldraskap – för barnets bästa” är ett metodmaterial som har utarbetats inom mödra- och barnhälsovården i Region Skåne där en kan få kunskap om och verktyg för att främja ett engagerat och jämställt föräldraskap.

## 11 Syssetsättning och graviditet

Graviditet kan leda till funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Vissa typer av arbeten leder oftare till sjukskrivning än andra i samband med graviditet. Hit räknas framför allt fysiskt krävande arbeten; arbete i hemtjänst, förskola, lokalvård, restaurang och industriarbetare. Med riskfyllt arbete avses arbetsuppgifter eller miljöer där medarbetaren kommer i kontakt med skadliga ämnen som kan skada den gravida eller barnet.

Ge information om det försäkringssystem som finns samt om den gravidas egenansvar och arbetsgivarens ansvar. Mer information finns på Försäkringskassans webbplats.

## 12 Hälsobesök under graviditet

### Graviditetstest

De som önskar ska erbjudas graviditetstest på BMM. Resultatet av testet ges av barnmorska för att möjliggöra samtidig rådgivning avseende fullföljande eller avbrytande av graviditeten samt för att erbjuda preventivmedelsrådgivning.

### Första kontakten vid graviditet

Ta upp anamnes i form av hälsotillstånd och sjukdomar av särskild betydelse. Allmän screening för sköldkörtelsjukdom ska göras under graviditeten och denna ska göras så tidigt som möjligt, då tidig behandling är viktig för fosterutvecklingen. Erbjud hälsosamtal senast två veckor efter första kontakt. Erbjud och uppmuntra en eventuell partner att delta vid besöket eftersom även medförälderns hälsa och levnadsvanor är av stor betydelse.

Ge råd kring illamående, läkemedel, tobak, alkohol och droger. Efterfråga hereditet för genetiska sjukdomar med tanke på fosterdiagnostisk undersökning.

Ge kostråd och hänvisa till livsmedelsverkets webbsida samt till 1177.se.

Om kvinnan ringer sent i graviditeten, erbjud information om fosterdiagnostik.

Bedöm behovet av tolk och informera om möjligheten att använda tolk vid behov. Dokumentera vilket språk som avses.

## Inskrivningssamtal

Inskrivningssamtalet delas med fördel upp i två samtal.

### Del 1 – Hälsosamtal

Hälsosamtalet sker helst i graviditetsvecka 4–8. Samtalet handlar övervägande om levnadsvanor. Samtala med den gravida och eventuell partner om livsstil enligt modellen ABCD samt om kost och fysisk aktivitet. Fråga även om våld i nära relation om möjlighet finns.

Alla gravida ska erbjudas information om fosterdiagnostik. Efterfråga hereditet för diabetes och trombos.

### Provtagning

Senast på hälsosamtalet ska samtliga gravida erbjudas följande prov:

- TSH

### Del 2 – Inskrivningssamtal fortsättning

Samtalet bör ske senast i graviditetsvecka 12 (11+6), förutsatt att den gravida tagit kontakt senast graviditetsvecka 10. Börja med att följa upp hälsosamtalet.

#### Gå igenom tillsammans med den gravida:

- **Anamnes.** Tidigare och nuvarande sjukdomar, eventuella genomgångna operationer inklusive fetmakirurgi, aktuella läkemedel, naturläkemedel och hereditet för relevanta sjukdomar.
- **Obstetrisk anamnes.** Tidigare erfarenheter av graviditet, förlossning, amning och spädbarnstid. Fråga om aktuell inställning till amning och dokumentera denna.
- **Psykosociala situation.** Efterfråga psykisk ohälsa eller sjukdom nu eller tidigare. Hur ser familjesituationen och det sociala nätverket ut? Har den gravida genomgått påfrestande livshändelser eller påtaglig stress? Finns en socioekonomisk utsatthet eller annan social riskfaktor? Fråga om våldsutsatthet i enrum om detta inte redan är

gjort vid hälsosamtalet. Fråga den gravida och eventuell partner hur de känner inför graviditet och förlossning.

## **Provtagning**

Ge information om vilka undersökningar och provtagningar som ingår i basprogrammet. Om den gravida avstår från någon provtagning ska detta dokumenteras och den gravida ska informeras om hur detta hanteras. Alla gravida ska erbjudas följande prov:

- Antikroppar mot Syfilis, HIV, Hepatit B och Rubella.
- Provtagning för pågående klamydia- och gonokockinfektion.
- Blodgruppering.
- Immuniseringsprov och prov för fetal RhD screening (efter graviditetsvecka 10).
- Hb och ferritin.
- Urinsticka för proteinuri.



