



INTRESSEGRUPPEN FÖR MÖDRAHÄLSOVÅRD INOM SFOG



SAMORDNINGSBARNMORSKORNA INOM SBF

i samarbete med

MÖDRABARNHÄLSOVÅRDSPSYKOLOGERNAS FÖRENING

Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa

Rapport nr 76

Publicerad 2008, uppdaterad webbversion 2016

Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG
Samordningsbarnmorskorna inom SBF
i samarbete med Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård

Nr 59

Publicerad 2008, uppdaterad som webbversion 2016

Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa

Författare, uppdaterad webbversion:

Anna Berglund	Överläkare, med. dr, enhetschef, Nationellt centrum för kvinnofrid
Anna Bäckström	M
Anna Glantz	M
Anna-Carin Johansson	S
Ann-Christin Alm	Kommunikatör, Region Östergötland
Ann-Christine Hertzog	S
Anne-Charlotte Jonsson	S
Annica Axner Olofsson	S
Annika Gustavsson	S
Barbro Landström	S
Birgitta Nystedt	S
Birgitta Segeblad	M
Bodil Knutsson	S
Caroline Lilliecreutz	M
Catharina Zätterström	S
Elisabeth Bekric	S
Elisabeth Storck Lindholm	M
Hanne Fjellvång	S
Helena Fadl	M
Helen Ingvarsson	S
Ingrid Haglund	S
Inger Nordenhem	P

Jan Brynhildsen	Överläkare, docent
Joy Ellis	M
Kathe Wedin	S
Katja Hagström	Yrkes- och miljö- hygieniker, fil. dr
Kerstin Johannesson	P
Kristin Svensson	Barnmorska, specialist amning, med. dr
Lena Axén	S
Lena Brissman	S
Nicme Ilia	S
Pia Collberg	M
Susanne Åhlund	Barnmorska, doktorand
Susanne Österberg	S
Ylva-Li Linddahl	S
Yvonne Skogsdal	S
Åke Berggren	M
Åsa Råsbrink	S

Redaktionsgrupp:

Helena Fadl	Överläkare, med. dr, tidigare M
Åsa Råsbrink	S
Ingrid Haglund	S
Joy Ellis	M

M: Mödrahälsovårdsöverläkare, S: Samordningsbarnmorska; P: Psykolog för mödra- och barnhälsovård

Redaktör: ARGUS Ove Axelsson, Uppsala universitet, Uppsala
Layout: Moniqa Frisell
Tryck: Elanders AB

Deklaration av potentiella jäv, intressekonflikter och andra bindningar

Anna Berglund	Inga jäv	Joy Ellis	Inga jäv
Anna Bäckström	Inga jäv	Kathe Wedin	Inga jäv
Anna Glantz	Inga jäv	Katja Hagström	Inga jäv
Anna-Carin Johansson	Inga jäv	Kerstin Johannesson	Inga jäv
Anne-Charlotte Jonsson	Inga jäv	Kristin Svensson	Inga jäv
Ann-Christin Alm	Inga jäv	Lena Axén	Inga jäv
Ann-Christine Hertzog	Inga jäv	Lena Brissman	Inga jäv
Annika Gustavsson	Inga jäv	Nicme Ilia	Inga jäv
Annica Axner Olofsson	Inga jäv	Pia Collberg	Inga jäv
Barbro Landström	Inga jäv	Susanne Åhlund	Inga jäv
Birgitta Nystedt	Inga jäv	Susanne Österberg	Inga jäv
Birgitta Segebladh	Inga jäv	Ylva-Li Lindahl	Inga jäv
Bodil Knutsson	Inga jäv	Yvonne Skogsdal	Inga jäv
Caroline Lilliecreutz	Inga jäv	Åke Berggren	Inga jäv
Catharina Zätterström	Inga jäv	Åsa Råsbrink	Inga jäv
Elisabeth Bakric	Inga jäv		
Elisabeth Storck Lindholm	Inga jäv		
Hanne Fjellvång	Inga jäv		
Helena Fadl	Inga jäv		
Helen Ingvarsson	Inga jäv		
Ingrid Haglund	Inga jäv		
Inger Nordenhem	Inga jäv		
Jan Brynhildsen	Kursledare/föreläsare vid antikonceptionskurs, arvoderad av MSD; Föreläsare, arvoderad av Actavis; Deltagit fram till vintern 2015 i Medical Advisory Board, Bayer; Vetenskapligt råd, TLV; Klinisk prövning LCS12, Bayer (arvode till kliniken); Klinisk prövning Estetra, PRAhealthsciences (arvode till kliniken); Klinisk prövning, MSD (arvode till kliniken); Deltagit i studie sponsrad av MSD, manus skrivet av oberoende forskare)		

Innehåll

Förkortningar.....	4
Inledning	5
Mödrahälsovårdens utveckling och uppdrag.....	6
Mödrahälsovårdens organisation, struktur och kvalitetsuppföljning	12
Mödrahälsovårdens folkhälsoarbete	21
Mödrahälsovårdens arbete med levnadsvanor	28
Våld mot kvinnor och våld i nära relationer	39
Medicinska basprogrammet och eftervård	42
Läkemedel under graviditet och amning.....	58
Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom under graviditet och puerperium.....	60
Föräldrastöd.....	70
Amning.....	76
Gynekologisk cellprovskontroll	81
Antikonception och STI-prevention.....	85
Utåtriktat arbete inom mödrahälsovården	88
Kommunikation	90
Appendices:	
Appendix 1. Bemanning inom MHV.....	93
Appendix 2. Psykologiskt basprogram	97
Appendix 3. Bäckebottenträning.....	101
Appendix 4. Symfys-fundusmätning	102
Appendix 5. Information till gravida om kemikalier i vår vardag	103

Förkortningar

ABU	Asymtomatisk bakteriuri	NIPD	Non-invasiv prenatal diagnostik
ADD	Attention Deficit Disorder	NKCx	Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	OGTT	Oral glucose tolerance test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	PTSD	Post-traumatic stress disorder
BHV	Barnhälsovård	RUL	Rutinultraljud
BMI	Body mass index	Samba	Verksamhetsutvecklare/samordningsbarnmorska
BMM	Barnmorskemottagningar	SGA	Small for gestational age
BVC	Barnavårdscentral	SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Brå	Brottsförebyggande rådet	Spec-MHV	Specialistmödrahälsovård
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale	SSRI	Selective serotonin receptor inhibitors
FaR	Fysisk aktivitet på recept	STI	Sexuellt överförbar infektion
FASD	Fetal alcohol spectrum disorders	TB	Tuberkulos
FYSS	Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling	TLFB	Timeline Followback
GBS	Grupp B streptokocker	TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
GCK	Gynekologisk cellprovskontroll	TRAK	Tyreoideareceptorantikroppar
GDM	Gestationsdiabetes	UM	Ungdomsmottagning
HPV	Humant papillomvirus	VAS	Visuell analog skala
IOM	Institute of Medicine	WHO	World Health Organization
IUFD	Intrauterin fosterdöd		
IUGR	Intrauterin tillväxthämning		
KUB	Kombinerat ultraljud och blodprov		
KVAST	Kvalitets- och standardiseringskommittén		
LGA	Large for gestational age		
MFR	Medicinska Födelseregistret		
MHV	Mödrahälsovård		
MHV-psykolog	Psykolog i mödrahälsovården		
Mhöl	Mödrahälsovårdsöverläkare		
MI	Motiverande samtal		
MRB	Multiresistenta bakterier		
MRSA	Meticillinresistenta staphylococcus aureus		
NACx	Nationell arbetsgrupp för cervixcancerprevention		

Förord

ARG-rapport nummer 59 publicerades år 2008. Det var första gången som en ARG-rapport skrevs i samverkan med Svenska Barnmorskeförbundet och Mödra- och Barnhälsovårdspsykologernas förening. Denna uppdaterade version publiceras nu enbart på nätet.

Sverige tillhör sedan länge de länder i världen med lägst maternell och perinatal morbiditet och mortalitet. Vi riskerar att ta detta för givet, framför allt om vi saknar insikt om orsakerna. Mödrahälsovård (MHV), med tydliga uppdrag inom sexuell och reproduktiv hälsa samt folkhälsa, riskerar att hamna i skymundan bland annat därför att den också kan tas för givet. Gravida kvinnor i Sverige söker så gott som alltid upp en barnmorskemottagning (BMM), vilket talar för att MHV har hög trovärdighet och upplevs som relevant av befolkningen. MHV är navet i cervixcancerpreventionen i Sverige. Barnmorskan är den viktigaste aktören när det gäller att förebygga oönskad graviditet. MHV i Sverige är billig och kostnadseffektiv då den bygger på principen lägsta effektiva omhändertagandenivå. Det finns BMM i hela Sverige och verksamheten har historiskt baserats på områdesansvar.

Hälsovård under graviditet är en lågteknologisk och oglamorös verksamhet, som bygger på patientnära analyser, såsom provtagning av hemoglobin och plasmaglukos, samt enkla

verktyg, såsom blodtrycksmanschett och måttband. Ändå är det just på BMM som några av de allra mest akuta tillstånden, till exempel svår preeklampsi, upptäcks. Under graviditet är många kvinnor och deras partners öppna för förändringar i levnadsvanor, vilket ger MHV en unik möjlighet att bidra till förbättrad folkhälsa.

Det är viktigt att värna om MHV, som således är en av de främsta aktörerna inom sexuell och reproduktiv hälsa samt folkhälsa. Skillnader mellan landsting (ett begrepp som i detta dokument även kan avse regioner), trender och infall inom politiken och bristande insikt om orsaken till den goda maternella och perinatale hälsan påverkar MHV:s resurser och möjligheter. Att gravida, nyförlösta och nyfödda barn även fortsättningsvis får jämlik vård av hög standard är av högsta vikt.

Sedan den ursprungliga rapporten publicerades år 2008 har en del viktiga styrdokument, ARG-rapporter och nationella vårdprogram utkommit. I texten hänvisas till dessa, så att läsaren ständigt har tillgång till den senast uppdaterade versionen.

Liksom redaktionsgruppen 2008, hoppas vi att dokumentet är till hjälp och stöd i det dagliga arbetet och kan utgöra en grund för beställning och organisation av MHV i Sverige.

1. Mödrahälsovårdens utveckling och uppdrag

Mödrahälsovårdens (MHV:s) övergripande mål är god sexuell och reproduktiv hälsa för hela befolkningen.

God sexuell och reproduktiv hälsa beskrivs av WHO som:

- Möjligheter till ett tillfredställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdom
- Förmåga till fortplantning
- Frihet att planera sitt barnafödande
- Tillgång till effektiva och acceptabla metoder för familjeplanering
- Tillgång till god hälso- och sjukvård så att kvinnor kan genomgå graviditet och förlossning i trygghet, och så att föräldrar ges bästa möjlighet att få friska barn

Reproduktiv hälsa innebär att människor ska ha möjlighet till ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert samliv och att de ska kunna välja när och hur ofta de vill få barn. Den sexuella hälsan främjas genom kunskap om sexualitet och fortplantning, respekt för individens integritet samt frånvaro av sexuellt överförbara infektioner, könsstympning, våld, tvång och oönskade graviditeter.

MHV spelar en central roll för kvinnors och familjers hälsa genom rådgivning och insatser inom sexuell och reproduktiv hälsa. MHV:s uppdrag är att genom hälsofrämjande och förebyggande insatser och identifiering av risker för ohälsa bidra till god sexuell och reproduktiv hälsa. I uppdraget ingår även att minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och spädbarnstid.

Mödrahälsovård i ett globalt perspektiv

Komplikationer under graviditet, barnafödande och abort är fortfarande bland de vanligaste orsakerna till död, sjukdom och funktionshinder bland kvinnor i låginkomstländer. I ett historiskt och internationellt perspektiv sker förbättring genom att stärka kvinnors reproduktiva rättigheter, förbättra hygien, förebygga infektioner och tidigt upptäcka avvikelser som kan innebära fara för mor och barn. Det finns ett starkt samband mellan hög mödradödlighet och kvinnors fattigdom och brist på rättigheter.

Mödradödlighet

För att minska mödradödligheten ska MHV, förlossningsvård och eftervård ges av utbildade barnmorskor som arbetar i en fungerande vårdkedja. I många länder är standarden på förlossningsvården låg, transporter saknas och kvinnor väljer att föda hemma. Att studera mödradödlighet i låginkomstländer är svårt. Mödradödligheten i låginkomstländer har generellt orsaker som skulle kunna undvikas. Situationen i västvärlden är annorlunda men även här kan mödradödligheten minskas. I Sverige, bland de länder med lägst mödradödlighet, är trombos, preeklampsi och blödning bland de viktigaste dödsorsakerna.

Barnadödlighet

I Västeuropa är spädbarnsdödligheten låg. Prematurförlossningar och missbildningar är vanliga orsaker till neonatal död men i länder

med begränsade resurser drabbar de perinatala dödsfallen i tre av fyra fall fullgångna, välskapta, normalviktiga barn. Dödsorsakerna är huvudsakligen infektioner och förlossningskomplikationer.

Mödrahälsovård i Sverige

Den svenska MHV är, med sin sammanhållna verksamhet och barnmorskans centrala roll, unik i världen. MHV arbetar med följande verksamhetsområden:

- Hälsovård i samband med graviditet
- Stöd i föräldraskap och föräldragrupper med förlossnings- och föräldraförberedelse
- Familjeplanering på individnivå
- Gynekologisk cellprovskontroll för att förebygga cervixcancer
- Utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och STI på grupp- och samhällsnivå
- Folkhälsoarbete och samtal om levnadsvanor

Den svenska befolkningen har goda levnadsvillkor och globalt sett god hälsa och god tillgång till hälso- och sjukvård. Inom vissa områden har folkhälsan försämrats på grund av förändringar i levnadssättet. Det främjande och preventiva arbetet måste fortlöpa utvärderas och anpassas efter ny kunskap och nya samhällsstrukturer.

Mödrahälsovårdens utveckling i Sverige

Med England som förebild byggdes den svenska MHV upp under 1930-talet. Från och med 1938 blev vården genom statsbidrag kostnadsfri för kvinnorna och därefter gick utbyggnaden fort. Tidigt betonades de sociala aspekterna för att det nyfödda barnet skulle få det så bra som möjligt. I "förvården" ingick till en början två besök, ett hos barnmorska i början av graviditeten och ett hos läkare mot slutet. Dessutom mättes äggvita i urinen åtta - tio gånger. Ett hembesök av barnmorska rekommenderades. Det var viktigt att veta om några extra insatser behövdes på grund av bristande

hygien eller sociala problem. Utbildning i hygien och skötseln av det nyfödda barnet ingick. Till en början var barnmorskans roll att vara doktorn behjälplig.

Normalinstruktion för den förebyggande mödra- och barnhälsovården, med detaljerade instruktioner och betydligt flera kontroller, kom 1955. Innehållet i barnmorskekontrollerna specificerades, vilket höjde barnmorskans status. Man vägde kvinnorna, testade urinen för äggvita och socker, mätte blodtryck och blodvärde. MHV:s finansiering blev 1967 landstingens ansvar.

I Normalreglementet från 1969 tillkom blodgruppering med bestämning av Rh-faktorn och möjlighet till serologi för syfilis och gonorréprov vid misstanke om smitta. Cellprov, skärmbild och urinprov för uteslutande av bakterier och rubellaserologi rekommenderades. Först på 1970-talet började man systematiskt intressera sig för fostrets hälsa med mätningar av livmoderns tillväxt.

Inför införandet av lagen om fri abort 1975 byggdes preventivmedelsrådgivningen ut i början av 1970-talet. Primärvårdsbarnmorskorna utbildades och fick forskrivningsrätt för preventivmedel. Tankar om omvårdnad och psykosocialt synsätt lanserades samtidigt och man började förstå vikten av kontinuitet. Barnmorskans roll kom att bli central både i stödet till den gravida kvinnan och som rådgivare inom reproduktiv hälsa (1).

Cellprov från cervix och vagina, beskrivet av Papanicolau i slutet av 1940-talet och infört i Sverige under 1950-talet, var en förutsättning för arbetet med att förebygga cervixcancer. Under 1960-talet började man ta cellprov som rutin vid gynekologisk undersökning och 1967 kom Medicinalstyrelsens ursprungliga rekommendationer om att alla kvinnor mellan 30 och 49 år skulle erbjudas cellprov vart fjärde år. Efter kompletterande utbildning övertog barnmorskorna provtagningen från läkarna. Under 1970-talet anslöt sig alla sjukvårdsområden till rekommendationerna från Socialstyrelsen (2). Sedan den organiserade cellprovtagningen infördes i Sverige har incidensen av cervixcancer sjunkit till mindre än

hälften och mortaliteten har sjunkit på grund av tidigare upptäckt och behandling.

Enligt den statliga utredningen av sjukvården inför 1980-talet (HS -80) skulle MHV tillhöra primärvården (3). Huvudmålet var inte bara medicinskt utan man skulle också minska skadlig påfrestning på föräldrar och barn samt aktivera män och kvinnor i deras föräldraskap. Innehåll och arbetsmetoder skulle individualiseras utifrån familjernas behov. Hälsouppläsning med utåtriktat arbete betraktades som en speciell verksamhet. I Socialstyrelsens utredning *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården* från 1981 tydliggjordes att det var barnmorskan som hade ansvaret för övervakning av den normala graviditeten och att hon skulle konsultera läkaren vid avvikelser.

Det finns rekommendationer och övergripande författningar som berör och reglerar MHV:s verksamhet, men nationella styrdokument för den svenska MHV saknas. Varje landsting har utarbetat lokalt anpassade program och riktlinjer. Arbetsgruppen för Mödrahälsovård inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi publicerade i början av 90-talet rekommendationer för hälsovård under graviditet. Denna arbetsgruppsrapport (ARG-rapport 21, 1991) (4) var vägledande tills en ny utredning kom om reproduktiv hälsa, *Hälsovård före, under och efter graviditet* (SoS-rapport 1996:6) (5).

Hälsovård före, under och efter graviditet beskrev landstingens ansvar för hälsovård under graviditet, föräldrautbildning och förlossningsförberedelse, preventivmedelsrådgivning samt förebyggande av oönskade graviditeter och STI. Riktlinjer för gynekologisk cellprovskontroll (GCK) utfärdades av Socialstyrelsen 1998 (6).

2008 publicerades *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa* (ARG-rapport 59, Blå Boken) med nya riktlinjer för MHV (7). Mödrahälsovårdsöverläkare (mhölar), verksamhetsutvecklare/samordningsbarnmorskor (sambor) och psykologer för mödra- och barnhälsovård (MHV-psykologer) deltog i arbetet

med dokumentet, som gavs ut av yrkesföreningarna i samverkan.