## Riktad provtagning på riskgrupper:

| Provtagning:   | Vid inskrivning på:  |
|--|--|
| Hepatit C  | Riskgrupper enligt InfPreg: anamnes på tidigare eller aktuellt intravenöst missbruk, erhållna blodprodukter före 1992 eller enligt kvinnans eget önskemål.<br><br>Överväg testning av gravida vars partner har intravenöst missbruk eller har hepatit C samt härkomst från endemiska områden med prevalens >2 %. |
| TBC/Quantiferon  | Riskgrupper enligt regional riktlinje för tuberkulosscreening under graviditet   |
| Glukosbelastning/OGTT i graviditetsvecka 12                            | Erbjud följande riskgrupper: Tidigare graviditetsdiabetes, BMI > 35, fött barn med födelsevikt > 4500 g, hereditet för diabetes typ 1 eller 2  |
| Remiss till specialistvård för glukosprofilering i graviditetsvecka 12 | Gravid <1 år efter genomgången viktminskningskirurgi   |
| Urinodling   | Diabetes, njursjukdom eller ≥ 3 UVI i anamnesen  |

## Gynekologisk undersökning

Gynekologisk undersökning inklusive bedömning av knipförmåga kan erbjudas, vilket är särskilt viktigt om den gravida aldrig har genomgått en gynekologisk undersökning tidigare. Cellprov tas enligt screeningprogrammet vid behov. Cellprovsremissen ska märkas med att patienten är gravid vilket ger förtur i bedömningen av provet. Provet kan tas oavsett graviditetsvecka.

## Blodtryck

Digital blodtrycksmätare kan användas om den gravida är frisk och graviditeten är normal. Mätaren ska vara kalibrerad och validerad för graviditet. Blodtryck tas sittande, med fötterna i golvet, armar vilande i knät eller på armstöd under tystnad. Blodtrycksmanschetten ska passa för höger

överarm. Storlek noteras i journalen. Vid avvikande värde ska manuell manschett användas.

## BMI

Mät längd och vikt och beräkna BMI. Gravida med inskrivnings BMI > 30 ska i samband med inskrivning informeras om vilka medicinska risker detta medför. Uppmärksamma även undervikt.

## Vaccinationsinformation

Ge individualiserad information om de vaccinationer som rekommenderas enligt Folkhälsomyndigheten för gravida. Vid graviditet rekommenderas vaccination mot kikhosta, influensa och covid-19 för både den egna och för barnets skull.

## Graviditetsregistret

Dokumentera inskrivning i Graviditetsregistret.

# 13 Individuell riskbedömning och vårdplanering

Efter inskrivning görs en bedömning om graviditeten ska handläggas enligt basprogram eller om en individuell planering ska göras. Barnmorskan gör denna bedömning och tar hjälp av ansvarig läkare vid behov. Frikostig samverkan med läkare uppmuntras. Dokumentera i MHV 1 om basprogram gäller alternativt individuell planering enligt beskrivning i MHV 3.

## Gravida som ska bedömas av läkare på BMM

Läkarbedömningen kan innebära sittrond och journalgenomgång tillsammans med barnmorska och/eller ett läkarbesök. Följande anamnestiska uppgifter föranleder läkarbedömning:

- Känd eller nyupptäckt tyreoidesjukdom utan aktuell vårdkontakt.
- Regelbunden medicinering med relevans för graviditeten.
- Rökning med svårighet att sluta eller trappa ner.

- Fetma (BMI>35) eller undervikt (BMI <18.5).
- Behov av utvidgad information om fosterdiagnostik.
- Behov av trombosprofylax enligt riskskattning.
- Psykosocial utsatthet eller risk, våldsanamnes.
- Tidigare uteruskirurgi, vulvakirurgi eller bäckenbottenskada/kirurgi.
- Tidigare graviditet med missbildning.
- Könstymning – bedömning av grad och planering av åtgärd.
- Funktionsvariation som kan påverka föräldraförmågan. Vid funktionsvariation som inger tveksamhet kring förlossnings sätt, remiss till Specialistmottagning.

Vilka vårdprogram som är tillämpbara i den individuella vårdplaneringen avgörs i samverkan mellan barnmorska och läkare. Medicinska diagnoser ska registreras i samtliga fall där läkare medverkat i den individuella vårdplaneringen eller där läkare haft direkt patientkontakt.

## **Gravida som ska remitteras till Specialistmottagning för gravida**

Följande anamnestiska uppgifter föranleder remiss till specialistmottagning:

- Kroniska sjukdomstillstånd: kardiovaskulär sjukdom, njursjukdom, endokrin sjukdom, psykisk sjukdom (psykossjukdom, bipolär sjukdom, recidiverande depression, postpartum psykos, psykisk sjukdom med polyfarmaci), neurologisk sjukdom, hematologisk sjukdom, autoimmun sjukdom eller inflammatorisk tarmsjukdom. Kontrollera om aktuell vårdkontakt finns och ange detta på remissen.
- Missbruk av alkohol och/eller droger/läkemedel.
- Tidigare komplicerad obstetrisk anamnes (sent missfall, IUGR, SGA, IUFD, prematurbörd, preeklampsi, immunisering, ablatio eller annan placentakomplikation, neonatal komplikation, perinatal död, tidigare fött barn med förlossningsskada eller allvarlig perinatal psykisk ohälsa).
- Äldre förstföderska (>40 års ålder).

- Äggdonation.
- Habituell abort i anamnesen (fler än tre på varandra följande verifierade missfall).
- Två eller fler tidigare kejsarsnitt.
- Efter fetmakirurgi med nutritionsproblem eller vid graviditet inom 1 år efter operation.

## Riskbedömning inför förlossningen

När den gravida kommer till förlossningsavdelningen för att föda eller läggs in för andra symtom kommer hon att riskbedömas och därefter klassificeras som grön, gul eller röd. Färgbeteckningen ger indikation på vem som ansvarar för patienten och hur hennes vård ska handläggas, enligt Regional riktlinje för riskbedömning under sen graviditet.

Vissa potentiella risker vid förlossning kommer barnmorskan på BMM att ha identifierat redan vid inskrivning. Detta kan tydliggöras med dokumentation i journalens notatruta:

- Allvarlig sjukdom: ex. preeklampsi, hjärtfel, diabetes, epilepsi, psykisk sjukdom.
- Fetma (BMI >30).
- Förlossningsrädsla.
- Relevant obstetrisk anamnes: ex. perinatalt dött barn, skulderdystoci, tidigare postpartumblödning, tidigare sectio.

I notatrutan ska också finnas uppgifter om:

- Behov av GBS-profylax.
- Behov av trombosprofylax.
- Om riskpoäng för svår Covid-19 infektion föreligger.
- Tolkbehov.

OBS! Sträva efter att endast ha relevant och aktuell information i notatrutan.

## Hälsobesök under andra och tredje trimestern

### Återkommande undersökningar enligt basprogrammet:

- **Fosterljud** avlyssnas med trätt eller Doptone från graviditetsvecka 18. Dokumenteras i MHV 2.
- **Blodtryck och proteinuri.** Dokumenteras i MHV 2.
- **Fostertillväxt.**
  - Symfys-fundus mätning från graviditetsvecka 24. Dokumenteras i MHV 2.
  - Palpatorisk uppskattning av fosterstorlek från graviditetsvecka 32. Dokumenteras i MHV 3.
- Samtal om fosterrörelser från graviditetsvecka 24. Dokumenteras i MHV 3.

### Besök graviditetsvecka 16–20

Behov ska styra antal besök under graviditet. Erbjud extra besök vid högt BMI, rökning, nikotinbruk, psykosocial utsatthet, tidig förlossningsrädsla eller andra tillstånd som kräver ställningstagande till särskilda insatser.

### Besök graviditetsvecka 24–25

- Information om fosterrörelser. Stärk den gravida att lära känna barnets rörelsemönster.
- Följ upp de ultraljudsundersökningar som gjorts och eventuella avvikelser.
- Erbjud föräldraskapsstöd individuellt eller i grupp.
- Erbjud amningsinformation.
- Informera om föräldradidighet. Utfärda moderskapsintyg.
- Ge ut blodgruppering.

- Informera om immuniseringsprov och Rh-profylax.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning.

*Provtagningar:* Hb, U-protein, immuniseringsprov för RhD negativa

## **Besök graviditetsvecka 28–29**

- Samtal om fosterrörelser.
- OGTT erbjuds alla gravida (anamnes på viktminskningskirurgi erbjuds glukosprofilering).
- Informera om resultat av immuniseringsprov och ge Rh-profylax när indicerat.
- Fråga om hot och våld, i enrum.
- Erbjud fortsatt förlossningsstöd.
- Följ upp och dokumentera vaccinationsstatus enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer i MHV2.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning. OGTT.

*Provtagningar:* vikt, U-protein, f-glukos, samt två timmarsvärde glukos.