I april 2014 publicerades *"Kunskapsstöd för mödrahälsovården"* av Socialstyrelsen, med avsikten att stärka användandet av evidensbaserad praktik och bidra till en likvärdig MHV över landet (8).

Mottagningarna där graviditetskontrollerna utfördes kallades ursprungligen mödravårdscentraler (MVC). Då verksamheten även omfattar annan sexuell och reproduktiv hälsovård och då den övervägande delen av arbetsuppgifterna utförs av barnmorskor, kallas de idag oftast barnmorskemottagningar (BMM).

BMM kan vara organiserade inom offentligt eller privat driven primärvård, antingen som en del av en vårdcentral eller som fristående enhet, inom länssjukvårdens kvinnokliniker eller som fristående privata mottagningar. En aktuell primärvårdsmodell, vårdval, förekommer inom MHV i delar av landet. Nya vårdgivare kan etablera sig fritt om de uppfyller de kvalitetsmål som definierats inom ett visst landsting. Om det leder till en uppsplittrad organisation, kan det försämra möjligheterna till samverkan kring blivande föräldrar och barn i behov av stöd, vilket strider mot målsättningen att genom tidiga interventioner och bred samverkan optimera insatserna för dessa familjer.

Den svenska modellen med alla verksamhetsgrenar samlade är aldrig utvärderad vetenskapligt. MHV är organiserad så att den är lättillgänglig och håller god kontinuitet. Den höga anslutningen till MHV talar för att verksamheten har relevans för målgruppen och accepteras av de allra flesta. Den blir billig och kostnadseffektiv då den bygger på principen lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Innehåll, styrning och ramar för mödrahälsovården

Hälsovård i samband med graviditet

För hälsovård under graviditet finns inom varje landsting detaljerade besöksprogram som

grundar sig på aktuella nationella rekommendationer. Medicinska basprogrammet och övriga vårdprogram utarbetas av mhöl och samba i samverkan med kvinnosjukvården. Den gravida kvinnan ska ha möjlighet att komma till BMM med kort varsel vid oroande symtom eller andra problem. Barnmorskan gör den första bedömningen och hänvisar vid behov kvinnan vidare. Det psykosociala eller psykologiska basprogrammet syftar till att följa den psykologiska omställningen, stödja familjens anpassning till den nya situationen och identifiera eventuellt behov av stöd. Konsultation, oftast med psykolog eller socionom, är en förutsättning för detta arbete.

Vid medicinska komplikationer under graviditeten krävs obstetrisk sakkunskap. Specialistmödrahälsovård (spec-MHV) bedrivs oftast av kvinnokliniken i området. Om obstetriker arbetar på BMM kan en del bedömningar ske där. Graviditetshälsovård ingår i en vårdkedja med förlossningsenheter, BB och barnhälsovården (BHV), där nära samverkan mellan aktörerna är väsentlig. Vid komplicerande sjukdom, psykosocial problematik eller andra komplikationer samverkar BMM även med andra aktörer, bland annat inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Föräldrastöd

Målsättningen för föräldrastödet inom MHV är att främja barns hälsa och utveckling genom att uppmärksamma och stärka föräldraskapsutvecklingen och föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet. Det sker genom:

- fortlöpande enskilda möten med föräldrar
- föräldragrupper (generella och riktade)
- samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter

De tre arbetssätten kompletterar varandra och är delvis överlappande och syftar till att alla föräldrar ska få del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot den enskilda familjens behov.

Förebyggande av oönskad graviditet och sexuellt överförbara infektioner

Enligt Socialstyrelsens SOSFS 1996:21 ska det finnas lokala instruktioner för preventivmedelsrådgivning utarbetade av ansvarig läkare (9). Läkemedelsverkets rekommendationer om metod- och preparatval för antikonception (10) ligger till grund för dessa lokala instruktioner.

Smittskyddslagen reglerar landstingens ansvar och smittskyddsöverläkarens funktion och ansvar för prevention av STI. Några tvingande instruktioner om hur verksamheten ska organiseras finns inte.

Landstingen har valt olika modeller för prevention av oönskade graviditeter och STI. För ungdomar finns ofta ungdomsmottagningar (UM), som ibland tillhör MHV organisatoriskt. Målgruppen är unga från tidiga tonåren, med en övre åldersgräns som varierar till mellan 20 och 25 års ålder. Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar rekommenderar att barnmorska, läkare, kurator och/eller psykolog tillhör teamet på UM. Läkarkompetensen är oftast gynekolog eller allmänläkare men andra specialister förekommer (venereolog och/eller barnläkare). Där UM saknas avsätts ofta särskild tid för ungdomar på BMM.

I vårdkedjan för att förebygga oönskade graviditeter står MHV för den övervägande delen av rådgivning och förskrivning av preventivmedel. En del kvinnor gör graviditetstest på BMM och vänder sig även dit för ett första samtal vid en oönskad graviditet.

BMM erbjuder vanligen testning för klamydia och andra STI vid preventivmedelsrådgivning och graviditet och sköter ibland även smittspårningen. I STI-vårdkedjan tar oftast MHV ett större ansvar för kvinnor än för män, som istället kan vända sig till vårdcentral, venereologmottagning eller sex- och samlevnads-mottagning. Rutiner för smittspårning kan se olika ut men måste vara tydliga. Samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan är en förutsättning för ett tryggt och säkert omhändertagande.

Utåtriktat arbete

Förebyggande folkhälsoarbete avseende levnadsvanor samt sexuell och reproduktiv hälsa har idag en central plats inom MHV:s alla verksamhetsgrenar. Arbetet bör ta fasta på att stärka individens självkänsla och identitet och att lyfta fram en positiv syn på sexualitet. Det förebyggande arbetet bör betona det friska och det positiva utan att bortse ifrån hälsoriskerna.

Förebyggande av cervixcancer

Den nationella cancerstrategin medförde bildandet av sex Regionala cancercentrum (RCC). Dessa har i samverkan tillsatt en Nationell arbetsgrupp för cervixcancerprevention (NACx), med uppdrag att utveckla och kvalitetssäkra verksamheten samt verka för att vård på lika villkor ska erbjudas inom hela landet (11). Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention (NKCx) utger årliga rapporter om verksamhetens resultat.

Provtagning inom Gynekologisk hälsokontroll (GCK) utförs som regel på BMM. Kvinnor med cellförändringar omhändertas enligt vårdprogram. En effektiv vårdkedja förutsätter ett nära samarbete mellan alla involverade aktörer. Landstingets styrgrupp för cervixcancerprevention har till uppgift att samordna och följa upp kvaliteten samt återföra kunskap till provtagare och landstingsledning.

Rutinundersökningar och screening inom mödrhälsovården

Många rutinundersökningar inom MHV sker i form av screening. Screening innebär att en hel population undersöks med syftet att identifiera individer med en speciell sjukdom eller som löper risk att utveckla sjukdom. WHO har specificerat kriterier för att en screening ska vara effektivt och etiskt försvarbart och Socialstyrelsen har även tagit ställning till screening inom hälso- och sjukvården (8). Följande kriterier gäller:

- Screeningen ska gälla ett viktigt hälsoproblem.

- Tillståndet ska ha en symtomfri fas som går att upptäcka.
- Screeningmetoden ska vara enkel och riskfri för patienten.
- Screeningmetoden ska vara diagnostiskt säker och kostnadseffektiv.
- Effektiv behandling, som ger bättre utfall vid tidig insättning, måste finnas tillgänglig.

Folkhälsoarbete

Svensk MHV möter kvinnor från tonåren till 60 års ålder, och oftast deras partners i samband med graviditet. Kontinuiteten och tillgängligheten är god. Besöken är till övervägande del avgiftsfria, vilket bidrar till att nästan alla kvinnor ansluter sig till MHV för rådgivning gällande sexuell hälsa. Här finns möjlighet att avläsa hälsotillståndet hos kvinnor och familjer samt upptäcka riskfaktorer för ohälsa. MHV, BHV och UM är viktiga resurser i folkhälsoarbetet.

FAKTARUTA

Mödrhälsovårdens utveckling och uppdrag

Mödrhälsovårdens verksamhetsområden

- Hälsovård i samband med graviditet
- Stöd i föräldraskap och föräldragrupper
- Familjeplanering
- GCK för att förebygga cervixcancer
- Utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och STI
- Hälsoinformation och samtal om levnadsvanor

Referenser

1. Berglund A. Hundra år av mödrahälsovård. I: Lindberg B, ed. Svensk kvinnosjukvård under ett sekel, 1904-2004. Uppsala: Almqvist och Wiksell tryckeri AB; 2004. p. 95-108.
2. Strander B. Hur cancer i livmodern blev en ovanlig sjukdom. I: Lindberg B, ed. Svensk kvinnosjukvård under ett sekel, 1904-2004. Uppsala: Almqvist och Wiksell tryckeri AB; 2004. p. 181-5.
3. Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram. Stockholm: Socialstyrelsen; 1979;4.
4. Lindmark G, Åberg A, Svanberg B. Hälsoövervakning vid normal graviditet. Stockholm: Arbets- och referensgruppen för mödrahälsovård, SFOG; 1991.
5. Hälsovård före under och efter graviditet, SoS-rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996;7.
6. Gynekologisk cellprovskontroll - Förslag till screeningprogram. SoS-rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998;15.
7. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. ARG-rapport nr 59. Stockholm: SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet, Mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening; 2008.
8. Kunskapsstöd för mödrahälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikel-nr: 2014-2-2. ISBN: 978-91-7555-142-5.
9. Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21). Socialstyrelsen; 1996.
10. Antikonception - behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket; 2014. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf
11. Nationell arbetsgrupp för prevention mot livmoderhalscancer. <http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/arbetsgrupp/>

2. Mödrahälsovårdens organisation, struktur och kvalitetsuppföljning

Organisation

MHV i Sverige är organiserad på olika sätt. Oavsett organisationsform och huvudman är det viktigt att invånarna erbjuds jämlik medicinsk och psykosocial vård av hög kvalitet. Detta innebär bland annat vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, god samverkan i vårdkedjorna MHV-obstetrik och MHV-BHV samt fullvärdigt föräldrastöd (se Kapitel 9). Vårdens kvalitet måste säkras och följas upp (se nedan i detta avsnitt).

Inom primärvård

På vårdcentralen blir BMM en integrerad del av primärvårdens totala utbud. Kvinnan kan fortsätta kontakten med den allmänläkare som har kunskap om hennes hälsa och livssituation. Samverkan kan ibland underlättas ytterligare om MHV är samlokaliserad med BHV, den öppna förskolan och den förebyggande socialtjänsten i en så kallad familjecentral.

Om MHV är organiserad inom primärvården kan det innebära att den som har störst obstetrisk kunskap inte har tillräckligt inflytande över innehållet i vården. Det medicinska ledningsansvaret bör därför tydliggöras med särskilda avtal.

Inom länssjukvård

Om MHV organiseras inom länssjukvård, inom eller i nära anslutning till kvinnosjukvården, kan man förvänta sig sakkunnig medicinsk ledning, god tillgång till obstetrisk och gynekologisk kompetens och närhet till högspecialiserad vård. Att arbeta med både MHV

och sluten obstetrisk vård ökar kompetensen hos MHV-personalen och bidrar till samsyn i vårdkedjan. Organisationsformen kan innebära samordningsvinster.

Den specialiserade vården saknar å andra sidan ofta kompetens när det gäller förebyggande hälsoarbete och ser inte heller detta som sitt uppdrag. Det finns risk för att man drar ner på sådant arbete i konkurrensen om resurserna och för att tjänsteutrymmet för barnmorskorna i MHV betraktas som en möjlighet att öka klinikens flexibilitet.

Privata vårdgivare

Andelen privata vårdgivare har ökat under senare år. Nästan alla dessa vårdgivare är offentligt finansierade och många ansluter sig till landstingens aktuella vårdprogram. Åtagandet vad gäller de olika verksamhetsgrenarna varierar. Vissa inriktar sig enbart på hälsovård under graviditet med förlossningsförberedelse. Tydliga vårdavtal säkerställer att utbudet inom MHV blir lika för alla gravida och deras familjer oavsett huvudman.

Barnmorskemottagningens storlek

De flesta BMM i Sverige hade 2013 färre än 200 inskrivna gravida, vilket innebär i genomsnitt en bemanning med en-tre barnmorskor per BMM. Barnmorskor på BMM med få inskrivna riskerar att få begränsad erfarenhet av ovanliga komplikationer. Den sammanlagda kompetensen blir oftast högre hos ett arbetslag med flera barnmorskor. En liten mottagning är mer sårbar, till exempel vid sjukfrånvaro. Detta måste vägas mot de positiva

effekterna av lokal förankring och geografisk närhet. Önskvärt är att mottagningen har tillräckligt underlag för minst två barnmorskor i glesbygd och tre i områden med hög befolkningstäthet.

Organisationen bör stödja samverkan där ensamarbete inte kan undvikas. Om det är möjligt geografiskt kan till exempel satellitmottagningar organiseras genom att en barnmorska regelbundet åker från en större mottagning, där hon huvudsakligen arbetar, till en mindre.

Informationsöverföring i vårdkedjan

Överföring av information mellan öppen och slutenvård måste organiseras på ett tillfredsställande sätt oavsett huvudman. All personal i vårdkedjan måste ha god kännedom om vårdprogram på aktuell förlossningsklinik och MHV-rutiner så att kvinnorna upplever kontinuitet i vårdkedjan. Ett utarbetat system för informationsöverföring mellan slutenvård och öppenvård, barnklinik och BHV ska finnas. En gemensam datoriserad journal underlättar.

Krav för hög kvalitet och jämlik mödrahälsovård

I Sverige är landstingen i hög grad självstyrande, vilket innebär att hälso- och sjukvården organiseras på olika sätt och att BMM:s organisatoriska tillhörighet varierar. Att ha flera olika huvudmän kan påverka samordningen av innehållet i vården. Liksom för alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, ska varje BMM ha en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig läkare. Oavsett landsting måste alla MHV:s verksamhetsområden vara tillgängliga för befolkningen i upptagningsområdet.

Rutiner för samverkan ska utarbetas för att säkerställa god medicinsk kvalitet, god tillgänglighet och möjligheter att organisera riktad föräldrastöd och specialsatsningar vid behov, oavsett BMM:s storlek och organisatoriska tillhörighet.

Professioner inom MHV

På BMM arbetar barnmorskan tillsammans med, eller med möjlighet att konsultera, obstetriker och/eller allmänläkare samt MHV-psykolog och/eller socionom. En del BMM har tillgång till undersköterska och sekreterare.

I centrala MHV-enheten ingår mhöl och samba. Många enheter har även MHV-psykolog och/eller socionom knuten till sig som utvecklings- och utbildningsresurs för verksamheten. MHV-enheten kan ha en referensgrupp med representanter för primärvård, kvinnoklinik och andra instanser, beroende på den lokala organisationen, där vårdutveckling diskuteras.

Socionomer och psykologer har olika utbildning och kompetensområden och är därför inte utbytbara i vårdkedjan.

Specialist- MHV

Spec-MHV organiseras inom kvinnosjukvården och innefattar ofta ultraljudsmottagning för ultraljud i tidig graviditet, rutinultraljud (RUL), fosterdiagnostik och indicerade undersökningar senare under graviditeten. RUL utförs som regel av specialutbildade barnmorskor. Läkarna är obstetriker med kompetens inom komplicerade graviditeter och fosterdiagnostik. Man samverkar med andra specialiteter utifrån den gravida kvinnans medicinska och psykosociala behov.

Professionernas arbetsuppgifter och förutsättningar för uppdragen

Barnmorskor och läkare - ett team

Enligt en överenskommelse mellan Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi har barnmorskor och läkare ett gemensamt uppdrag att främja hälsan hos kvinnan och hennes barn och möta hela familjens behov. De har delvis överlappande yrkeskompetenser.

Barnmorskans och läkarens arbete ska präglas av ett etiskt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Barnmorskekompetens krävs för alla verksamhetsgrenarna inom MHV (1).

Fokus för barnmorskor ligger inom den normala reproduktiva hälsan och perinatale omvårdnaden. Inom dessa områden främjas kvinnors hälsa i ett livscykelperspektiv. Barnmorskan har eget ansvar för vårdåtgärder vid normal graviditet, förlossning och eftervård och inom övrig reproduktiv hälsovård, samt för identifiering av avvikelser och omvårdnad vid sjukdom (2).

Fokus för läkare ligger på medicinska frågeställningar inom preventiv, diagnostisk och behandlande verksamhet. Läkaren ansvarar för alla medicinska tillstånd som definieras som avvikande från det normala och ordinerar och prioriterar medicinska åtgärder. Samverkan och delaktighet i respektive yrkesgruppers verksamhet är nödvändig för god vård. Båda professioner behöver erfarenhet av såväl normala som patologiska förlopp, för att säkra och utveckla den egna kompetensen (2).

Läkare verksam inom MHV ska även kunna bidra med medicinsk handledning till barnmorskorna och bör därför vara specialist i obstetrik och gynekologi eller specialist i allmänmedicin med bred erfarenhet och fortbildning inom obstetrik och gynekologi. MHV-läkaren ska vara förtrogen med hälsofrämjande och förebyggande verksamhet och arbetssätt.

Läkare och barnmorskor har olika utbildning, erfarenheter och perspektiv och kompletterar varandra vid identifiering av riskfaktorer. Bedömningen blir mer fullständig när båda yrkesgrupperna är delaktiga (3).

Mödrhälsovårdsöverläkare och verksamhetsutvecklare/samordningsbarnmorska

Mhöl och samba arbetar med samma uppdrag men har delvis olika ansvar. Båda bidrar till MHV genom att:

- följa utvecklingen och inhämta kunskap, regionalt, nationellt och globalt
- upprätta, uppdatera och utvärdera verksamhetsmål för MHV
- vara sakkunniga i frågor som berör sexuell och reproduktiv hälsa och relevanta folkhälsofrågor
- utarbeta, uppdatera och utvärdera medicinska riktlinjer och vårdrutiner för verksamheten i samarbete med slutenvårdsklinikerna, primärvården och andra instanser
- verka för ett fungerande samarbete med olika instanser inom hälso- och sjukvård och kommunal verksamhet
- erbjuda fortbildning för barnmorskor och läkare som arbetar inom MHV
- delta i olika styrgrupper, bland annat för GCK och STI-prevention
- delta i landstingsövergripande och nationella kvalitets- och utvecklingsarbeten.
- sammanställa statistik och återrapportera till verksamheten
- utföra kvalitetsarbete och återrapportera till verksamheten
- verka för samverkan i de olika vårdkedjorna där MHV ingår
- besöka BMM och deras verksamhetschefer för att informera och säkerställa att mottagningarna upprätthåller kvalitet och tillgänglighet
- medverka i och stimulera till kompetens- och verksamhetsutveckling inom MHV

I storstadsområden med mer komplex struktur och större personalstyrka och i områden med många BMM eller stora geografiska avstånd går det åt mer tid. Beroende på vad som ingår i uppdraget måste lämplig tid avsättas (se även Appendix 1).

För att behålla och utveckla sina kompetenser måste samba och mhöl beredas möjlighet

till kontinuerlig fortbildning och deltagande i konferenser, samt i regionala och nationella nätverk.

Mhöluppdraget

Mhöl ska bevaka den medicinska utvecklingen och hålla sig uppdaterad angående förlossningsklinikkens vårdprogram och utveckling. Mhöl har ansvar för utbildning av läkare och barnmorskor inom MHV och för kvinno-klinikkens läkare i ämnen som rör MHV.

Mhöl-uppdraget ser olika ut i olika lands-ting. Förutom det som nämnts ovan bör tid också avsättas för uppdrag att utreda speciella frågor och sammanställa särskild statistik åt beställare och andra aktörer. Lämplig tid måste avsättas och det bör finnas marginaler för särskilda satsningar, till exempel då förändringar ska genomföras. Tid måste också avsättas för egen fortbildning.

Sambauppdraget

Samba ska bevaka utvecklingen inom omvårdnad samt medicinska frågor inom barnmorskans ansvarsområde. Hen ska arbeta med samordning i vårdkedjorna och har huvudansvaret för insamling och bearbetning av statistik. I arbetet ingår fortbildning och yrkesmässig handledning för barnmorskorna i MHV.

Omfattningen av sambauppdraget skiljer sig i landet beroende på geografiska och organisatoriska förutsättningar, samt på befolkningsunderlaget. Beroende på uppdragets innehåll måste lämplig tid avsättas, dock minst 60-procentig tjänst för ett medelstort område. Tid måste avsättas för egen fortbildning.

Läkarens arbete på barnmorskemottagningen

I stora delar av landet görs inte längre rutinbesök hos läkare i början av graviditeten. Läkarens arbetsuppgifter på BMM består av patientbesök, vårdplanering (till exempel vid planeringsrond) för nyinskrivna gravida, hantering av remisser och provsvar samt konsul-

tation till barnmorskor i medicinska frågor och komplicerade preventivmedelsfrågeställningar. Ibland ingår även handläggning av avvikande STI-provsvär, smittspårning och/eller handläggning av avvikande GCK-provsvär.

Antalet graviditetsrelaterade läkarbesök varierar kraftigt mellan olika områden eftersom MHV är organiserad på olika vis. På vissa BMM tar läkaren hand om problem av allmänmedicinsk karaktär och antalet läkarbesök blir då högre än om hen endast handlägger obstetriska problem. Läkarresursen som ska avsättas för kliniskt arbete på BMM är alltså beroende av den lokala organisationsmodellen. Underdimensionerade läkarresurser på BMM innebär ökad risk för överutnyttjande av spec-MHV och/eller brister i det medicinska omhändertagandet.

Ytterligare frågeställningar för läkare inom MHV har tillkommit under 2000-talet. Rådgivning om fosterdiagnostik har blivit mer komplex, förekomsten av fetma har ökat och den psykiska ohälsan hos kvinnor i fertil ålder har ökat. Allt fler står på medicinering som kräver medicinsk bedömning och rådgivning och dokumentationskraven har ökat. Det finns en ökande andel kvinnor som kommer från länder med högre ohälsotal än Sverige och många behöver tolk. Det kan behövas tid till resor och tid krävs för egen fortbildning (se Appendix 1).

Barnmorskans arbete på barnmorskemottagningen

Barnmorskan ansvarar självständigt för de arbetsuppgifter som gäller hälsovård under normal graviditet, förskrivning och administrering av preventivmedel till friska kvinnor, GCK, föräldrastöd i olika former och utåtriktad verksamhet. Vid behov ska barnmorskan konsultera ansvarig läkare. Ett hälsofrämjande förhållningssätt ska genomsyra hela verksamheten.

Arbetsuppgifterna för barnmorskan inom MHV har sedan 1990-talet förändrats på flera punkter:

- Individuell vårdplanering har införts.
- Det främjande och förebyggande folkhälsoarbetet har ökat i omfattning.
- Behovet av dialog har ökat på grund av ökat patientinflytande och krav på delaktighet i vården.
- Ökad psykisk ohälsa och social problematik i samhället kräver ökad kunskap, mer tid och annat arbetssätt, med betoning på samverkan med andra specialiteter och med socialtjänsten.
- Ökat antal nyanlända och flyktingar kräver mer tid samt tillgång till tolk.
- Behovet av samverkan i vårdkedjor har ökat.
- Behovet av kompetensutveckling har ökat.
- Dokumentation har utökats och datoriserats.
- Kraven på uppföljningen av vården har ökat (registerregistrering, diagnosättning och besöksregistrering).
- Servicearbete, såsom städning, beställning av förråd och hantering av prover, har ökat på grund av minskade undersköterskeresurser.

Arbetsbelastningen på BMM påverkas av var graviditetskomplikationer handläggs, rutiner för tidig uppföljning efter förlossning, upptagningsområdets socioekonomiska struktur samt mottagningens storlek och geografiska placering.

Patientnära arbetsuppgifter:

Hur mycket tid krävs?

Barnmorskans patientnära arbetsuppgifter består av hälsovård under graviditet, föräldrastöd individuellt och i grupp, preventivmedelsrådgivning, samtal vid ambivalens kring önskad graviditet, uppföljning efter abort och akutprevention, cellprovtagning samt provtagning och smittspårning för STI.

Graviditetsregistrets årsrapport 2014 visar att förstföderskor i genomsnitt gjorde 9,3 barnmorskebesök och omföderskor 8,5 besök. Antal besök varierade relaterat till olika bakgrundsfaktorer (4). För inskrivning, uppdelat på två besök, kan beräknas 45 + 60 minuter. För besök som inkluderar sammanfattning

samt överrapportering till BHV beräknas 45 minuter. För övriga besök under graviditet beräknas 30 minuter. Ökad tidsåtgång behövs vid tolksamtal. Därtill kommer eftervårdsbesök (60 minuter) och föräldrastöd i grupp eller individuellt. För preventivmedelsrådgivning beräknas som regel 30 minuter per besök och för gynekologiskt cellprov beräknas tio minuter per besök. Vid beräkning av tidsresurser behöver hänsyn tas till vårdtyngd utifrån områdets socioekonomiska status och förekomst av psykosocial problematik.

Tid måste även avsättas för telefonsamtal, mejlkommunikation, dokumentation, konsultation med psykolog eller socionom, medicinsk konsultation med läkare samt samverkan med andra vårdgivare/remissinstanser, planeringsarbete och arbetsplatsträffar. Beroende på organisation kan det behövas tid för resor i tjänsten. Arbetets karaktär kräver kontinuerlig fortbildning och kompetenshöjning.

I utredningen 1996:7 angavs att cirka 65 procent av barnmorskans tid skulle bestå av hälsovård och föräldrastöd under graviditet och maximalt 90 inskrivna gravida per heltidstjänst ansågs vara ett rimligt måltal. Med tanke på den ökande psykiska ohälsan, ökat behov av stöd i föräldraskapet, ökade klyftor i samhället med fler sårbara grupper, ökat antal kvinnor från låginkomstländer, det utvidgade hälsofrämjande och förebyggande uppdraget samt fler administrativa uppgifter för barnmorskan är detta måltal inte längre relevant (se Appendix 1). Om BMM arbetar med alla MHV:s verksamhetsgrenar bör antalet inskrivna gravida per heltid barnmorsketjänst inte överskrida 80 eller vara mindre än 40, för att kunna säkerställa kvaliteten. I glesbygd är dock minimalet ibland omöjligt att uppnå av praktiska skäl. Om BMM endast har hälsovård under och efter graviditet som uppdrag kan antal inskrivna per heltidsarbetande barnmorska ökas.

Barnmorskans utåtriktade arbete

Målet för det utåtriktade arbetet inom MHV är att genom information och i dialog med

befolkningen öka kunskapen om hur den reproduktiva och sexuella hälsan kan bevaras och var man kan få stöd och hjälp. Tiden som är avsatt för detta varierar starkt och uppdraget finns ofta inte reglerat i avtal (se Kapitel 3 och 13).

Andra professioner inom mödrahälsovården

Psykolog

I primärvårdsutredningen från 1980-talet slogs fast att barnmorskan skulle ha tillgång till psykosocial konsultation i sitt arbete. Socialstyrelsens Kunskapsstöd för MHV fastslår att barnmorskan ska ha tillgång till psykolog (5). I de flesta områden arbetar psykolog både med MHV och BHV och utgör en bro mellan verksamheterna. Detta främjar kontinuitet i kontakten med familjer som behöver särskilt stöd och säkerställer att barnets hälsa och välfärd inte faller ur fokus. Psykologer för MHV och BHV har fördjupade kunskaper i konsultationsmetodik, utvecklingspsykologi, graviditets- och hälsopsykologi, tillämpliga psyko-terapeutiska metoder, metodik för att bedöma samspel samt kompetens i föräldragrups-metodik och folkhälsoarbete.

Inom MHV bör tyngdpunkten i psykologens arbete utgöras av konsultation. Syftet är att skapa utrymme för barnmorskan att reflektera över och fördjupa sig i problematiska frågor. Där diskuteras t.ex. hur man i svåra ärenden kan bibehålla ett professionellt förhållningssätt och hur man kan göra en hälsofrämjande insats trots komplicerade omständigheter. Konsultation erbjuder kontinuerlig fortbildning då diskussionerna runt enskilda ärenden ofta innebär teoretiska förklaringar av psykologiska och sociala problemställningar. Där konsultationen organiseras i grupp sker också ett kollegialt kunskapsutbyte av erfarenheter.

I konsultationen identifieras även kvinnor/familjer som utöver ytterligare insatser från ansvarig barnmorska bör erbjudas kontakt

med psykolog eller andra verksamheter. Konsultationen avser också innehåll, utformning och genomförande av föräldrastödsinsatser i grupp.

Konsultationsgruppen består idealt av tre-fem barnmorskor som träffas minst en gång per månad, cirka två timmar per gång.

MHV-psykologens arbete innefattar även individuella insatser vid frågeställningar som rör föräldrarollen och relationen till det väntade barnet, samt kriser relaterade till graviditet och barnafödande.

Socialstyrelsens utredning Skydda skydds-nätet beräknade 1992 att det då behövdes en heltidstjänst MHV-psykolog för att tillgodose behovet för 300-400 gravida kvinnor per år och 2000 barn (6). Utifrån den ökande psykiska ohälsan bland kvinnor i fertil ålder kan resursen behöva stärkas. Yrkesföreningens nationella målbeskrivning förordar att arbetet inom MHV bör uppgå till minst en tredjedel av psykologens arbetstid (7).

Socionom

Socionom utgör en värdefull resurs både för blivande föräldrar och personal i organisationen. Socionomer har ofta direkt patientkontakt och kan erbjuda konsultation till barnmorskor och läkare inom sitt kompetensområde.

Sekreterare, vårdadministratör och undersköterska

Tillgången till dessa professioner varierar. Deras yrkeskompetens bidrar till god kvalitet och påverkar hur mycket tid barnmorskan och läkaren har för patientnära arbete.

Samverkan i graviditetsvårdkedjan

Se kapitlet Samverkan i Socialstyrelsens Kunskapsstöd för mödrahälsovården (5).

Kvalitetsuppföljning

Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården regleras av Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), där vårdgivarens ansvar beskrivs (8,9).

Organisationen av MHV är, som tidigare nämnts, olika i olika sjukvårdsområden och påverkas av geografiska förhållanden. BMM:s storlek kan inverka på tillgänglighet och medicinskt omhändertagande, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten. Kvalitetsuppföljning för BMM drivna av både offentliga och privata vårdgivare ingår i mhöls och sambas uppdrag. Fokus ligger på hur BMM utför sitt uppdrag, den medicinska säkerheten och hanteringen av avvikelser och komplikationer.

Barnmorskan på BMM ska regelbundet ha tillgång till konsultation med kunnig läkare för att upprätthålla kompetens och medicinsk säkerhet. Detta kräver att läkaren är uppdaterad inom MHV-området och har ansvar och tillräcklig tid avsatt för både konsultationer från barnmorskor och patientarbete på BMM. Se ovan avseende konsultation med psykolog eller socionom samt tid för egen fortbildning.

Kvalitetsregister för mödrahälsovård

Redan under 1990-talet definierades kvalitetsindikatorer för MHV gemensamt av mhölar och sambor. Under det arbetet föddes tanken på att skapa ett register för att möjliggöra nationella jämförelser. Mödrahälsovårdsregistret startades år 1993, finansierat av SKL. Till registret insamlas både strukturdata och individdata för de kvinnor som fött barn under året. Målsättningen med registret är att bidra till nationellt likvärdig vård för gravida kvinnor och att skapa kvalitetsinstrument avseende mottagningarnas process, resultat och struktur. Genom att registrera uppgifter får den enskilda mottagningen underlag för uppföljning och utvärdering av den egna verksamhe-

ten. Registret belyser skillnader och likheter för en rad variabler på nationell, regional och lokal nivå. Det kan vidare användas som underlag för evidensbaserad vård och forskning inom MHV.

Sedan 2013 ingår Mödrahälsovårdsregistret som en del i Graviditetsregistret, tillsammans med register för fosterdiagnostik och förlossningsvård.

Graviditetsregistret kompletterar det Medicinska Födelseregistret (MFR), som samlar data från graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod. Inrapportering till MFR är lagstadgad sedan 1973. Uppgifter hämtas från MHV- och förlossningsjournaler i hela Sverige.

Mhöl och samba sammanställer regionala statistikuppgifter för jämförelse med de nationella resultaten och återrapportera till medarbetare och verksamhetschefer.

Statistik över diagnostiserade STI bör följas upp kontinuerligt av mhöl och samba och återrapporteras till provtagande enheter.

Kvaliteten på GCK följs upp av regionala styrgrupper, som granskar alla nya cancerfall och verkar för fungerande vårdkedjor, samt av NACx. Statistik över utfallet och kvaliteten på provtagningen ska återföras till provtagarna.

Det saknas systematisk uppföljning av preventivmedelsrådgivning.

Utvecklingsområden inom mödrahälsovården

Generellt ska MHV utvecklas till att:

- skapa arbetssätt för att nå kvinnor med utsatta levnadsvillkoren
- initiera, stödja och genomföra forskning samt implementera ny kunskap
- förbättra journalföringen och registreringen i Graviditetsregistret.

Utvecklingsområden för hälsovård under graviditet

- Nya arbetssätt för graviditetsbesök
- Nya metoder för föräldrastöd anpassade till blivande föräldrars behov

Utvecklingsområden för folkhälsoarbetet

- Kunskap om hälsofrågor och samtalsmetodik behövs när levnadsvanorna tas upp, vilket kräver utvecklingsinsatser och fortbildning.

Utvecklingsområden för familjeplanering

- Kvalitetsindikatorer för preventivmedelsrådgivning behöver tas fram.
- Nationell preventivmedelsjournal bör utvecklas.

Utvecklingsområden för arbetet med STI

- Nya metoder för att uppmuntra minskat riskbeteende, effektivisera smittspårning och öka följsamhet till behandling
- Ökad kunskap i sexologi för att underlätta samtalet om sexualitet och öka förståelsen för olika livsstilar

Utvecklingsområden för prevention av cervixcancer

- Effektivast möjliga handläggning i vårdkedjan ska eftersträvas.
- Rikstäckande anslutning till NACx
- Ökad kompletterande screening
- Vidta åtgärder för att nå kvinnor som uteblir från screening och uppmuntra till provtagning

Förslag på kvalitetsindikatorer inom mödrahälsovården*Hälsovård under graviditet*

- Andel som träffar barnmorska inom en vecka efter att kontakt tagits
- Andel som registrerats i Graviditetsregistret
- Andel som blivit tillfrågade om erfarenheter av våld
- Andel som fyllt i AUDIT, samtal om alkoholbruk under graviditet

Kvalitetsindikatorer för familjeplanering

- Tillgänglighet och väntetid
- Andel som erbjuds STI-provtagning i samband med preventivmedelsrådgivning
- Andel där anamnesen uppdaterats vid besöket

Kvalitetsindikatorer för GCK

- Andel prov där endocervikala celler finns med i provet

**FAKTARUTA 1
Organisation av MHV**

- MHV kan vara organiserad inom offentlig eller privat primärvård, inom länssjukvård eller som fristående enhet inom offentlig eller privat vård.
- BMM bör om möjligt ha tillräckligt upptagningsområde för minst två - tre barnmorskor.
- Om ensamarbete inte kan undvikas måste tid avsättas för samarbete med andra barnmorskor utöver tid för fortbildning och konsultation.
- Överföring av information och övrig samverkan i vårdkedjan mellan öppen och sluten vård måste säkerställas oavsett organisationsform.
- Mhöl och samba ska utveckla MHV:s alla verksamhetsområden, utarbeta vårdprogram, genomföra fortbildning och förankra kunskapen i verksamheten. Till uppdraget hör även kvalitetsuppföljning inom upptagningsområdet.
- Tydliga avtal rörande mhöl och sambas uppdrag och mandat ska upprättas, oavsett MHV:s organisationstillhörighet.
- Varje BMM ska ha en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig läkare.

FAKTARUTA 2**Bemanning på BMM (se även Appendix 1)**

- Högst 80 inskrivna gravida per heltid barnmorsketjänst är rimligt om BMM arbetar med MHV:s alla verksamhetsgrenar.
- Om BMM inte är belägen i glesbygd är det olämpligt med färre än 40 inskrivna gravida per heltid barnmorsketjänst.
- För läkarens kliniska arbete bör årligen avsättas minst 910 timmar per 1000 gravida och minst 65 timmar per 1000 preventivmedelspatienter. Tillsammans motsvarar detta ca 0,5 läkartjänst årligen. Ingår det i MHV-läkarens uppdrag även att handlägga avvikande GCK-prover och/eller STI-prover behöver tiden utökas ytterligare.
- För kombinerad MHV-/BHV-psykolog behövs en heltidstjänst för att tillgodose behovet för högst 300-400 gravida per år och 2000 barn 0-5 år.
- För alla tre professioner tillkommer tid för fortbildning, resor, med mera.
- Bland faktorer som kan leda till ökat behov av tjänstefaktor för alla tre professioner finns ansvar för område med socioekonomisk utsatthet, utbrett tolkbehov, hög förekomst av trauma/övergrepp och/eller hög frekvens fetma eller andra medicinska riskfaktorer.