## **Besök graviditetsvecka 31–32**

- Samtal om fosterrörelser.
- Följ upp bruk av alkohol och tobak. Vid fortsatt rökning i v 32 ska kvinnan remitteras för ett extra tillväxtultraljud.
- Informera om bäckenbottenmuskulatur och knipövningar.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning. Eventuellt tillväxtultraljud.

*Provtagningar:* U-protein.

## Besök graviditetsvecka 33–34

- Samtal om fosterrörelser.
- Informera om BCG-vaccination, ge informationsblad.
- Informera om val av BVC.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning.

*Provtagningar:* U-protein.

## Besök graviditetsvecka 35–36

- Fosterläge palperas. Om annan föregående fosterdel än huvud tas kontakt med förlossningsavdelning.
- I vecka 35–36 görs, i samråd med den gravida, en sammanfattning av graviditeten i en särskild anteckning i MHV 3. Sammanfattningen ska innehålla information om aktuell graviditet, tidigare förlossningsupplevelser, aktuell inställning till amning och önskemål om kommande förlossning. Anteckningen ska även innehålla information om vaccinationsstatus och aktuell läkemedelsbehandling, val av BVC och eventuella ordinationer inför förlossningen eller postpartumtiden, till exempel GBS-profylax och trombosprofylax.
- Boka tid till eftervårdsbesöket.

Kontrollera att särskilt viktig aktuell information till förlossningen, inklusive trombosprofylax, GBS-profylax, Rh-profylax och eventuella riskfaktorer står i notatrutan och rensa notatrutan från inaktuell information.

*Undersökningar:* Fosterljud, Blodtryck, SF-mätning, palpation föregående fosterdel.

*Provtagningar:* U-protein, Hb.

## Besök graviditetsvecka 37–38

- Samtal om fosterrörelser.
- Fosterläge palperas.
- Information ges vid behov om rubellavaccination på vårdcentral postpartum.
- Påbörja rådgivande samtal om antikonception postpartum. Om en långtidsverkande metod är aktuell kan detta förberedas innan partus så att metoden kan påbörjas vid eftervårdsbesöket, eller på BB-avdelning.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning, palpation föregående fosterdel.

*Provtagningar:* U-protein, vikt.

## Besök graviditetsvecka 39–40

- Samtal om fosterrörelser.
- Fosterläge palperas.
- Ge muntlig och skriftlig information om handläggning i graviditetsvecka 41. Förse kvinnan med kontaktuppgifter till aktuell förlossningsklinik alternativt boka tid enligt lokal rutin.

*Undersökningar:* fosterljud, blodtryck, SF-mätning, palpation föregående fosterdel.

*Provtagningar:* U-protein.

## Besök graviditetsvecka 41

- Gravida som inte fött sitt barn i graviditetsvecka 41+0 ska erbjudas undersökning och bedömning på den förlossningsenhet hon väljer i perioden 41+0 – 41+2.
- Samtal om fosterrörelser.



- Fosterläge palperas.

*Undersökningar:* Induktionsbedömning på kvinnoklinik. På BMM fosterljud, blodtryck, SF-mätning, palpation föregående fosterdel.

*Provtagningar:* U-protein.

## **Graviditetsvecka 42+0**

Kvinnan bör vara förlöst eller i värkarbete senast graviditetsvecka 42+0.

## **14 Eftervård**

Eftervårdsbesök utförs med fördel av den barnmorska personen träffat på BMM under graviditeten. Besöket syftar till att följa upp den födandes samt medföräldrarnas upplevelser av graviditet, förlossning och första tiden efter förlossning samt konstatera eventuella behov inför en eventuell framtida graviditet. Barnmorskan ska även erbjuda preventivmedelsrådgivning och främja goda levnadsvanor.

Eftervården kan delas upp på flera besök och patientens behov ska styra besökens innehåll.

Den tidiga telefonkontakten alternativt digital kontakt, ska ske inom 14 dagar efter förlossningen och syftar till att fånga upp eventuella fysiska och/eller psykiska symtom. Första eftervårdsbesöket bör sedan ske 6–8 veckor postpartum, men kan dröja upp till 16 veckor efter förlossning.

## **Innehåll i tidig telefon/digital kontakt efter förlossningen**

Uppmärksamma kvinnans psykiska och fysiska mående. Undersök samtidigt relationen och känslorna för barnet.

Följ upp förlossningsupplevelsen vid behov. Observera att allt för detaljerad genomgång av förlossningen så nära inpå partus kan trigga PTSD.

Följ upp den första tidens amning och identifiera behov av stöd. Efterfråga hur kontakten med barnhälsovården fungerar.

Planera för fortsatta eftervårdsbesök.