FAKTARUTA 3**Mhöl och samba (se även Appendix 1)**

- Mhöluppdraget kräver minst 50-procentig tjänstefaktor för ett medelstort område.
- Sambauppdraget kräver minst 60-procentig tjänstefaktor för ett medelstort område.
- Behovet av resurser kan variera beroende på demografiska skillnader, geografiska skillnader och uppdragets innehåll.
- Det ska finnas resurser och tid avsatta för resor samt för mhöls och sambas fortbildning.

Referenser

1. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Kompetensbeskrivningar; 2006. I: Socialstyrelsen, editor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. Artikel-nr 2006-105-1.
2. Gemensamma riktlinjer för Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Stockholm: SFOG, SBB; 2000. <http://www.sfog.se>; <http://www.barnmorskeforbundet.se>
3. Berglund A, Lindberg M, Nyström L, Lindmark G. Combining the perspectives of midwives and doctors improves risk assessment in early pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:177-84.
4. Graviditetsregistret. <http://www.graviditetsregistret.se>
5. Kunskapsstöd för mödrahälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikel-nr: 2014-2-2. ISBN: 978-91-7555-142-5.
6. Skydda skyddsnetet! En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1992.
7. Nationell målbeskrivning. Rikshandboken barnhälsovård. Yrkesföreningen Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård; 2007. <http://www.riks-handboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-Modra--och-Barnhalsovardpsykologernas-verksamhet/>
8. Patientsäkerhetslagen. Svensk författningssamling (SFS) 2010:659. Stockholm: Socialdepartementet; 2010. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
9. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Artikel-nr: 2011-6-38. SOSFS 2011:9. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38/>

3. Mödrahälsovårdens folkhälsoarbete

Inledning

Hälsa är ett medel för individen att kunna leva ett gott liv. Upplevelsen av hälsa är individuell och påverkar livskvaliteten. Enligt WHO 1995 är hälsa ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom.

Folkhälsa är ett välfärds mål för samhället och kan uppnås genom att främja människors förutsättningar och livsvillkor för en hållbar utveckling. Ur ett folkhälsoperspektiv är det därför viktigt att hitta de individer i samhället med mindre goda förutsättningar för god hälsa och stötta dessa för att nå det övergripande målet om god hälsa i hela befolkningen.

God folkhälsa kräver insatser av många olika aktörer på många olika plan och bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan den enskilda människan och offentliga och ideella verksamheter. Kommuner och landsting har ett direkt ansvar för folkhälsan. Ingen enskild aktör kan ensam åstadkomma genomgripande förändringar men samverkan kan på sikt bidra till bättre folkhälsa i Sverige.

För att folkhälsoarbetet ska bli effektivt måste insatserna genomföras utifrån olika utgångspunkter. En *preventiv förebyggande strategi* utgår från kunskap om orsaker till en specifik sjukdom; genom att motverka dessa försöker man förhindra sjukdomen. Prevention klassificeras ofta enligt följande:

- Primär prevention - att förhindra insjuknande
- Sekundär prevention - att förhindra återinsjuknande
- Tertiär prevention - att förhindra komplikationer

En *promotiv hälsofrämjande strategi* utgår från de faktorer som bidrar till hälsa och motver-

kar sjukdom. Målet blir att ge stöd till individen att öka sin egen förmåga ("egenmakt" eller empowerment), självförtroende, självkänsla och kapacitet att påverka sin hälsa positivt, bland annat genom beteendeförändring. Individens förmåga beror enligt Antonovsky (1) till stor del på känsla av sammanhang, KASAM, och då framför allt på begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i tillvaron. Andra viktiga faktorer för hälsa är att ha tillgång till copingstrategier och att kunna känna tillit.

- *Risikfaktorer* ökar risken för negativ utveckling.
- *Friskfaktorer* är omständigheter som främjar positiv utveckling.
- *Skyddsfaktorer* har en positiv inverkan när det finns risk för negativ utveckling.

Det är värt att notera att Prioriteringsutredningen (2) hänför prevention med dokumenterad nytta till prioriteringsgrupp II (av fyra) på politisk och administrativ nivå. Även individriktad prevention vid kontakter med hälso- och sjukvården återfinns i prioriteringsgrupp II avseende klinisk verksamhet.

Folkhälsomålen

Som nämnts ovan är det övergripande målet för allt folkhälsoarbete i Sverige att skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta slogs fast i Regeringspropositionen 2002-03:35 "Mål för folkhälsan" som antogs i riksdagen april 2003. Regeringen införde då en sektorsövergripande målstruktur med elva målområden som beskriver förutsättningar för en jämlik och jämställd hälsa för det samlade folkhälsoarbetet (3).

2008 kom regeringspropositionen "En för-

nyad folkhälsopolitik" (4) som fastslår vikten av att fortsätta med ett brett folkhälsoarbete inom alla samhällssektorer där kommuner och landsting har en nyckelroll. Det hälsofrämjande inslaget framhålls liksom människors behov av integritet och valfrihet samt sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Barn, unga och deras föräldrar samt äldre framhålls vara särskilt angelägna målgrupper.

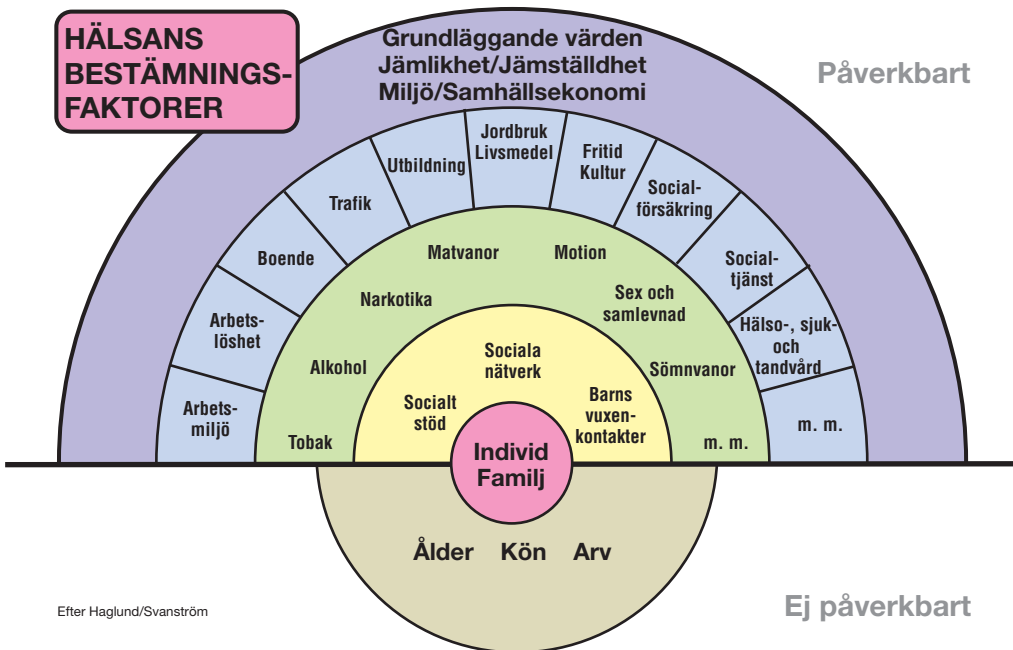
De elva målområdena bibehölls men rubriceringen ändrades till:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor

4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak och alkohol, narkotika, dopning och spel

Mödrhälsovården och folkhälsomålen

Ur ett folkhälsoperspektiv är MHV strategiskt viktig. Genom stor kontaktyta mot befolk-



Efter Haglund/Svanström

Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer illustreras i "regnbågen" där man ser individen/familjen i centrum med icke-påverkbara faktorer, såsom ålder, kön och arv, och många påverkbara faktorer i olika nivåer. I nivån utanför familjen ses socialt stöd, sociala nätverk och barns vuxenkontakter. Därefter kommer levnadsvanor såsom tobak, alkohol, narkotika, matvanor, motion, sex och

samlevnad samt sömnvanor. I tredje nivån finns hälso- och sjukvården samt socialtjänst, socialförsäkring, fritid och kultur, jordbruk, livsmedel, utbildning, trafik, boende, arbetslöshet, arbetsmiljö, med mera. I den högsta nivån, som individen ofta inte själv kan påverka men som i hög grad bestämmer förutsättningarna för invånarnas hälsa i ett samhälle, finns grundläggande värderingar, miljön och samhällsekonomin.

ningen, professionell kompetens och samverkan med andra kan man med relativt små och enkla insatser i det dagliga arbetet bidra till hälsovinst för många individer samt förbättrad folkhälsa. Arbetet ska syfta till att öka människors möjligheter att själva ta kontroll över och förbättra sin hälsa. Respekt för integritet och valfrihet är grundläggande.

Folkhälsoperspektivet bör genomsyra allt arbete inom MHV. Hälsan har många olika bestämningsfaktorer (Figur 1), av vilka vissa är möjliga att påverka medan andra inte är det. Hälso- och sjukvården är bara en bland många faktorer som påverkar folkhälsan och MHV utgör bara en liten del av hälso- och sjukvårdens samlade resurser.

MHV och BHV framhålls ofta som särskilt väl lämpade att påverka hälsoläget genom information och dialog om levnadsvanor eftersom nästan alla kvinnor och familjer vänder sig dit. I MHV:s målsättning ingår att i varje enskilt möte och i föräldragrupper uppmärksamma levnadsvanor.

Inom det utåtriktade arbetet har MHV möjlighet att ta upp diskussioner kring sexualitet och relationer, smittskydd och STI:s inverkan på fertilitet och barnafödande, alkoholbruk, tobaksbruk, drogmisbruk samt betydelsen av kost och fysisk aktivitet för välbefinnande och hälsa.

Nedan listas de elva nationella folkhälsomålen med en kort resumé av skrivningen i propositionen "Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan" (5), samt kompletterande synpunkter ur ett MHV-perspektiv.

Målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället

Delaktighet och inflytande i samhället är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet ska särskild vikt läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället. Möjlighet till delaktighet och

inflytande är kärnfrågor för ett demokratiskt samhälle och har visat sig även påverka folkhälsan.

MHV bör sträva efter att utjämna skillnader i hälsa och bidra till att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet, särskilt för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer och för personer med annan kulturell bakgrund än majoriteten, språksvårigheter eller annat utanförskap. Tolk, gärna telefontolk, ska anlitas vid behov.

I arbetet för att förebygga STI och oönskade graviditeter finns möjlighet att nå många. MHV kan bidra med sin kompetens vid skolans sex- och samlevnadsundervisning, genom att inbjuda elever till studiebesök på mottagningen eller vid individuella kontakter.

Ett av syftena med föräldrastöd i grupp är att öka medvetenheten om samhälleliga förhållanden och att dessa går att påverka. Grunden i arbetet ska vara ett förhållningssätt som främjar utveckling av barns och föräldrars egen förmåga (empowerment). Föräldragrupsverksamheten bidrar också till ökad trygghet genom att underlätta för blivande föräldrar att få nya kontakter, utbyta erfarenheter och bilda nätverk.

Målområde 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar

Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan.

Olika former av utanförskap, ekonomisk stress och bristande socialt nätverk utgör hälso- och livsriser för såväl den enskilde som familjen. MHV:s resurser ska fördelas med hänsyn till upptagningsområdets befolkningsprofil; mer resurser behövs avsättas i områden med höga ohälsotal. Tvärprofessionell samverkan kring barnfamiljer är central, särskilt för utsatta grupper. Hälsovård under och efter graviditet, föräldrastöd, preventivmedelsrådgivning och STI-provtagning ska erbjudas kostnadsfritt till alla.

Målområde 3. Barns och ungas uppväxtvillkor

Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för barns och ungdomars hälsa och för folkhälsan på lång sikt. Trygga och goda uppväxtvillkor ska därför utgöra ett särskilt målområde. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar bör uppmärksammas särskilt, liksom utvecklingen av barns och ungdomars levnadsvanor.

Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa (6). MHV:s arbete ger möjlighet att främja en god tidig anknytning och bidra till föräldrars och barns hälsa eftersom många människor i denna livsfas är särskilt motiverade att ändra sina vanor. Nästan hälften av all ohälsa hos barn kan härledas till de omständigheter som familjen lever under. Det finns en stark koppling mellan barns uppväxtvillkor och mödrars ekonomiska och sociala trygghet, delaktighet och inflytande. Barn som växer upp i familjer där de utsätts för våld eller tvingas bevittna våld har stor risk att utveckla ohälsa och dras in i kriminalitet.

När det gäller föräldrastöd ska MHV:s mål vara att nå alla, och samtidigt identifiera individer med behov av extra stöd och initiera insatser i samverkan med relevanta aktörer.

Exempel på föräldrar som behöver extra uppmärksamhet är unga, socialt isolerade, singlar, de med psykisk ohälsa och de som inte integrerats i det svenska samhället. Familjer som står utanför arbetslivet och familjer med våldsproblematik, missbruk och funktionshinderade medlemmar behöver också uppmärksammas (se Kapitel 5 och 8).

Målområde 4. Hälsa i arbetslivet

Ett bra arbetsliv med fungerande arbetsvillkor påverkar hälsan positivt och minskar socialt betingade skillnader i ohälsa.

För föräldrar är det viktigt att kunna förena arbetsliv och familjeliv. Samhället karakteriseras idag av ett högt tempo och höga krav på prestationer i arbetslivet. Uttalad stress under graviditeten kan ge negativa effekter. MHV ska aktualisera dessa frågor både indi-

viduellt och i föräldragrupper. Genusfrågor ska uppmärksammas och MHV ska aktivt verka för ett jämställt föräldraskap.

Målområde 5. Miljöer och produkter

Sunda och säkra miljöer och produkter är av grundläggande betydelse för folkhälsan.

Inom MHV är sunda och säkra miljöer prioriterade områden. Miljö- och säkerhetsfrågor ska uppmärksammas redan under graviditeten och tas upp för diskussion i föräldragrupper. Lättbegriplig skriftlig information om barnsäkerhet bör delas ut till blivande föräldrar.

Målområde 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta mot befolkningen.

Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I det hälsofrämjande arbetet har primärvården en viktig roll.

Utöver det generella ansvaret för en god hälsa i befolkningen och att arbeta för att förebygga ohälsa (HSL 1982:763), har hälso- och sjukvården även ett ansvar att, när det är lämpligt, upplysa om metoder att förebygga sjukdom och skada. Dessa bestämmelser gäller all hälso- och sjukvård. Det är i de vardagliga mötena som hälso- och sjukvården har sin största folkhälso-potential. Hälso- och sjukvården ska i sitt patientarbete bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp och mindre smärta men också underlätta för den kroniskt sjuka att leva ett bra liv med sin sjukdom.

Hälso- och sjukvården ska förebygga sjukdom genom stöd till individer eller grupper med ökad sårbarhet och stödja en jämlik hälsoutveckling på befolkningsnivå genom att redovisa orsaker till ojämlikheter i hälsa och genom deltagande i samarbeten med andra aktörer kring hälsofrämjande och förebyggande insatser.

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper och vilka arbetssätt som är mest effektiva för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Detta innebär i sin tur en utmaning för vården att utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, strategier som kan bidra till en generellt sett mer effektiv hälso- och sjukvård. Det innebär också förstärkta insatser för en mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktning i hälso- och sjukvårdspersonalens grund- och vidareutbildning. Dessutom krävs ett tydligare uppdrag till de samhällsmedicinska funktionerna eller folkhälsoenheterna att fungera som en kunskapsförmedlande länk och att ge förstärkt stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om utbildning och kompetensutveckling.

MHV bör främja hälsa i mötet med patient och anhöriga och systematiskt integrera relevanta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i det löpande arbetet. Ett utvecklat samarbete mellan landsting, kommuner och andra aktörer, t.ex. ideella organisationer, behövs för ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Som arbetsgivare bör hälso- och sjukvården främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen.

Graviditet utgör på många sätt en stressfaktor som kan prediktera framtida sjukdomstillstånd, till exempel förhöjt blodtryck och diabetes typ II. Genom att ge riktad, kunskapsbaserad hälsoinformation kan MHV bidra till att kvinnan själv kan påverka sin framtida hälsa och minska risken att senare utveckla sjukdom.

Målområde 7. Skydd mot smittspridning

Samhällets skydd mot smittsamma sjukdomar måste bibehålla en hög nivå för att inte de framsteg som gjorts i fråga om att minska förekomsten av smittsamma sjukdomar ska gå förlorade.

Ett fördjupat internationellt samarbete inom smittskyddsområdet är av stor vikt och regeringen avser att verka för att smittskyddsfrågor ska ges hög prioritet såväl i det samarbete som sker i

EU och i närområdet som i det samarbete som bland annat i WHO:s och FN:s regi sker på global basis.

MHV:s roll i detta är självklar. Arbetet sker i individuella möten i samband med preventivmedelsrådgivning, STI-provtagning och smittspårning, där diskussion om det personliga förhållningssättet till sexualiteten bör ingå. MHV informerar om tryggt och säkert sex och hur man skyddar sig mot STI och oönskade graviditeter.

Under graviditet erbjuds provtagning för vissa smittsamma sjukdomar. Syftet är att vid behov behandla kvinnan och hennes partner samt förhindra smittspridning till det väntade barnet, eller upptäcka behov av vaccination.

Målområde 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa

Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande och samhället måste värna om områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrahälsovård.

En trygg sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld, är hälsosam och främjar människors hälsa och välbefinnande. Samhällets syn på sexualiteten påverkar exempelvis om människor som är homo-, bi- eller transsexuella utsätts för fördomar och diskriminering - med ohälsa som följd.

Mäns och kvinnors livsvillkor påverkas av samhällets formella och informella strukturer och jämställdhetsfrågor måste vara en integrerad del av folkhälsoarbetet för trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. Människor med funktionshinder är i högre grad än andra utsatta för faktorer som kan leda till sämre sexuell och reproduktiv hälsa. Detsamma gäller även för människor med annan etnisk bakgrund än majoriteten.

Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar förutom att stärka individens egen identitet och självkänsla även om saklig sexuall kunskap och att bidra till ökad förmåga att hantera relationer till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det

friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna.

Inom MHV krävs en öppen syn på människors sexuella läggning och olika former av familjebildning. Relationsfrågor ska vara ett givet tema både individuellt och i föräldragrupp.

MHV ska uppmärksamma faktorer som kan leda till sämre sexuell och reproduktiv hälsa. Barnmorskor och läkare ska vara lyhörda inför kvinnans/parets tidigare upplevelser eftersom de påverkar attityder och förväntningar inför förlossning och föräldraskap. Vid behov ska riktat stöd erbjudas. Föräldrar med erfarenhet av infertilitet eller komplikationer i samband med barnafödande bör uppmärksammas, liksom de med erfarenhet av sexuella övergrepp, våld och tortyr.

Skolungdomar är en vanlig målgrupp för MHV:s utåtriktade arbete där UM saknas. Även andra åldersgrupper, liksom många flyktingar och nyanlända, har behov av insatser gällande den sexuella hälsan.

Målområde 9. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Målet för de samlade insatserna inom detta område är att samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen. Detta ska främst ske genom insatser som stimulerar till:

- mer fysisk aktivitet i förskola, skola och i anslutning till arbetet
- mer fysisk aktivitet under fritiden
- att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion

(Se vidare Kapitel 4)

Mål 10. Matvanor och livsmedel

Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen. Maten och våra matvanor påverkar hälsan men fungerar även som kulturbärare, mötesplats och är en källa till njutning. En riktigt sammansatt kost har stor betydelse både genom att främja och bevara hälsa och genom att förebygga sjuk-

dom. I ett globalt perspektiv är fortfarande undernäring ett gigantiskt folkhälsoproblem. I allt fler länder, däribland Sverige, håller övervikt på att utvecklas till det dominerande problemet. Nästan 10 procent av den vuxna befolkningen har fetma. Andelen överviktiga barn och ungdomar ökar snabbt.

Övervikten följer ett tydligt mönster där människor i socialt utsatta positioner drabbas hårdast. Övervikt åtföljs av en rad hälsoproblem med betydande överrisk för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, ledsjukdomar och en del cancerformer. En viktig orsak till övervikt är en felaktigt sammansatt kost med ett alltför stort energinnehåll. Konsumtionen av socker och fett, särskilt mättat fett, är för hög medan däremot intaget av frukt och grönsaker borde öka.

Det är viktigt att medborgarnas kunskaper om sambanden mellan kost och hälsa ökar. Dessutom är ätstörningar ett stort problem för många unga kvinnor idag.

MHV ska med alla blivande föräldrar, såväl individuellt som i grupp, aktualisera frågor om kost, näringsbehov och om måltidens betydelse.

(Se vidare Kapitel 4 och 10.)

Målområde 11. Tobak, alkohol, narkotika och doping samt spel

Bruket av beroendeframkallande medel är en viktig bestämningsfaktor för hälsan. Riksdag och regering har beslutat om mål och insatser för alkohol- och narkotikapolitiken.

Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket.

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningar av överdrivet spelande.

Målet när det gäller dopning är ett samhälle fritt från dopning.

Att begränsa alkoholens negativa effekter, minska tobaksbruket och verka för ett narkotikafritt samhälle har länge varit viktiga folkhälsofrågor och naturliga delar av välfärdspolitiken. I propositionen 2002/03:35 Mål för folkhälsan följer man folkhälsokommitténs rekommendation (SOU 2009:91) om att åstadkomma en bättre

samordning mellan olika sektorer, nivåer och aktörer samt ett ökat fokus på sambandet mellan bruket av de olika medlen och spelmissbruk. Inte sällan är det samma personer som utgör riskgrupp för missbruk av olika beroendeframkallande medel. Målet för politikområde folkhälsa är att folkhälsan ska förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.

MHV och BHV ska aktivt verka för en alkohol-, drog- och nikotinfri graviditet och uppväxtmiljö för barn (se Kapitel 4).

Metodik i det hälsofrämjande arbetet

Kunskapsbaserade metoder ska användas vid allt hälsoarbete. Att påverka människors levnadsvanor genom att ge information om vilka risker ett beteende medför har inte visat sig tillräckligt effektivt. Om man istället kan göra personen uppmärksam på att levnadsvanorna innebär hälsorisker, och få hen att själv reflektera över behovet av en förändring, höjs motivationen. Individens blir då den som har initiativet och själv tar ansvaret för hur förändringen ska gå till. Detta är grunden för motiverande samtal (motivational interviewing, MI), som är en evidensbaserad och internationellt erkänd metodik för att åstadkomma förändringar i levnadsvanor (7, 8).

Referenser

1. Antonovsky A. Hälsans mysterium. 2 ed. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
2. Vårdens svåra val. SOU 1995:5. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen; 1995.
3. Mål för folkhälsan, Regeringsproposition 2002/03:35; 2002.
4. En förnyad folkhälsopolitik. Regeringsproposition 2007/08;110; 2008.
5. Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan. SOU 2000:91. Nationella folkhälsokommittén; 2000.
6. FNs Barnkonvention. <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/>
7. Forsberg L. Motiverande samtal - bättre än råd. Läkartidningen. 2006;103(42):3178-80.
8. Barth T, Näsholm C, eds. Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006. Artikelnr 314 03-01. ISBN:9789144030302.

4. Mödrahälsovårdens arbete med levnadsvanor

De fem viktigaste riskfaktorerna som bidrar till den samlade sjukdomsördan är ohälsosamma matvanor, högt blodtryck, högt body mass index (BMI), rökning och fysisk inaktivitet. WHO bedömer att 80 procent av hjärt-kärlsjukdomar, 90 procent av diabetes typ II och 30 procent av cancer kan förebyggas genom bra matvanor, tillräckligt med fysisk aktivitet och rökstopp.

Kostinformation till gravida

Med utgångspunkt från aktuella matvanor i befolkningen har Livsmedelsverket identifierat behov av förändringar: mer frukt och grönt, mer fisk, mer fullkorn, byte till flytande fetter eller oljor samt mindre salt, läsk och godis.

Kostinformationen ska vara praktisk och utgå från kvinnans socioekonomiska och kulturella förhållanden. Livsmedelsverket utfärdar kostråd och rekommendationer för gravida, både generella och för kvinnor med särskilda behov (1). Den gravidas kost påverkar inte bara henne utan även det väntade barnet och det ammade barnet. I förlängningen kan hälsosammare kostvanor även påverka hela familjens hälsa i positiv riktning.

Ohälsosamma matvanor under graviditeten innebär, utöver samma risk som för andra vuxna, att kvinnan riskerar en alltför kraftig viktuppgång. Det ökar i sin tur risken för graviditets- och förlossningskomplikationer såsom graviditetsdiabetes och preeklampsi. Liksom för alla vuxna, rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal för gravida med ohälsosamma matvanor (2).

Fysisk aktivitet i samband med graviditet

Fysisk inaktivitet är enligt WHO en av de tio viktigaste riskfaktorerna för ohälsa i världen. Minskad fysisk aktivitet och en allt större grad av stillasittande, samt ohälsosamma matvanor, står bakom den ökande förekomsten av övervikt och fetma. Den risk det innebär att vara fysiskt inaktiv är likvärdig med den risk som till exempel högt blodtryck, höga blodfetter eller rökning innebär för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. Ett stort antal prospektiva epidemiologiska studier avseende sambandet mellan fysisk aktivitet och total dödlighet visar att en måttligt fysiskt aktiv man eller kvinna lever sex - nio år längre än en fysiskt inaktiv individ.

Fysisk aktivitet på recept (FaR) – en fungerande metod

Sedan 2003 har all legitimerad personal möjlighet att skriva ut fysisk aktivitet på recept. Som stöd till förskrivare finns boken FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukomsprevention och Sjukomsbehandling). Senaste upplagan är från 2008 och flera kapitel har uppdaterats på webben 2015. Den finns översatt till flera språk. I FYSS går det att läsa om verkningsmekanismer bakom fysisk aktivitet, hur man som förskrivare ska ta upp frågor om fysisk aktivitet och hur fysisk träning ska doseras vid olika diagnoser för att nå önskade effekter (3).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukomsförebyggande metoder från 2011 (2) rekommenderar att hälso- och sjukvården arbetar med individuella samtal och skriftlig

information kring fysisk aktivitet. Enligt SBU-rapporten Metoder för att främja fysisk aktivitet ger en kombination av samtal och FaR bättre resultat än enbart muntliga råd. Att patienten är delaktig i att sätta upp egna mål för sin fysiska aktivitet ger bättre effekt än enbart rådgivning (4).

Träning under graviditet

Fysisk aktivitet under graviditeten har visat sig kunna förebygga många vanliga graviditets- och förlossningskomplikationer. Det har även visats att fysiskt aktiva kvinnor mår bättre, har bättre självkänsla och drabbas mindre ofta av graviditets- och förlossningsdepressioner (5).

Riktlinjer för fysisk aktivitet/träning under graviditet

Rekommendationer för fysisk aktivitet under graviditet och postpartum har successivt blivit mindre restriktiva, i takt med ökad kunskap. Det finns få studier som kartlagt fysisk aktivitet hos gravida kvinnor. Det finns dock studier som visar att kvinnor är mindre fysiskt aktiva under, jämfört med före, graviditet och att en tredjedel av gravida kvinnor är fysiskt inaktiva (6,7). Den fysiska aktivitetsnivån sjunker under graviditeten och kvinnorna är minst aktiva i tredje trimestern. Trötthet, tidsbrist och obehag i samband med träning i slutet av graviditeten rapporteras som anledningar till inaktivitet. Osäkerhet om träningens effekter på den egna kroppen och på fostret rapporterades även påverka aktivitetsnivån.

I riktlinjerna från American College of Obstetricians and Gynecologists (7) rekommenderas gravida kvinnor utan medicinska komplikationer att följa samma rekommendationer för fysisk aktivitet/träning som icke-gravida kvinnor: 30 minuters måttligt intensiv fysisk aktivitet minst fem dagar/vecka eller 20 minuters träning med en högre intensitet tre dagar/vecka. Alternativet är att kombinera aktiviteter med måttlig och hög intensitet. Dessutom rekommenderas styrketräning för de största muskelgrupperna (8-12 repetitio-

ner, två set) två dagar/vecka (8). Det är viktigt att påpeka att riktlinjerna för fysisk aktivitet gäller vid normal graviditet utan komplikationer. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynaekologi har också givit ut riktlinjer för motion under graviditet (9).

Intensiv fysisk träning har inte visats innebära risker för graviditeten eller fostrets utveckling och vikt (10,11). Syremättnaden hos gravida under motionspass påverkas inte ens vid maximal belastning. Ökad kroppstemperatur vid träning eller bastubad har inte heller visat sig ge negativa effekter.

Vid kroniska sjukdomar och obstetriska komplikationer, liksom vid extrem undervikt eller övervikt, ska individuellt anpassade råd ges. Sporter med risk för slag mot magen och dykning ska undvikas.

För att möjliggöra träning under graviditet är det viktigt att hitta rätt träningsform. Liksom för övriga befolkningen är detta mycket individuellt. Det som gäller för en elitidrottare kan inte överföras till en motionsidrottare eller till en inaktiv person. Med rätt vägledning kan dock alla hitta en träningsform som passar.

Det är viktigt att alla gravida kvinnor tränar bäckenbottenmuskulaturen (se Appendix 3).

Träning postpartum

Det finns många fördelar med att snabbt påbörja fysisk aktivitet och träning efter förlossning om graviditet och förlossning förlöpt normalt och utan större komplikationer. Många av de positiva fysiologiska förändringar som skett i kroppen kan bibehållas efter graviditet om träning återupptas relativt snabbt. Den ökade hjärtmuskelmassan, den ökade blodmängden och slagvolymen kan bibehållas efter graviditet, vilket leder till att kvinnor som återupptar träning snabbt har en bättre syreupptagning jämfört med inaktiva kvinnor (12). Dessa kvinnor har även visats ha en högre ämnesomsättning, lägre andel kroppsfett, ökad insulinkänslighet och bättre mental hälsa jämfört med inaktiva kvinnor. Detta kan få stor effekt för att förebygga levnadsvanerelaterade sjukdomar.

Det har ifrågasatts om en kvinna kan träna samtidigt som hon ammar då det funnits en uppfattning om att kvaliteten på mjölken skulle försämrans och att barnet skulle tycka att mjölken smakar illa om den innehåller mjölk-syra. Ett antal studier har dock visat att kvaliteten på mjölken inte försämrans av träning med måttlig intensitet och att barnet äter med god aptit även efter att mamman tränat (12,13).

Rekommendationerna för fysisk aktivitet och träning postpartum är inte lika väl beskrivna som de som gäller under graviditet. Många av rekommendationerna är inte evidensbase-rade utan bygger mer på erfarenhet. Det finns ännu inga svenska riktlinjer för fysisk aktivitet postpartum.

Alkohol och droger i samband med graviditet och amning

Alkoholbruket har ökat bland unga kvinnor och kvinnor i barnafödande åldrar. Kvinnor föder barn senare i livet och kan då ha etablerade alkoholvanor sedan många år (14).

Enligt Folkhälsoenkäten år 2010-2012 har 16 procent av männen och 10 procent av kvinnorna ett riskbruk av alkohol, definierat som konsumtion av alkohol på ett sätt som hotar hälsan (15). Riskbruk är vanligast i åldersgruppen 16-29 år: 29-31 procent av männen och 25-28 procent av kvinnorna. Barnmorskor och läkare inom MHV ska därför uppmärksamma alkoholkonsumtion i samband med graviditet på grund av dess fosterskadande effekt. Det är även viktigt vid STI- och preventivmedelsrådgivning och vid utåtriktat sex- och samlevnadsarbete, då alkoholintag kan öka risken för oskyddat sex.

Det första graviditetsbesöket ska ske inom en vecka efter att kvinnan tagit kontakt med BMM. Besöket ska innehålla information om hälsofaktorer, såsom rökning, alkohol, andra droger och läkemedel, samt eventuell annan konsumtion som kvinnan bör undvika. Informationen bör bygga på dialog om vad som är riskfyllt för fostret under graviditet. Ett

lämpligt instrument för screening och identifiering av riskbruk av alkohol är AUDIT. För att bedöma fostrets exponering för alkohol används Timeline Followback (TLFB) (14,16). MI är en lämplig metod för denna dialog (17).

Alkohol och graviditet

Komplikationer som kan uppstå på grund av alkoholkonsumtion är missfall, prematuritet, intrauterin tillväxthämning (IUGR), placentaavlossning, intrauterin fosterdöd (IUFD), missbildningar, risk för abstinens hos barnet i anslutning till födelsen samt långtidseffekter på barnets fysiska och psykiska hälsa.

På 1970- talet beskrevs det fetala alkoholsyndromet (FAS), bestående av en kombination av missbildningar av skallen och ansiktet, tillväxtretardation och CNS-förändringar, med utvecklingsstörning och beteendevikelser som följd (18). Man har senare infört begreppet fetal alcohol spectrum disorders (FASD), eftersom skadorna kan variera mycket beroende på konsumtionsmönstret och på när under graviditeten alkoholkonsumtionen har skett (19). Det kan vara svårt att diagnostisera FASD. Fullt utvecklat FAS är inte så vanligt men man har i Tyskland beräknat att frekvensen FASD är 1-5 per 1000 nyfödda, och det är därmed en vanligare orsak till kognitivt funktionshinder än Mb Down (20). Det finns inga aktuella studier om förekomsten av FAS eller FASD i Sverige.

När man tar upp diskussionen om alkohol på BMM kommer samtalet ofta att handla om hur mycket mamman har druckit och vilka konsekvenser det kan ha haft. Det man säkert kan säga är att fostret har samma alkoholnivå i blodet (promille) som mamman. Studier visar att även små mängder alkohol kan skada det växande fostret (21).

En konsumtion av 10-12 g alkohol (ett glas vin eller en drink) per dag i tidig graviditet har visat sig ge ökad risk för missfall och IUGR. Risken för IUFD ökar med stigande alkoholkonsumtion, fem drinkar/dag ger två - tre gånger ökad risk (21).

Berusningsdrickande, så kallat binge-drinking med 60 g alkohol eller mer vid ett enda tillfälle, ger särskilda risker. Hur känsligt fostret är för alkohol beror inte bara på mängden alkohol, utan också på vid vilken tidpunkt under fosterutvecklingen exponeringen sker, fostrets genetiska sårbarhet och mammans metabolism. Det går därmed inte att ange någon säker gräns för alkoholintag under graviditet (21).

Allt bruk av alkohol under graviditet betraktas som riskbruk eller skadligt bruk (2). Man bör därför avråda helt från alkoholintag under graviditeten. Information om detta behöver ges vid UM samt vid preventivmedelsrådgivning och utåtriktat arbete på BMM, så att exponering även mycket tidigt i graviditeten kan undvikas.

Alkohol och amning

Under graviditeten får fostret, som nämnt ovan, samma alkoholhalt i blodet som mamman. Under amning är barnet utsatt för en annan situation än under graviditet. Leverns alkoholnedbrytande kapacitet hos spädbarn är ofullständigt känt. Maximal alkoholkoncentration i bröstmjölk kan mätas 30-60 minuter efter intag. Barnet dricker då mjölk med alkoholhalt på några tiondels promille, i värsta fall 1-2 promille, och sannolikheten att denna mängd i sig påverkar barnet är låg.

Det finns mycket få studier om effekten på barnet av den ammande kvinnans alkoholintag. Några mindre studier visar att barnet får ett ändrat sömnmönster det närmaste dygnet efter att mamman druckit ett glas vin och att det får i sig mindre mängd mjölk, vilket beror på minskad oxytocinutsöndring hos modern. De effekter man sett kompenseras snabbt hos barnet, och beror sannolikt på alkoholens effekt på andra substanser i mjölken samt på mammans eller föräldrarnas beteende och doft. Det är okänt vilka effekter upprepade alkoholkonsumtion har. Det är även visat att barn kan lära sig att tycka om alkoholens doft och smak, med oklar betydelse för deras framtida utveckling. Kunskapen är begränsad och det finns

ingen evidens för att ge rekommendationer.

Vid amning har inga negativa effekter på barnet påvisats efter små mängder alkohol (1-2 glas vin/ drinkar högst 1-2 gånger per vecka). Ett spädbarn måste emellertid oavsett amning alltid ha en nykter förälder eller annan vårdare. Det är därför en fördel att under graviditet även diskutera partners alkoholvanor. Riskbruk hos föräldrar till spädbarn innebär, utöver samma risk som för vuxna, dessutom risk för försämrade omvårdnad och tillsyn av barnet (2)

Droger i samband med graviditet

Narkotikamissbruket i västvärlden är utbrett. Studier från USA visar att 2-10 procent av de gravida använder olagliga droger, medan studier om narkotikamissbruk hos gravida i Sverige saknas. Enligt Folkhälsoinstitutets rapport "Narkotikabruket i Sverige", hade omkring 23 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i befolkningen använt illegal narkotika någon gång i sitt liv (23). Därtill hade 4 procent av männen och 8 procent av kvinnorna någon gång använt narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel utan läkarordination, eller i större omfattning än ordinerat. Cannabis var det allra vanligaste narkotiska preparatet, som 23 procent av männen och 11 procent av kvinnorna uppgav att de hade använt någon gång. Bland kvinnor var amfetamin (3 procent) den näst vanligaste drogen. Tätt efter kom kokain (2,5 procent), hallucinogener (2,3 procent) och ecstasy (1,8 procent). Ungefär två procent av kvinnorna uppgav att de använt någon annan drog. Opiatmissbruk förekommer mer sällan bland kvinnorna (1,3 procent) (22,23).