## Innehåll i eftervårdsbesök

### Uppföljning av förlossning

Gör en gemensam genomgång av journalen, med fördel tillsammans med medföräldern. Svara på eventuella frågor.

Samtala om förlossningsupplevelse, identifiera fysiska komplikationer och eventuella negativa upplevelser. Återkoppla vid behov till förlossningsavdelningen för information eller om postpartumsamtal med förlösande barnmorska efterfrågas.

### Uppföljning av hälsa under och efter graviditet

Hypertoni/preeklampsi, graviditetsdiabetes, hepatos, graviditetsrelaterad hypotyreos, psykisk ohälsa eller sjukdom, annan maternell sjukdom, läkemedelsanvändning, icke normaliserade prover, obstetriska faktorer med betydelse för en eventuell framtida graviditet följs upp. Se respektive Riktlinje för specifik uppföljning. Följ upp eventuellt behov av rubellavaccination och hänvisa till vårdcentral.

Efterfråga självskattad hälsa under graviditet och tiden efter förlossning. Samtala om upplevelse av att bli förälder och första tiden efter förlossning.

### Uppföljning av amning

Pågår amning helt eller delvis? Avser både amning vid fyra veckors ålder och tidpunkten för besöket. Amningsupplevelse? Eventuella komplikationer? Behov av stödinsats?

### Uppföljning av levnadsvanor

Viktuppgång under graviditet. Stöd till viktnedgång över tid. Livsmedelsverkets rekommendation om återgång till pregravid vikt inom ett år efter förlossningen. Behov av dietist? Uppmuntra till fortsatt hälsosamma matvanor. Aktuell fysisk aktivitet. Allmän information om träning

postpartum relaterat till förlossningssätt och andra eventuella komplikationer så som infektion, blödning, smärttillstånd, bröstproblem och urininkontinens.

Tobak, alkohol, droger. Det är vanligt att återgå till sina tobaks- och nikotinvanor cirka ett år efter förlossningen, erbjud stöd för att om möjligt undvika detta.

## **Status och provtagning**

Vikt och beräkna aktuellt BMI. Blodtryck. Hb kontrolleras om <100 vid utskrivning, eventuellt andra riktade prover (tyreoidea, hepato – leverfunktion). Bedömning av psykiskt mående.

Gynekologisk undersökning med läkningskontroll av eventuell bristning. Bäckebottenbedömning inklusive knipförmåga. Eventuellt cellprov enligt screeningprogrammet. Buk: inspektion av sårsläkning efter eventuellt sectio. Informera om bäckenbottenträning.

## **Erbjud råd kring familjeplanering**

Relation och aktuellt samliv. Preventivmedelsrådgivning, förskrivning och eventuell applicering.

## **Graviditetsregistret**

Dokumentera uppföljning i graviditetsregistret.

## 15 Dokumentinformation

|                                  | Namn  | Position   | E-postadress   |
|----------------------------------|---|--|--|
| Huvudansvarig                    | Karin Hallstedt<br>Helén Simonsson          | Mödrahälsovårds-<br>överläkare<br>Samordnings-<br>barnmorska | <a href="mailto:Helen.Simonsson@skane.se">Helen.Simonsson@skane.se</a>   |
| Fastställt av                    | Pia Lundbom                                 | Hälso- och<br>sjukvårdsdirektör                              | <a href="mailto:Pia.Lundbom@skane.se">Pia.Lundbom@skane.se</a>           |
| Sakkunniggrupp                   | LPO Kvinnosjuk-<br>domar och<br>förlossning |  |  |
| Kontaktperson<br>Koncernkontoret | Anna Kjellbom                               | Medicinsk rådgivare  | <a href="mailto:Anna.Kjellbom@skane.se">Anna.Kjellbom@skane.se</a>       |
| Administrativ<br>kontaktperson   | Elisabeth Daulin                            | Publicerare  | <a href="mailto:Elisabeth.Daulin@skane.se">Elisabeth.Daulin@skane.se</a> |

### Giltighet

|                        | Giltigt från<br>och med | Giltigt till och med | Ansvarig/huvudförfattare                                   |
|------------------------|-------------------------|----------------------|--|
| Ursprunglig<br>version | 2021-03-01              | 2023-03-01           | Karin Hallstedt<br>Helén Simonsson                         |
| Revidering             | 2023-01-01              | 2025-12-31           | Anna Kjellbom<br>Monica Prieto Arnfelt<br>Pernilla Wargéus |
| Revidering             | 2023-09-13              | 2026-09-13           | Anna Kjellbom<br>Helena Strevens<br>Marie Sandrup          |

### Revidering

En uppdatering har gjorts av avsnittet gällande cigaretter, tobak och nikotin. Detta med anledning av det uppdaterade kunskapsläget. Ett förtydligande har även lagts till när det gäller tillväxtultraljud vid fortsatt rökning i vecka 31–32. Dessa kvinnor ska erbjudas tillväxtultraljud i vecka 32, i enlighet med gränssnittet.