Kunskapen om effekterna av dessa och andra, nyare droger på fostret och det nyfödda barnet vid bruk under graviditet är ofullständig men evidens och beprövad erfarenhet talar för olika skadliga effekter. Bland dessa effekter finns abstinens efter opiater, opioider och bensodiazepiner samt tecken till viss kognitiv påverkan under uppväxten efter cannabis.

Under graviditet ska MHV uppmärksam-

ma missbruk av droger, samt beroende av eller oförmåga att sluta med läkemedel som kan skada fostret, påverka familjen och innebära att barnet växer upp i omsorgsbrist eller missbruksmiljö.

Vid misstanke om missförhållanden, missbruk eller beroende under graviditet krävs särskilda insatser. BMM måste samverka med socialtjänsten och samverka eller hänvisa till specialistvård såsom beroendeklinik, neonatologi och spec-MHV. Huvudmålet är att det växande fostret skyddas från skadlig påverkan. Blivande föräldrar som missbrukar eller nyligen slutat missbruka behöver givetvis ett utökat stöd, samtidigt som barnperspektivet beaktas.

Gravida kvinnor som missbrukar eller är beroende av alkohol eller andra droger ska handläggas av specialist, eller på specialenhet. Det gäller även gravida som har svårt att sluta med alkohol eller fosterskadliga läkemedel, även om konsumtionen inte kan klassas som missbruk eller beroende.

Tobaksbruk i samband med graviditet

Rökning

Missfall är vanligare om den gravida kvinnan röker. I en genomgång av flera studier fann man att risken för missfall hos storrökande kvinnor var 1,7 gånger högre än hos kvinnor som inte rökte (24). Under tidig graviditet medför rökning också ökad risk för ektopisk graviditet (25).

Den ökade risken för IUGR, IUFD och plötslig spädbarnsdöd hos barn vars mammor röker under graviditeten är välkända. Risken för IUFD är 5,69/1000 för kvinnor som röker mer än 10 cigaretter dagligen, jämfört med 3,5/1000 för icke-rökare. Risken att storrökarens (≥ 10 cigaretter/dygn) barn ska dö under första levnadsåret är också förhöjd: 5,3/1000 jämfört med 1,8/1000 om mamman är tobaksfri (26). Rökning innebär vidare en viss riskökning för prematurförlossning, framför allt före graviditetsvecka 32, samt för placenta

previa. Rökning är också en stark riskfaktor för ablatio placentae och perinatal död vid ablatio. Rökande kvinnor har dock lägre risk för preeklampsi (27).

Kvinnans rökvanor vid inskrivning och tre månader före graviditeten samt i graviditetsvecka 30-32 registreras på BMM och rapporteras till MFR och Graviditetsregistret.

Rökning under graviditet har minskat kraftigt under senaste decennierna. Mellan 1983 och 2013 minskade antalet rökare vid inskrivning från drygt 31 procent till cirka 5,6 procent (26).

Kvinnor som fortsätter att röka under graviditeten är oftare ensamstående eller unga och har oftare kort utbildning. Gravida i åldersgruppen 30-34 röker minst. Mer än hälften av kvinnor som röker slutar före graviditeten eller när de får ett positivt svar på graviditetstestet. Ytterligare några slutar under graviditeten som en följd av information och stöd på BMM. I vecka 32 röker 4,6 procent (26).

I Socialstyrelsens rekommendationer framkommer att rådgivande samtal har stor effekt på tobaksbrukande gravida. Rådgivande samtal innebär en dialog mellan den gravida och hälso- och sjukvårdspersonalen. Samtalet tar vanligtvis 10-15 minuter, men ibland upp till 30 minuter, och kan kompletteras med verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Att använda MI är en möjlig strategi (2).

Att sluta röka förbättrar snabbt fostrets tillväxt. Prevalensen small for gestational age (SGA) i en svensk studie 1999-2010 var 4,6 procent bland de som rökte hela graviditeten, drygt 2,1 procent där mamman slutat vid registreringen i vecka 30-32 och 1,8 procent bland icke-rökarna och där mamman slutat före inskrivningen på BMM (28).

Bland föräldrar till spädbarn röker mamman i nära 6 procent och pappan i 11 procent under barnets första levnadsmånad. Totalt utsätts 14 procent av spädbarnen för passiv rökning under sina första levnadsmånader (29). Nikotin under amning verkar påverka barnets sömn. En mindre studie visade att barnen sov kortare tid efter att de intagit bröstmjölk som innehöll nikotin (30).

Snusning

Gravida och ammande kvinnor ska undvika snus. Snus ger en högre halt av nikotin i blodet än cigaretter. Man vet att nikotinet fritt passerar över till fostret och till bröstmjolk (31). Snusande kvinnor har högre risk för prematur förlossning än de som inte använder tobak. Födelsevikten hos barn till snusare är lägre, jämfört med de som inte använder tobak, men skillnaden är inte så stor som för rökarna (32). Risken för IUFD är hos snusare 4,5/1000 födda barn, till skillnad från dem som inte använder tobak där motsvarande risk är 3,5/1000 (26).

År 2014 snusade 4,3 procent av de gravida före graviditeten, en siffra som ökat lite för varje år. Vid inskrivningen snusade 1,2 procent och i vecka 30-32 snusade bara 0,6 procent. De regionala skillnaderna är ganska stora, där snusning är betydligt vanligare i Norrland, upp mot 16 procent före graviditet (33).

Vattenpipa och e-cigarett

Idag finns nya tobaksprodukter såsom vattenpipa och e-cigarett på marknaden. Användning av dessa produkter ska uppmärksammas på BMM då användarna inte alltid är medvetna om vilka ämnen de innehåller och vilken effekt de har på kroppen och graviditeten.

Vattenpipa innehåller nikotin, tjära, kolmonoxid, tungmetaller och andra cancerframkallande ämnen. Enligt WHO kan en rök-session på en timma motsvara röken från 100 eller fler cigaretter (34).

E-cigaretten marknadsförs som en metod att minska eller sluta röka. Man får välja sina rökvätskor och dosera själv. I dagsläget saknas produktsäkerhetskontroll, kunskap om riskerna och vetenskapliga studier angående värdet som avvänjningsmedel. Därför rekommenderas e-cigarett inte som avvänjningsmetod. I Sverige är produkten läkemedelsklassad om den innehåller nikotin, och ingen sådan produkt är godkänd av Läkemedelsverket, varför försäljning är olaglig. E-cigarett innehållande nikotin säljs dock via Internet och även öppet i butiker. Nikotinfria sorter får säljas,

men det är ofta svårt för konsumenten att veta om en viss e-cigarett innehåller nikotin eller inte.

Läkares samtal om levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor har i huvudsak ansetts vara en del av barnmorskans uppdrag, men efter att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder publicerades 2011, uppföljt av Svenska Läkarsällskapets Levnadsvaneprojekt, har fokus legat på att implementera rekommendationerna för alla delaktiga i vården (2,35). Läkare som arbetar aktivt inom MHV har en viktig roll att, i team med barnmorska, bidra med kunskap och ta upp frågor kring rökning, kost, motion och alkohol vid besök. Läkaren kan genom professions auktoritet ge tyngd åt frågorna. Även läkare inom slutenvården kan spela en viktig roll genom att ta upp ohälsosamma levnadsvanor vid patientmöten, därmed optimeras informationen i vårdkedjan kring den gravida. Eftervårdsbesöket eller andra postpartumbesök hos läkare är viktiga tillfällen att fokusera på levnadsvanor.

Läkarbesöken inom MHV har minskat i antal, men det finns skäl att omvärdera vilka kvinnor som har nytta av läkarbesök under graviditet och vid vilka tidpunkter. Det är rimligt att rekommendera läkarbesök till kvinnor med ohälsosamma levnadsvanor där barnmorskan inte ensam kan motivera till förändring. Kunskaperna om effekten av en sådan rutin är ofullständiga men om besöken dokumenteras korrekt ger det möjlighet att utvärdera detta via Graviditetsregistret.

Socialförsäkringsförmåner under graviditet

Socialförsäkringsförmånerna regleras av politiska beslut och varierar över tid. Försäkringskassans webbsida (36) har aktuell information.

Sjukdomsbegreppet innebär att nedsatt arbetsförmåga på grund av normala graviditetsbesvär inte ger rätt till sjukpenning. Tydliga läkarintyg som beskriver patientens arbets-

oförmåga i förhållande till arbetsuppgifterna underlättar Försäkringskassans bedömning. Socialstyrelsen har under 2007 publicerat rekommendationer och beslutsstöd för sjuk-skrivningens omfattning och längd för ett fåtal diagnoser i samband med graviditet (37).

Föräldrapenning kan betalas ut tidigast från och med 60:e dagen före beräknad tidpunkt för förlossning. Det är denna försäkringsform som gör det möjligt för kvinnor att avstå från yrkesarbete i sen graviditet på grund av graviditetsbesvär såsom trötthet, bensvullnad och lättare ryggbesvär. Föräldrapenningen kan då tas ut på hel- eller deltid. Om föräldrarna har gemensam vårdnad om barnet har de rätt till hälften av dagarna var.

Graviditetspenning på grund av fysiskt påfrestande arbete kan utbetalas från och med den 60:e dagen till och med elfte dagen före beräknad förlossning. Om det finns risker i arbetsmiljön, och kvinnan inte kan omplaceras, kan graviditetspenning utbetalas tidigare under graviditeten. Arbetsgivaren ska då utfärda intyg om att omplacering inte är möjlig.

Arbetarskydd för gravida

Föreskrift för gravida arbetstagare

I Arbetsmiljöverkets föreskrift "AFS 2007:05 - Gravida och ammande arbetstagare" (38) beskrivs arbetsmiljöföreskrifter för gravida. Den förskriver bland annat att arbetsgivaren ska genomföra en riskbedömning vid under-rättelse om graviditet. Det är viktigt att den gravida underrättar sin arbetsgivare så tidigt som möjligt då risken för fosterskador är störst under första trimestern.

Innehållet i en riskbedömning

I riskbedömningen ska arbetsgivaren bedöma riskerna för skadlig inverkan på graviditet eller amning eller för annan ohälsa, relaterade till arbetsmiljöfaktorer eller arbetsförhållanden. Hänsyn ska tas till arten, graden och varaktig-heten av exponeringen. Arbetsgivaren ska dess-utom avgöra om åtgärder behöver genomföras

och i så fall vilka. Vid behov konsulteras Arbets- och Miljömedicinklinik för hjälp med riskbedömningen.

Områden för riskbedömning

Arbetsmiljöfaktorer eller arbetsförhållanden som ska riskbedömas är enligt föreskriften fysikaliska faktorer, belastningsergonomiska fak-torer, biologiska agens, kemiska ämnen, psyko-sociala faktorer, gruvarbete under jord samt processer där bland annat cancerframkallande ämnen avges (Faktaruta 5).

Förbjudna arbeten

Gravida får inte arbete med blyarbete, verk-samhet som utförs under vatten eller förhöjt tryck, rök- eller kemdykning eller gruvarbete under jord som innebär särskilda risker. Den gravida får inte heller arbeta där det finns risk att exponeras för rubella eller toxoplasma eller vid bedömd risk för skadlig inverkan på gra-viditeten eller annan ohälsa. Joniserande strål-ning ovan viss gräns och nattarbete i vissa fall är också hinder för gravida kvinnors yrkesar-bete. Alla förbud gäller enligt varje områdes specifika föreskrift.

Kemikalier i vår vardag

På den europeiska marknaden beräknas det finnas runt 100 000 kemikalier i omlopp, varav 30 000 används dagligen. Oftast kopplas ordet kemikalier ihop med giftiga och hälsofarliga ämnen, men alla kemikalier är inte farliga. Det finns dock idag stora kunskapsluckor kring effekten av kemikalierna i vår omgivning, vil-ket kan leda till mycket oro. Men med enkla tips kan man minska skadlig eller misstänkt skadlig exponering (se Appendix 5 för infor-mation till den gravida).

Resa i samband med graviditet

Graviditet utgör principiellt inget hinder för utlandsresa men särskilda hänsyn måste ibland tas, till exempel på grund av behov av vac-cinationer eller medicinering eller om det finns

risk för skadlig smitta. Tillgång till bra kvinnosjukvård på resmålet och försäkringsfrågan bör också beaktas.

För råd om vaccination och eventuell malariprofylax kan kvinnan kontakta vårdcentral eller vaccinationsmottagning. Det finns även information på websidan INFPREG (39). Under långa resor bör kvinnan rådask att röra på sig regelbundet och använda stödstrumpor på grund av trombosrisken.

Inom EU har den gravida kvinnan rätt till

akut sjukvård i samband med graviditet och förlossning till och med graviditetsvecka 37. Hon bör undersöka sitt försäkringsskydd inför en utlandsresa. En vanlig hemförsäkring täcker till exempel inte barnets vårdbehov om det skulle födas prematurt utomlands.

Flygbolag har olika regler gällande resa under graviditet och barnmorskan bör råda den gravida att undersöka vad som gäller för resan hon planerat.

FAKTARUTA 1

Kost

- Gravida kvinnor ska rekommenderas en varierad kost och kan som regel äta alla sorters mat.
- Informationen till den gravida kvinnan ska vara praktisk och utgå från hennes socioekonomiska och kulturella förhållanden.
- Livsmedelsverket publicerar uppdaterade kostråd till gravida på sin webbsida.

FAKTARUTA 2

Fysisk aktivitet i samband med graviditet

- Alla friska gravida ska rekommenderas regelbunden träning utifrån egna förutsättningar 30 minuter per dag.
- Aktiviteter där det finns risk för våld mot magen ska undvikas.
- Träning under amning har inga negativa effekter.

FAKTARUTA 3

Alkohol och droger

- MHV ska avråda från allt alkoholbruk under graviditet.
- Alkoholbruk ska diskuteras med alla gravida inom en vecka efter kontakt tagits med BMM.
- Strukturerade metoder som AUDIT och MI kan underlätta samtalet om alkoholbruk.
- MHV ska avråda från allt drogbruk under och efter graviditet.
- Smärtstillande och lugnande läkemedel kan skada fostret, även i ordinerade doser. Risken för abstinens hos det väntade barnet måste beaktas.
- Gravida som har svårt att avstå alkohol, droger och/eller fosterskadliga läkemedel ska erbjudas stöd och specialistvård.
- All vård och allt stöd ska i möjligaste mån ges i samråd med den gravida. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 25 kap 12 § och 26 kap 9§ medger dock utrymme att lämna uppgift om gravid kvinna eller anhöriga till annan vårdinstans eller socialtjänsten om det behövs för att möjliggöra insats till skydd för det väntade barnet.

FAKTARUTA 4

Tobak i samband med graviditet

- Tobaksbruk under graviditet medför ökade risker för missfall, utomkvedshavandeskap, låg födelsevikt, för tidig födsel, placentaavlossning, IUFD, perinatal död och plötslig spädbarnsdöd.
- Snusning under graviditet är riskfylld.
- Risken minskar snabbt om kvinnan slutar använda tobak.
- Barnmorskor och läkare med kunskap om arbete med levnadsvaneförändringar kan hjälpa gravida att sluta använda tobak.

FAKTARUTA 5

Arbetskydd för gravida

- Arbetsgivare har vid kännedom om graviditet ansvar att bedöma om arbetet kan vara skadligt för den gravida eller fostret.
- Den gravida ska omplaceras eller stängas av från skadligt arbete. Vid avstängning kan graviditetspenning betalas ut, oavsett graviditetens längd.
- Arbetsmiljöverket tillhandahåller detaljerade föreskrifter.
- Skyddsombud kan kopplas in vid behov.
- I Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2007:05 finns information om andra arbetsmiljörisiker under graviditet.
- De flesta föreskrifter kan hämtas på www.av.se/lagochratt/
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 1994:32. Gravida och ammande arbetstagare.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 1992:8.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 1992:17. Bly.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 2003:2. Bergarbete.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 1993:57. Dykeriarbete.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 2005:01. Mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet.
 - Arbetskyddsstyrelsens författningssamling. AFS 1995:1. Rök och kemdykning.
 - Statens strålskyddsinstitut. SSI FS 1998:4.

Referenser

1. Livsmedelsverket. <http://www.slv.se>
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer-forsjukdomsforebyggandemetoder>
3. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet och Statens Folkhälsoinstitut; 2008; uppdaterad i webversion 2015.
4. Metoder för att främja fysisk aktivitet. Stockholm: SBU; 2007.
5. Poudevigne MS, O'Connor PJ. Physical activity and mood during pregnancy. *Med Sci Sports Exerc.* 2005;37(8):1374-80.
6. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2004;18(6):400-7.
7. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med.* 2003;37(1):6-12; discussion 12.