## 16 Referenser och länkar

1177 Vårdguiden: [1177.se/Skane](https://www.1177.se/Skane)

**AUDIT frågeformulär om alkoholvanor (Region Skåne):**

[Audit Frågeformulär om alkoholvanor.pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

**Fysisk aktivitet på recept FaR (Region Skåne):**

[Fysisk aktivitet på recept - Region Skåne \(skane.se\)](#)

**FYSS: [Rekommendationer om fysisk aktivitet vid graviditet.pdf \(fyss.se\)](#)**

**Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Hälsoval Skåne 2023 (Region Skåne):**

[Förfrågningsunderlag och Avtal för BMM 2023.pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

**Försäkringskassan Väntar barn: [Väntar barn \(forsakringskassan.se\)](#)**

**Graviditet och amning (Arbetsmiljöverket):**

[Hälsa och säkerhet/Graviditet och amning \(av.se\)](#)

**Graviditetsregistret: [Graviditetsregistret \(medscinet.com/gr/\)](#)**

**Gränssnitt mellan Bas- och specialistmödrahjälsövård (Region Skåne):**

[Vårdriktlinjer Kvinnosjukdomar och förlossning - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

**Hållbar Livsstil: Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning (Barnmorskeförbundet):**

[Hållbar Livsstil: Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning.pdf \(barnmorskeforbundet.se\)](#)

**InfPreg – Kunskapscentrum för infektioner under graviditet:**

[Startsida \(medscinet.se/infpreg\)](#)

**Janusinfo Region Stockholm:**

[Janusinfo - Region Stockholm \(janusinfo.se\)](#)

**Jämställt föräldraskap – Metodmaterial (Vårdgivare Skåne):**

[Jämställt föräldraskap – Metodmaterial - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

**LIV gravid (Livsmedelsverket):**

[Matvanor, hälsa och miljö - Kostråd gravida \(livsmedelsverket.se\)](#)

**LIV ammande (Livsmedelsverket):**

[Matvanor, hälsa och miljö - Kostråd ammande \(livsmedelsverket.se\)](#)

**Medicinska födelseregistret (Socialstyrelsen):**

[Medicinska födelseregistret \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/medicinska-fodelseregistret)

**Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor-prevention och behandling:**

[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling.pdf \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/nationellt-vardprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf)

Pålsson, P., Persson, EK., Ekelin, M., Hallström, IK., Kvist, LJ. (2017). First-time fathers' experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood period. *Midwifery*, 50: 86–92.

Regan, A., Bombard J., O'Hegarty, M., Smith, R., Tong, V., Adverse Birth Outcomes Associated with Prepregnancy and Prenatal Electronic Cigarette Use. *Obstet Gynecol* 2021 Jul 1;138(1):85–94)

**Regional riktlinje Fosterdiagnostik i första trimestern (Region Skåne):**

[Regional riktlinje Fosterdiagnostik i första trimestern.pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://skane.se/regionalt-vardprogram-mot-vald-i-nara-relationer-och-hedersrelaterat-vald-och-fortryck.pdf)

**Regional riktlinje Övervikt och fetma vid graviditet (Region Skåne):**

[Regionala riktlinjer inom mödrahälsovården för övervikt och fetma under graviditet.pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://skane.se/regionala-riktlinjer-inom-modrahalsovarden-for-overvikt-och-fetma-under-graviditet.pdf)

**Regionalt vårdprogram Våld i nära relationer (Region Skåne):**

[Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://skane.se/regionalt-vardprogram-mot-vald-i-nara-relationer-och-hedersrelaterat-vald-och-fortryck.pdf)

**SFOG (2016) Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa, rapport nr 76:** [Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa.pdf \(sfoq.se\)](https://sfoq.se/modrahalsovard-sexuell-och-reproduktiv-halsa.pdf)

**Sluta röka-linjen:** [Sluta-röka-linjen \(slutarokalinjen.se\)](https://slutarokalinjen.se)

**Sluta röka-linjen (2022) faktabroschyr: Om vattenpipa:**

[Sluta-röka-linjen - Om vattenpipa.pdf \(slutarokalinjen.se\)](https://slutarokalinjen.se/sluta-roka-linjen-om-vattenpipa.pdf)

**Socialdepartementet (2018) En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd:**

[En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.pdf \(mfof.se\)](https://mfof.se/en-nationell-strategi-for-ett-starkt-foraldraskapsstod.pdf)

**Socialstyrelsens rapport (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor:**

[Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.pdf \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjer-for-prevention-och-behandling-vid-ohalsosamma-levnadsvanor.pdf)

**Socialstyrelsens rapport (2020) Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020:**

[Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Socialstyrelsens rapport (2016) Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning:**

[Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Socialstyrelsens rapport (2018)\_Dödfödda barn – En inventering och förslag på åtgärder:** [Dödfödda barn.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Socialstyrelsen (2014) Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – En vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal:**

[Minska risken för plötslig spädbarnsdöd.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Socialstyrelsen (2014). Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – Sex råd till dig som förälder:**

[Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – Sex råd till dig som förälder.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

**Tobaksfakta, oberoende tankesmedja (2012). Passiv rökning under graviditet stör nervsystemets utveckling hos barnet:**

[Passiv rökning under graviditet stör nervsystemets utveckling hos barnet \(tobaksfakta.se\)](#)

**Tobaksfakta, oberoende tankesmedja (2023). Snusande ökar risken för plötslig spädbarnsdöd:**

[Snusande ökar risken för plötslig spädbarnsdöd \(tobaksfakta.se\)](#)

**Tobaksprevention (Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård):**

[Tobaksprevention \(hfsnatverket.se\)](#)

**Vårdriktlinjer levnadsvanor (Region Skåne):**

[Vårdriktlinjer levnadsvanor - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

## Bilaga 1 Underlag för psykologisk och social bedömning under och efter graviditet

| Första trimestern – fusionsfas   |  |  |
|--|--|--|
| Uppmärksamma   | Förväntat beteende   | Observandum  |
| Reaktion på graviditeten. Tidigare erfarenheter. Integrera fostrets som en del av sig själv. | Ambivalens.  | Oönskad graviditet. Ihållande olöst ambivalens. Tidigare negativ erfarenhet av sexualitet, graviditet eller förlossning. Konfliktfylld känsla inför att vara gravid. Idealiserar graviditeten. |
| Fysiska och känslomässiga reaktioner på förändringar relaterade till graviditeten. Livsstil. | Humörsvängningar. Inåtvändhet. Osäkerhet inför förändringar.   | Inga reaktioner. Påtaglig oro el olust inför förändringar. Lever riskfyllt, röker, dricker använder droger. Äter dåligt, ätstörning.   |
| Tidigare och nuvarande psykisk hälsa. Se särskilt avsnitt.                                   |  |  |
| Social och ekonomisk situation.  |  | Arbetslöshet, påfrestande arbete. Problem med bostad. Ekonomiska problem.  |
| Erfarenhet av migration och flykt.   |  | Isolering. Språksvårigheter.   |
| Relation till och stödet från partner.   | Ökat krav på uppmärksamhet och omsorg.   | Problem i relation till partnern.  |
| Stöd av andra.   | Stöttande omgivning.   | Bristande socialt stöd och nätverk.  |
| Börjar knyta an till att vara gravid.  | Känner efter tecken o symtom på graviditet. Begynnande förändring av självbild, börjar se sig som mamma. | Inga reaktioner, tydlig olust inför graviditeten.  |
| Drömmar och fantasier.   | Kan erfara ovanliga och annorlunda drömmar och fantasier om sig själv och andra.                         | Mardrömmar och kvarstående obehag efter uppvaknandet.  |
| Delar graviditeten med andra.  | Berättar för någon.  | Påtaglig olust eller oro för att berätta.  |



## Andra trimestern – differentieringsfas

| Uppmärksamma  | Förväntat beteende   | Observandum  |
|---|--|--|
| Reaktioner på ultraljud.<br>Reaktioner på fosterrörelser. | Bekräftar graviditet.<br>Börjar fantisera om det väntade barnet.   | Kvarvarande ambivalens.<br>Känner fosterrörelser sent eller inte alls.<br>Inga fantasier om barnet.<br>Reagerar med oro/olust på kroppsliga förändringar och fosterrörelser. |
| Dialog med barnet.  | Lyssnar och pratar med barnet.<br>Börjar fundera över barnets utveckling.  | Olust inför det väntade barnet.<br>Ovilja att prata om det väntade barnet.   |
| Parrelationen.  | Kvinnan söker skydd och omsorg.<br>Börjar fundera över partners/den blivande pappans roll. Samförstånd kring samliv, sexualitet, föräldraskap. | Problem och konflikter i relationen. Psykisk kränkning, hot och våld.  |
| Relationen till de egna föräldrarna.                      | Relationen får en annan roll.  | Problem och konflikter till de egna föräldrarna.   |
| Tankar inför föräldraskapet.                              | Börjar se sig själv som förälder.  | Stark oro, anspänning och ängslan inför föräldraskap.<br>Stor skillnad i tankar och ansvar hos den gravida och partner.  |
| Börjar boa.   | Konkreta planer för barnets ankomst.   | Ingen planering.<br>Inga ord/smeknamn på barnet.   |