8. Lindqvist PG, Fröberg K, Pirhonen JP. Alla friska kan fortsätta träna under och efter graviditet. *Läkartidningen*. 2007;104(9):672-5.
9. Motion och graviditet. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynaekologi, Guidelines. Sandbjergmötet, 2008. <http://www.dsog.dk/sandbjerg/080130%20Sandbjerg-Motion-Graviditet-final2.pdf>
10. Owe KM, Nystad W, Bo K. Correlates of regular exercise during pregnancy: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Scand J Med Sci Sports*. 2009;19(5):637-45.
11. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-93.
12. Fridén C, Nordgren B, Åhlund S, eds. Graviditet, hälsa och träning. Lund: Studenlitteratur; 2011.
13. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. *Curr Sports Med Rep*. 2002;1(6):362-8.
14. Göransson M, Magnusson Å, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal care clinics. *Addiction*. 2003;98:1513-20.
15. Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor. *Folkhälsomyndigheten*; 2015. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/>
16. Göransson M, Magnusson A, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):657-62.
17. Forsberg L. Motiverande samtal - bättre än råd. *Läkartidningen*. 2006;103:3178-80.
18. Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention and treatment. Washington, DC: The National Academy Press; 1996.
19. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA*. 2003;290(22):2996-9.
20. Baumann P, Schild C, Hume RF, Sokol RJ. Alcohol abuse- A persistent preventable risk for congenital anomalies. *Int J Gynaecol Obstetrics*. 2006;95:66-72.
21. Göransson M, Magnusson Å, eds. Kvinnor och alkohol: Diagnos, riskbruk och beroende. Stockholm: Liber; 2012.
22. Bruk i den allmänna befolkningen. Statens folkhälsoinstitut; 2010. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/narkotika/utvecklingen-av-bruket/bruk-i-den-allmanna-befolkningen/>
23. Narkotikabruket i Sverige. Statens folkhälsoinstitut; 2010. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Narkotikabruket-i-Sverige/>
24. Kumar S. Occupational, environmental and lifestyle factors associated with spontaneous abortions. *Reprod Sci*. 2011;18(10):915-930.
25. Shao R, Zou S, Wang X, Feng Y, Brännström M, Stener-Victorin E, et al. Revealing the hidden mechanisms of smoke-induced fallopian tubal implantation. *Biol Reprod*. 2012;86(4):131.
26. Graviditeter, förlösningar och nyfödda barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 1973-2013.
27. Kyrklund-Blomberg N. Smoking and pregnancy with special reference to preterm birth and the fetal-placental unit (PhD dissertation). Stockholm: Karolinska Institute, Division for Obstetrics and Gynecology, Danderyd Hospital; 2006.
28. Baba S, Wikstrom AK, Stephansson O, Cnattingius S. Changes in snuff and smoking habits in Swedish pregnant women and risk for small for gestational age birth. *Br J Obstet Gynecol*. 2013;120(4):456-62.
29. Tobaksvanor hos gravida och spädbarnsföräldrar 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Artikel-nr: 2007-125-11.
30. Hansen A. Nikotin under amning påverkar barnets sömn. *Läkartidningen*. 2008;105(3):116.
31. Dahlström A, Ebersjö C, Lundell B. Nicotine exposure in breast-fed infants. *Acta Paediatr*. 2004 Jun; 93(6):810-6
32. Baba S, Wikstrom AK, Stephansson O, Cnattingius S. Influence of smoking and snuff cessation on risk of preterm birth. *Eur J Epidemiol*. 2012;27(4):297-304.
33. Graviditetsregistret. Årsrapport 2014.
34. Advisory note: Waterpipe tobacco smoking: health effects research need and recommended actions by regulators. WHO 2005.
35. Levnadsvaneprojektet. Svenska Läkaresällskapet. <http://sls.se/Levnadsvaneprojektet/>
36. Försäkringskassan. <http://www.forsakringskassan.se/sjukvard>
37. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
38. Gravida och ammande arbetstagare (AF2007:5), föreskrift. Arbetsmiljöverket; 2007. <http://www.av.se>
39. INFPREG, kunskapscentrum för infektioner under graviditet. <http://www.medscinet.se/infpreg/>

5. Våld mot kvinnor och våld i nära relationer

Anna Berglund, överläkare, med. dr, enhetschef Nationellt centrum för kvinnofrid

Våld mot kvinnor är ett betydande folkhälso- och ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Detta har uppmärksammats av FN, WHO och EU i form av konventioner och deklarerationer. Den svenska regeringen ansluter sig till dessa och har sedan 1990-talet vidtagit en rad politiska och rättsliga åtgärder för att bekämpa våld mot kvinnor (1).

Ett stort antal studier visar en koppling mellan våldsutsatthet och ohälsa (2,3) och sedan 2014 finns en föreskrift om våld i nära relationer, SOSFS 2014:4, Våld i nära relationer (4). Den vänder sig till socialtjänsten och hälso- och sjukvården och föreskriver att frågor om våldsutsatthet ska ställas när man finner skäl till det. Med stöd av det gällande kunskapsläget rekommenderar Socialstyrelsen, i den åtföljande vägledningen Att vilja se, vilja veta och våga fråga - Vägledning för att öka förutsättningarna för att upptäcka våldsutsatthet, att frågor om erfarenhet av att ha varit utsatt för våld ställs rutinmässigt bland annat inom MHV (5).

Förekomst av våldsutsatthet kan mätas på olika sätt och de definitioner som används påverkar givetvis uppskattningen av prevalensen. Allt våld anmäls inte och när det gäller kriminalstatistiken är mörkertalet högt. Det gäller särskilt våld i nära relationer, som enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) anmäls i mindre än fem procent (6). I Sverige dödas årligen i genomsnitt 17 kvinnor av en man som de har eller har haft en nära relation till. I minst hälften av fallen sker mordet i anslutning till en separation. Anmälningsbenägenheten för

sexualbrott har ökat och angavs vid den senaste mätningen (Brå, Nationella trygghetsundersökningen 2014) till 12 procent men mörkertalet är således fortfarande högt. Vid sexualbrott är förövaren nästan uteslutande en man.

Globalt sett är våld mot kvinnor i nära relationer mycket vanligt. En sammanställning av prevalensstudier om våld mot kvinnor i heterosexuella relationer i olika länder visar att 30 procent varit utsatta för fysiskt och sexuellt våld från sin manliga partner och 7 procent för sexuella övergrepp utanför en parrelation. Med tanke på den stigmatisering det innebär för många kvinnor att medge att de utsatts för sexuella övergrepp, är förekomsten av det sexuella våldet sannolikt underskattat (8). En aktuell svensk befolkningsrepresentativ studie om våldsutsatthet och kopplingar till ohälsa visade att var femte kvinna och var tjugonde man under sitt liv utsatts för våldtäkt eller våldtäktsförsök. Fjorton procent av kvinnorna och 5 procent av männen hade utsatts för fysiskt våld av en partner och drygt var tjugonde kvinna och var tionde man hade utsatts för systematiskt psykiskt våld av en partner. Studien visar vidare en överrepresentation av fysisk och psykisk ohälsa bland våldsutsatta (9). De få studier som finns bland samkönade par tyder på att våld i nära relation förekommer ungefär lika ofta som i olikkönade relationer.

Vårdpersonalens roll

Våld mot kvinnor, fysiskt, psykiskt och sexu-

ellt, har en stark koppling till ohälsa, vilket motiverar frågor om erfarenheter av våld som en del i sjukhistorien. Genom att frågan ställs inom hälso- och sjukvården uppmärksammas betydelsen av våldsutsatthet för hälsan och möjligheten att få hjälp. Kvinnan väljer om hon vill berätta och vilken hjälp hon vill ha. Frågor om våld ska alltid ställas i enskildhet och vid behov ska professionell tolk användas. Ibland är det en fördel med telefontolk. Kvinnor uppskattar om det framgår av samtalet att våldsutsatthet är vanligt och kan bidra till ohälsa och att frågan därför ställs till alla. Det är lättare att i första hand berätta om något som inträffat tidigare i livet och frågan kan inledningsvis ställas i ett livstidsperspektiv. Ibland har kvinnan inte kommit till insikt om att hon lever i ett destruktivt förhållande och detaljerade frågor kan då hjälpa henne att förstå sin situation bättre. Vissa kvinnor kan vara särskilt sårbara för våld i nära relationer på grund av en utsatt position i samhället, såsom invandrarbakgrund, hemlöshet, missbruk eller funktionsnedsättning (10). Att som barn uppleva våld i familjen är att betrakta som att utsättas för psykiskt våld. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 4 kapitlet 1§ Socialtjänstlagen skyldig att anmäla till socialtjänsten om de misstänker att ett barn far illa. Barn som bevittnat (sett eller hört) våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxen är offer för brott och ska erbjudas stöd och hjälp från samhället (11).

Våld i nära relationer

Våldet i en nära relation trappas ofta upp efter hand. Processen tar tid och det är vanligt att ett kontrollerande beteende till en början tolkas som omsorg. När den utsatta kommer till insikt om sin situation upplevs det ofta som skamligt vilket gör att man inte vill berätta. Det finns många hinder för att bryta upp från en relation som inbegriper våld. Det är inte ovanligt att våldet eskalerar om den utsatta försöker avsluta relationen. Uppbrottet sker ofta stegvis och vid tiden för det fysiska uppbrottet är frigörelsen ofta inte klar. Bindningen till

förövaren är ofta mycket stark och det kan behövas flera uppbrott innan förhållandet till slut upphör. Att bearbeta sina upplevelser och gå vidare kan kräva lång tid och stor ansträngning (10).

Mödrahälsovårdens roll

Förekomst av partnervåld mot gravida varierar från tre till 15 procent i olika studier. Om fysiskt våld förekommer under graviditeten är det vanligare att det förekommit allvarligt fysiskt våld före graviditeten (10). I två studier har man undersökt våldsutsatthet i samband med graviditet i Sverige. Stenson och medarbetare fann att tre procent hade utsatts för våld året före samt under graviditeten (12). Rådestad och medarbetare frågade efter fysiskt våld under året efter förlossningen och fann att två procent hade utsatts (13). Detta stöds av en europeisk studie bland gravida som gav samma resultat för den svenska delen av materialet (14). I studien Slagen dam uppgav sju procent av dem som utsatts för våld i en parrelation att våldet debuterat under den första graviditeten (15). Våldsutsatta kvinnor har befunnits i högre utsträckning ha uttalade graviditetsbesvär och förlossningsrädsla, samt ökad risk för postpartumdepression (16-18). Tidigare erfarenheter av våld kan även ha betydelse för hur kvinnan utvecklar sitt föräldraskap eller hur hon känner inför förlossningen. Många kvinnor som av olika anledningar söker på BMM har erfarenhet av våldtäkt eller andra sexuella övergrepp. Tidiga sexuella övergrepp eller svåra barndomsupplevelser kan leda till att man utsätter sig för destruktivt sex eller inte bryr sig om att skydda sig mot graviditet eller STI. Att fråga efter sexuella övergrepp bör vara ett naturligt led i ett samtal om säkert sex. Om barnmorskan och läkaren skaffar sig kunskap om kvinnans eventuella erfarenheter av våld kan det både underlätta den gynekologiska undersökningen för utsatta kvinnor och förbättra diagnostiken. Dessutom kan kvinnor som vill förändra sin situation eller bearbeta tidigare eller aktuella händelser erbjudas hjälp.

En barnmorska som arbetar heltid och har

80-100 nyinskrivna gravida per år kommer årligen att träffa två - tre kvinnor som lever i ett förhållande där våld förekommer och cirka 15 med erfarenhet av sexuella övergrepp innan graviditeten. Det har förekommit kritik mot att fråga alla patienter inom MHV om våldsutsatthet. Anledningarna anges vara risken att utsätta kvinnan för obehag, att andra frågor får mindre utrymme samt det komplexa i att partnern, som MHV har uppdraget att inkludera i vården, samtidigt kan vara förövare. Enligt Graviditetsregistrets årsrapport för 2013 har emellertid alla BMM i landet skrivna rutiner för att fråga om våldsutsatthet under graviditet och 80 procent eller mer av kvinnorna hade tillfrågats under graviditeten.

Följande villkor ska vara uppfyllda för att rutinfrågor om våld ska kunna ställas:

- Personalen ska ha basal kunskap om våld mot kvinnor och våld i nära relationer.
- Personalen ska ha tillgång till professionell handledning/konsultation.
- Varje kvinna ska få ett enskilt besök, utan närvarande partner, i graviditeten där frågor om våld ingår som en del i anamnesen.
- Mottagningen ska ha en handlingsplan för att hantera svaret. Uppdaterade uppgifter om lokalt tillgängliga resurser finns att tillgå genom Kvinnofridslinjen, som är öppen dygnet runt för att ge stöd till utsatta kvinnor och handleda personal.
- Kvinnan bör erbjudas Kvinnofridslinjens telefonkort.

FAKTARUTA 1

Våld mot kvinnor och våld i nära relationer

- Kvinnofridslinjen, telefon 020-50 50 50, är den nationella stödtelefon för våldsutsatta kvinnor och deras anhöriga samt alla som möter våldsutsatta kvinnor.
- På Kvinnofridslinjens hemsida, www.kvinnofridslinjen.se, finns information och telefonkort och annat material kan beställas utan kostnad.
- Via Nationellt Centrum för Kvinnofrids hemsida, www.nck.uu.se, kan man nå Kunskapsbanken som är en sökbar databas med information och forskning om våld mot kvinnor.

FAKTARUTA 2

Våld mot kvinnor och våld i nära relationer

- Frågeguide för rutinfrågor om våld.

Många kvinnor har upplevt våld i sina relationer och det påverkar hälsan. Alla kvinnor får därför dessa frågor:

- Har du någon gång livet blivit utsatt för fysiskt våld det vill säga blivit slagen, fått en örfil, blivit uppträckt mot väggen eller liknande?
- Har någon hotat eller kränkt dig?
- Har du någon gång blivit tvingad till sexuella handlingar mot din vilja?

Eftersom många kvinnor lever med en partner som använder våld och hot, tillfrågas alla kvinnor om våld i nära relationer:

- Känner du dig kontrollerad av din partner?
- Händer det att du blir förnedrad eller kränkt av din partner?
- Har din partner tvingat dig till sexuella handlingar mot din vilja?
- Är du rädd för din partner?

Referenser

1. Nationellt centrum för kvinnofrid.
<http://www.nck.uu.se/kunskapsbanken>
2. Studier av våldsutsatthet internationellt och i Sverige - en översikt. Uppsala universitet; 2013.
<http://www.nck.uu.se/kunskapsbanken>
3. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4. Nationellt centrum för kvinnofrid. <http://www.nck.uu.se>
4. SOSFS 2014:4, Våld i nära relationer. Socialstyrelsen; 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7>
5. Att vilja, att vilja veta och våga fråga- vägledning för att öka förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014-10-30>
6. Brott i nära relation. En Nationell kartläggning. Rapport 2014:8. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2014. <http://www.bra.se/bra/publikationer/arkiv/publikationer/2014-05-09-brott-i-nara-relationer.html>
7. Nationella trygghetsundersökningen 2014. Brottsförebyggande rådet; 2015. http://www.bra.se/download/18.5e2a4a6b14ab1667599108/1422265396175/2015_1_NTU_2014.pdf
8. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Prevalence and health effects of partner violence and non-partner sexual violence. [Internet hemsida] 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
9. Nationellt centrum för kvinnofrid. Våld och hälsa en befolkningsundersökning om våldsutsatthet samt kopplingar till hälsa. NCK- rapport 2014:1. Uppsala: Uppsala universitet; 2014.
<http://www.nck.uu.se/kunskapsbanken>
10. Heimer G, Björck A, Kunosson C, eds. Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar. 3de uppl. Lund: Studentlitteratur, 2014.
11. Anmälan till socialnämnden vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa. Socialstyrelsen; 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnsomfarilla/anmalanarbarntfarilla>
12. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A, et al. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2001;22: 189-97.
13. Rådestad I, Rubertsson C, Ebeling M, Hildingsson I. What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? A nationwide Swedish survey. *Birth.* 2004;31(2):84-92.
14. Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93:669-77.
15. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M, Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Stockholm: Brottsoffermyndigheten. Fritzes Offentliga Publikationer, 2001. <http://www.brottsoffermyndigheten.se>
16. Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:83.
17. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B; Bidens Study Group. Childhood abuse and fear of childbirth -a population-based study. *Birth.* 2010;37(4):267-74.
18. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001452.

6. Medicinska basprogrammet och eftervård

Basprogrammet

Målsättning

Syftet med det medicinska basprogrammet är att upptäcka komplikationer under graviditeten och identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer. Därmed blir det möjligt att vidta åtgärder som förebygger allvarliga följder för mor och barn. Vid inskrivningen görs en bedömning av den gravida kvinnan och en vårdplanering. Bedömningen baseras på kvinnans obstetriska, medicinska och psykiatriska sjukhistoria samt hennes hereditet, levnadsvanor och sociala situation. Kvinnan uppmanas att ta aktivt ansvar för sin egen och det väntade barnets hälsa och att själv fortlöpande ta del i vårdplaneringen (1). Kvinnans partner, om hon lever i en relation, kan stötta henne i hälsofrämjande beteende. Det är önskvärt att partnern känner sig delaktig i graviditeten, också i egenskap av blivande förälder (2,3).

Att söka MHV är frivilligt. Antal besök och olika besöksprogram har utformats enligt beprövad erfarenhet, i avsikt att minska risken för komplikationer, och det har varit svårt att fastställa minimiantalet besök för bästa möjliga graviditetsutfall. I en Cochranereview från 2010 (4), där man jämförde reducerade besöksprogram mot standardprogram för lågriskgraviditet, konstaterades förhöjd perinatal mortalitetsrisk i grupperna med reducerat antal besök. Denna riskökning sågs i länder där man erbjudit mindre än fem besök under en graviditet, men inte i höginkomstländer där man reducerade besöksantalen till åtta - tolv. För kvinnor med riskfaktorer erbjuds extra besök utifrån behov,

enligt lokala vårdprogram eller individuell bedömning.

Nedan ses ett medicinskt basprogram för en frisk gravid kvinna. Varianter avseende besöksantal förekommer. Omvårdnad och samtal med kvinnan/paret tillkommer vid varje besök.

Besök i tidig graviditet

Tidsåtgången vid de två inskrivningsbesöken kan variera men det ska finnas utrymme för goda och förtroendeskapande möten, inklusive provtagning, och dokumentation. Den gravida kvinnan informeras om MHV:s upplägg och vårdprogram, Biobankslagen samt inrapportering av data till MFR och Graviditetsregistret. Kvinnor från länder med annat hälsovårdssystem kan behöva ytterligare information (9).

Det första inskrivningsbesöket ska ske inom en vecka från det att kvinnan tagit kontakt, och inkluderar dialog om levnadsvanor, såsom bruk av alkohol, droger och tobak, samt pågående och nyss avslutad medicinering. Besöket ska ske tidigt så att åtgärder kan vidtas så tidigt som möjligt för att minska fostrets exposition för skadliga ämnen.

En förfrågan om kvinnan önskar information om fosterdiagnostik bör också ingå vid detta tidiga besök. Information om fosterdiagnostik erbjuds endast till dem som önskar det och det ska betonas att det är den gravida kvinnans val att genomgå eller avstå fosterdiagnostik (10). Olika landsting erbjuder fosterdiagnostik med olika metoder och till olika målgrupper bland den gravida populationen. Barnmorskor och läkare inom MHV ska därför vara välinformerade om respektive landstings aktuella erbjudande.