## Tredje trimestern – separationsfas

| Uppmärksamma                               | Förväntat beteende  | Observandum   |
|--|---|---|
| Reaktioner och tankar inför förlossningen. | Oro och osäkerhet.<br>Förberedelser inför förlossningen.<br>Söker kunskap, längtar.<br>Nyfiken på barnet. | Stark oro.<br>Påtaglig rädsla och oro inför förlossningen.<br>Inga tankar eller nyfikenhet på barnet. |
| Förberedelser för barnet.                  | Planerar för barnet.  | Inga förberedelser för barnet.  |
| Planer för familjen postpartum.            | Har förberett för barnet.   | Stor osäkerhet och bristande stöd.<br>Ingen planering eller förberedelse.                             |
| Psykisk hälsa.                             |   | Nedstämdhet. Depression.<br>Ängest  |

## Postpartumperioden 0 – 12 veckor

| Uppmärksamma   | Förväntat beteende   | Observandum   |
|--|--|---|
| Förlossningsupplevelsen.   |  | Traumatisk upplevelse.<br>Tecken på PTSD.   |
| Parrelation.<br>Föräldrarelationen.  |  | Svårigheter i relationen.<br>Bristande kommunikation och samarbete i föräldraskapet.  |
| Relationer och känslor för barnet.   | Har knutit an till barnet och har en positiv relation.<br>Osäkerhet.       | Brister i samspelet.<br>Problem i relationen till barnet.   |
| Barnet.<br>Amning.<br>Problem.   | Börjar lära känna varandra.  | Problem i omvårdnaden av barnet, ex skrikighet, stark oro eller amningsproblem.<br>Dåligt fungerande samspel.                           |
| Den nyförlösta och partnern:<br>egen hälsa, sömn, mat, relationen, samliv, arbetsfördelning och upplevt stöd. Syskon i familjen. | Osäkerhet.<br>Annorlunda sömn.<br>Förändrad relation och förändrat samliv. | Nedstämdhet.<br>Depressiva symtom/depression.<br>Sömnbrist. Problem och konflikter i relationen.<br>Stress.<br>Upplever bristande stöd. |
| Socialt nätverk – familj, släkt, vänner.   | Tillfredsställande nätverk.  | Bristande stöd.<br>Ensamhet.  |

## Bilaga 2 Teman för föräldraskapsstöd

| Teman för föräldraskapsstöd, i grupp eller individuellt, på barnmorskemottagningen |   |
|--|---|
| <b>Föräldraskap</b>  | Den nya familjen, känslomässig omställning, egna förebilder, föräldraledighet, jämställt föräldraskap.  |
| <b>Parrelation</b>   | Att vårda och utveckla relationen, tid för varandra, konflikthantering, sex, preventivmedel, balans arbete och familj.  |
| <b>Amning och uppfödning</b>   | Bröstens anatomi och fysiologi, amningens fördelar för den ammande och barnet, hud mot hud, amning under barnets första dagar, vanliga amningsproblem, smärta och amning, amning under barnets första levnadsår, att inte vilja eller kunna amma, bröstmjölksersättning.  |
| <b>Det väntade och nyfödda barnet</b>  | Barnet i magen, egna inre bilder av det väntade barnet, det nyfödda barnets kompetens och behov, anknytning, förebyggande råd skakvåld mot spädbarn, förebyggande råd plötslig spädbarnsdöd. Barnsäkerhet. Barnkonventionen.  |
| <b>Förlossning</b>   | Förlossningsstart, normal förlossning, smärta och smärthantering, andning och avslappning, smärtlindring – medicinsk och icke-medicinsk, induktion, komplicerad förlossning. Komplikationer hos den födande och barnet, prematuritet. BB-tiden. Bristningar och fysisk återhämtning efter förlossningen, bäckenbottenträning. |
| <b>Praktisk information</b>  | Kvinnoklinik – förlossning och BB, BVC, MBHV-psykologer. Eftervårdsbesök på barnmorskemottagningen. Information om vart föräldrarna kan vända sig för mer information eller stöd.   |