Basprogram

Graviditetsvecka	Medicinska åtgärder	I utvalda fall (se respektive avsnitt)
Inskrivningsbesök 1, senast 1 vecka efter kontakt med BMM	Hälsosamtal/ABCD-samtal, inklusive AUDIT	TSH Information, fosterdiagnostik till kvinnor som önskar
Inskrivningsbesök 2, vecka 10-12	Medicinsk, obstrisk och psykosocial anamnes Vikt, BMI-uträkning, ferritin, Hb, blgr, infektionsscreening, BT, u-albumin, ABU-screening, diabetesscreening enligt lokal rutin*	Hepatit C, rubella, MRB, bedöma behov tuberkulosscreening, koagulationsutredning, cytologprov, klamydia, gonorré
vecka10+0 - 13+6	UL för datering** och diagnostik av flerbörd	Fosterdiagnostik om kvinnan önskar, enligt respektive landstings aktuella erbjudande
vecka 18-20	UL med organscreening samt datering om ej gjord i första trimestern	
vecka 24-25	BT och u-albumin, SF-mått, flj, vikt	
vecka 28-29	BT och u-albumin, SF-mått, Hb, blgr, flj	
vecka 31-32	BT och u-albumin, SF-mått, flj	
vecka 33-34	BT och u-albumin, SF-mått, flj	
vecka 35-36	BT och u-albumin, SF-mått, flj, fosterläge, vikt, överrapportering till BHV	
vecka 37-38	BT och u-albumin, SF-mått, flj, fosterläge, sammanfattning av graviditeten	
vecka 39-40	BT och u-albumin, SF-mått, flj, fosterläge	
vecka 41-42	BT och u-albumin, SF-mått, flj, fosterläge,	
6-12 veckor postpartum	Vikt, Hb, BT, erbjud gynekologisk undersökning, fokus levnadsvanor	

Förkortningar: Hb, hemoglobin; blgr, blodgruppering och erytrocytantikroppsscreening; BT, blodtryck; ABU, asymtomatisk bakteriuri; UL, ultraljud; SF, symfys-fundus

Kommentarer:

Vid komplicerad psykosocial situation eller andra riskfaktorer kan ett extra besök planeras i vecka 16-20.

*Diabetesscreening under graviditet enligt lokala rutiner, vanligen med oral upprepad plasmaglukosmätning eller glukosbelastning. Se avsnitt nedan.

**Rekommenderas i första trimestern då datering är mest tillförlitlig (5, 6). Detta leder till korrekt överburenhetsfrekvens, möjliggör eventuell fosterdiagnostik i rätt tid och identifierar flerbörd tidigt.

Vid ett besök under graviditeten ska barnmorskan träffa kvinnan i enrum utan partner, för att frågor om våld ska kunna ställas (SOF 2014:4) (7).

Angående auskultation av fosterljud, se nedan.

Samtidig mätning av BT och proteinuri med urinsticka sker för att screena för preeklampsi (6, 8). Besöken från vecka 35 och framåt planeras med tanke på intervallet mellan blodtrycksmätningarna.

Då det är viktigt att tidigt upptäcka och åtgärda eventuell hypotyreos, ingår även TSH-provtagning vid detta första inskrivningsbesök för kvinnor i riskgrupper enligt SFOG:s riktlinjer (11).

Vid det andra inskrivningsbesöket fördjupas den medicinska, obstetriska, psykiatriska och sociala anamnesen. Cellprov erbjuds enligt vårdprogrammet för cervixcancerprevention. Klamydiaprov erbjuds frikostigt och gonorréprov erbjuds enligt riskbedömning.

Bedömning: basprogram eller annat vårdprogram

Efter inskrivning görs en bedömning om graviditeten ska handläggas enligt basprogram, om annat vårdprogram gäller eller om en individuell vårdplan ska läggas. Denna bedömning görs ofta av läkare men kan även göras av barnmorska enligt lokala rutiner och avtal med medicinskt ansvarig läkare.

Gravida som ska bedömas av läkare (obstetrikere eller allmänläkare med särskild kompetens; konsultation eller besök) eller handläggas enligt annat vårdprogram än basprogram:

- Kronisk sjukdom, såsom kardiovaskulär, njur-, endokrin, psykiatrisk, neurologisk, hematologisk, autoimmun eller inflammatorisk tarmsjukdom
- Regelbunden medicinering med relevans för graviditeten
- Missbruk/beroende av alkohol och droger eller svårighet att sluta konsumera alkohol eller fosterskadliga läkemedel, storrökande kvinnor som har svårt att sluta röka
- Fetma (BMI >30) eller undervikt (BMI <18,5)
- Ålder >40 år
- Psykosocial utsatthet eller risk, kognitiva funktionshinder, fysiska funktionshinder som kan påverka föräldraförmågan
- Behov av utvidgad information om fosterdiagnostik
- Komplicerad obstetrisk anamnes, såsom sent missfall, IUGR, makrosomi, IUFD,

tidigare traumatisk förlossning, prematurbörd, preeklampsi, gestationsdiabetes (GDM), immunisering, ablatio eller annan placentakomplikation, allvarlig postpartumblödning, allvarlig perinatal psykisk ohälsa, graviditet med missbildning eller neonatal komplikation

- Tidigare uteruskirurgi eller bäckenbotten-skada/-kirurgi
- Övriga riskfaktorer inför förlossning och/eller puerperium

Andra förhållanden som föranleder extra uppmärksamhet och omsorg:

- Kommunikationssvårigheter av kulturell eller språklig karaktär
- Psykiskt eller fysiskt påfrestande arbetssituation
- Ohälsosamma levnadsvanor
- Tidigare långvarig eller komplicerad ofrivillig barnlöshet
- Tidigare åstörningar
- Uttalad ambivalens till graviditet
- Förlossningsrädsla
- Ensamstående
- Tonåring

Hälsovård under graviditet

Vikt och graviditet

Både vikten vid inskrivningen på BMM och viktuppgång under graviditet är betydelsefulla för den gravidas och det väntade barnets hälsa och risk för komplikationer. Gravida med fetma vid inskrivningen har ökad risk för preeklampsi, graviditetsinducerad hypertoni, kejsarsnitt, GDM, large for gestational age (LGA), IUFD, postpartumblödning och skulderdystoci (12,13). Internationella riktlinjer (14) anger rekommenderad viktuppgång under graviditet utifrån BMI-klasser:

Undervikt (BMI <18,5):	12,5-18 kg
Normalvikt (BMI 18,6-24,9):	11,5-16 kg
Övervikt (BMI 25-29,9):	7-11,5 kg
Fetma (BMI >30):	5-9 kg

Det är välkänt att högre viktuppgång än den av Institute of Medicine (IOM) rekommenderas

derade är associerat med negativt utfall för både mor och barn. Risken för framtida övervikt hos barnet är omdiskuterad även om viss evidens finns för detta (12). Det finns ringa evidens avseende effekten av insatser under graviditet för att stötta kvinnan att hålla viktuppgången inom rekommenderade gränser. En randomiserad studie på en normalpopulation från Sverige visade att varken upprepade vikt-mätningar, viktkurvor, FaR eller utökad information ledde till att högre andel följde IOM:s rekommendationer, medan det däremot var en signifikant skillnad i medelviktuppgång mellan grupperna (15). I en Cochranereview från 2012, inkluderande publicerade studier till och med oktober 2011, kunde inga slutsatser dras om vilka interventioner som påverkar viktuppgång under graviditet (16). Kvinnor med hög viktuppgång och kvinnor med fetma handläggs därför enligt lokala riktlinjer där grunden alltid är samtal och råd angående goda kost- och motionsvanor (17).

Järnbristscreening och järntillskott

Järnbrist är den vanligaste orsaken (cirka 50 procent) till anemi under graviditet. Järnrik kost rekommenderas därför. Kvinnans järnbehov ökar under graviditet som följd av ökningen i antalet erythrocyter, fostrets behov och placentabildandet. Järnabsorptionen i tarmen ökar för att möta detta behov. Under en normal graviditet ökar plasmavolymen med cirka 50 procent medan volymen erythrocyter ökar med cirka 20 procent. Således uppträder en viss fysiologisk sänkning av Hb-koncentrationen (18,19). Normalvärde för Hb är i tidig graviditet >110 g/L och i graviditetsvecka 28 >105 g/L (19). Järnbristanemi under graviditet definieras av WHO som Hb <110g/L och serumferritin (s-ferritin) <12 µg/L (20).

Rutinmässigt järntillskott till alla gravida har i studier visats minska antalet gravida med Hb <100 g/L, men varken gynnsam eller skadlig effekt avseende förlossningsutfall för mor och barn har visats. Det vetenskapliga stödet för generell järntillskott är således bristfälligt, varför det inte rekommenderas i höginkomstländer.

Livsmedelsverket rekommenderade år 2007 bestämning av s-ferritin i tidig graviditet för identifiering av kvinnor med låga järnreserver men normalt Hb. Rekommendation har följts i varierande grad i landet och systematisk utvärdering av ferritinscreening i Sverige har inte gjorts. S-ferritin stiger bland annat vid inflammatoriska tillstånd, och kan därför ge en falskt positiv bild av järnförråden.

Det saknas således evidens för att säkert kunna avgöra vilken screeningmetod för järnbrist under graviditet eller uppföljning som är bäst i Sverige. I avvaktan på mer evidens betraktas screening i tidig graviditet med s-ferritin vara bästa kliniska metoden. Att påvisa och behandla järnbristanemi och övriga anemier är nödvändigt och inte kontroversiellt, men för att kunna optimera den praktiska handläggningen gällande järnbrist krävs fler studier (20).

Handläggning, om man screenar för järnbrist med s-ferritin:

S-ferritin <20 µg/L: järntillskott påbörjas omedelbart

S-ferritin 20-60 µg/L: järntillskott påbörjas runt vecka 20

S-ferritin >60 µg/L: järntillskott rekommenderas inte

Gastrointestinala biverkningar av peroralt järn är dosberoende. I dosen 30-50 mg dagligen eller 100 mg 2-3 gånger i veckan, lämplig nivå vid tillskott, är biverkningar ovanliga och kvinnan kan rekommenderas ta järnet på fastande mage för optimal absorption.

Anemiscreening

Som nämnt ovan, tas Hb två gånger under graviditet. Vid Hb <100 g/L bör man efter läkarbedömning komplettera provtagningen med MCV, LPK, TPK och s-ferritin. Om järnbrist inte föreligger och MCV är lågt ska hemoglobinopatier, såsom sicklecellanemi och thalassemi, finnas i åtanke, i synnerhet hos kvinnor från högendemiska områden. Vid högt MCV tas istället prov för folat och vitamin B12.

Blodgruppering och screening för erythrocytantikroppar

Exponering för fostrets erythrocyt antigener kan hos den gravida kvinnan inducera utveckling av antikroppar. Exponering kan ske genom fetomaternal blodning eller efter icke kompatibel blodtransfusion. Transplacentär transport av IgG-antikroppar kan ske från cirka 12-15 veckor och bindning till fostrets erythrocyter orsakar då hemolys, som ger en stegrad bilirubinkoncentration i fostrets urin och i fostervattnet. Oftast har erythrocytantikropparna ingen eller liten klinisk betydelse.

Hos cirka en procent av gravida påvisas antikroppar som kan ha klinisk signifikans. I några fall krävs kontinuerlig uppföljning och bedömning fram till förlossningen. Vid allvarlig fetal anemi uppkommer hypoxi och nedsatt leverfunktion och hjärtverksamhet, vilket kan resultera i generella ödem, ascites, pleura- och pericardexsudat (hydrops fetalis) och slutligen IUFD. Det är viktigt att erythrocytimmuniseringar av betydelse upptäcks i tid, för att förhindra allvarlig sjukdom och mortalitet hos fostret eller det nyfödda barnet (21,22). Ett fåtal fall är mycket allvarliga och kräver intrauterina blodtransfusioner till fostret.

Rutiner för screening av blodgrupp och erythrocytantikroppar varierar mellan olika regioner i Sverige men det ska finnas riktlinjer vid varje BMM och kvinnoklinik.

Provtagning för fetal RHD

Med non-invasiv prenatal diagnostik (NIPD) kan fostrets RHD-gen påvisas i blodet hos en RhD-negativ kvinna. Primärt har metoden använts för att hos immuniserade kvinnor bestämma fostrets genotyp och därmed bedöma risken för fostret. Men NIPD kan också användas för provtagning av RhD-negativa kvinnor, i syfte att bestämma vilka som bär på ett RHD-positivt foster och som då har fördel av Rh-profylax givet redan under graviditeten.

SFOGs arbetsgrupp för Immunisering under Graviditet rekommenderar att RhD-

negativa kvinnor i Sverige erbjuds denna fetala screening och riktad Rh-profylax (23-26). ARG-rapport nr 73 om immunisering under graviditet publicerades år 2015.

D-vitamin

Det finns för närvarande inget säkert vetenskapligt stöd för att avgöra vilka gravida kvinnor som behöver vitamin D-tillskott eller i vilken dos tillskottet ska ges. Studier har visat att kvinnor med vitamin D-brist löper högre risk bland annat för hypertensiva komplikationer, SGA, kejsarsnitt och GDM. Studier pågår för att utröna om D-vitamin substitution till kvinnor med brist kan minska risken för dessa komplikationer. Konsensus saknas också angående nivåerna för D-vitaminbrist, men många tillämpar IOM:s klassifikation där "D-vitaminbrist" i relation till benhälsa definieras som 25-OH-D <30 nmol/L och "otillräckliga nivåer av vitamin D" definieras som <50 nmol/L. Nivåerna är metodberoende varför diskussioner om aktuella gränsvärden får föras med lokalt laboratorium. Det är viktigt att uppmärksamma riskgrupper för D-vitaminbrist. Gravidas kost bör innehålla D-vitamin enligt Livsmedelsverkets rekommendationer och gravida informeras om D-vitamin bildas när huden exponeras för sol. Rutinmässig substitution av vitamin D har inte visat sig ha skadliga effekter och kan ha viss positiv hälsoeffekt (27). Evidens saknas avseende optimal handläggning av en generell gravid population.

Rubbningar i sköldkörtelfunktionen

Hypertyreos och hypotyreos kan påverka fostrets hälsa negativt. Kvinnor i riskgrupper provtas avseende hypotyreos. Det är viktigt att notera att referensgränserna för gravida skiljer sig från dem för icke-gravida (11). Kvinnor med hypertyreos eller med tyreoidreceptorkroppar (TRAK) handläggs av eller i samråd med endokrinolog och obstetrikenhet (11).

Infektionscreening och infektioner under graviditet

Socialstyrelsen föreskriver att alla gravida kvinnor ska erbjudas provtagning för HIV, hepatit B och syfilis (28). Undantag får göras för kvinnor med känd HIV eller hepatit B. Provtagning ska ske tidigt i graviditeten så att medicinska åtgärder kan vidtas för att skydda barnet från sjukdom. Serum från provtagningen sparas i serumbank om kvinnan ger sitt tillstånd enligt Biobankslagen. Provet kan vara användbart vid senare infektionsutredning. Databasen INFPREG (29) innehåller uppdaterad information om diagnostik, smittvägar, profylax och handläggning.

Det är också viktigt att beakta möjligheten att en kvinna kan smittas under graviditeten. Finns risk för smitta sexuellt eller via annan smittväg ska infektionscreeningen upprepas senare under graviditeten. Det kan även finnas skäl att rekommendera att en gravid kvinnas sexuella partner provtas för STI, inklusive syfilis, hepatit B och HIV.

HIV

Man screenar för HIV-antigen och HIV-antikropp i serum. Det behövs ett konfirmerande prov för definitiv diagnos. Diagnos tidigt i graviditeten minskar risken för smitta till barnet genom ett gott omhändertagande med information, medicinering och förberedelse inför förlossningen (29,30). Antiretroviral behandling av mamman under graviditeten och av barnet efter födseln, val av förlossningssätt utifrån riktlinjer och att avstå från amning minskar risken för smittöverföring till barnet från 15-40 procent till mindre än 0,5 procent (31). Dagens antiretrovirala läkemedel har medfört en drastiskt minskad sjuklighet, dödlighet och smittsamhet hos personer med HIV.

Hepatit B

Diagnos av hepatit B och bestämning av smittsamhetsgraden hos gravid möjliggör åtgärder som hindrar överföring till barnet i 90 procent. Därmed undviker man att barnet blir

kronisk bärare och sprider smittan vidare (32). Kroniskt infekterade personer riskerar levercancer och annan leversjukdom.

Screening för hepatit B sker oftast genom att man analyserar HBsAg. Vid positivt screeningtest går man vidare med utökad provtagning. HBsAg påvisas vid såväl kronisk som akut infektion.

Syfilis

Obehandlad syfilis ska antibiotikabehandlas hos gravida kvinnor, oavsett sjukdomsstadium och gestationslängd, eftersom detta kan förhindra smitta till fostret. Behandlingens smittförebyggande effekt är högst under graviditetens första hälft men även behandling senare under graviditet kan vara av värde för fostret (29). Antalet nyinsjuknade i Sverige är lågt. Ett positivt screeningtest ska alltid kompletteras med ett specifikt test för att ställa diagnos. Vid positivt eller oklart utfall konsulteras venerolog.

Ospecifika reaktioner

Hos ett litet antal kvinnor får man ett ospecifikt positivt svar vid screening för HIV, hepatit B eller syfilis. Svaret tyder i allmänhet inte på infektion, men provet behöver ibland upprepas i bekräftande syfte. Det är viktigt med god kommunikation med laboratoriet så att dessa svar inte misstolkas.

Hepatit C

Hepatit C kan leda till kronisk infektion, cirrhos och levercancer. Smitta från mor till barn är ovanligt och kan inte effektivt förebyggas (29). Generell screening rekommenderas ej. Däremot är riktad screening för riskgrupper befogad, då behandling kan erbjudas vissa grupper, dock inte under graviditet (33). Provtas vid symtom på akut hepatit, vid intrahepatisk cholestas och vid pågående eller tidigare intravenöst missbruk hos den gravida kvinnan eller hennes partner. Kvinnor som fått blodtransfusion före 1992 och som inte provtagits därefter ska också erbjudas hepatit

C-test. En svensk studie pågår för att utvärdera hepatit C-prevalensen i tidig graviditet hos kvinnor och deras partners.

Rubella

Barnvaccinationsprogrammet har relativt god täckning i Sverige. Utanför Skandinavien är rubella dock relativt vanligt. Eftersom rubellainfektion under de första 16 veckorna av graviditeten är förenad med stor risk för svåra fosterskador är det angeläget att förhindra även ett fåtal fall. Gravida ska provtas avseende rubellaimmunitet åtminstone första gången de söker MHV i Sverige (29). Kvinnor som är mottagliga eller har osäker immunitet ska vaccineras omedelbart efter graviditeten.

Cytomegalovirus (CMV)

Cirka 30 procent av gravida kvinnor i Sverige är mottagliga för CMV-infektion men endast

0,5 procent drabbas av primär infektion under graviditet. Det finns ingen effektiv behandling och det går inte att bedöma risken för skador hos barnet vid en intrauterin infektion. Screening för CMV är därför inte meningsfull. Vaccination finns ännu inte. Man förespråkar istället hygienråd så att den gravida själv kan begränsa risken för smitta (29,34,35).

Toxoplasmos

Incidensen av kongenital toxoplasmos är i Sverige idag låg, och screening rekommenderas inte. Gravida får istället hygien- och kostråd (29).

Klamydia

Prevalensen av klamydiainfektion under graviditet är låg i Sverige och infektionen har hittills inte utgjort något kvantitativt stort problem. Klamydia är associerad med prematuritet och IUGR och risken för smittöverföring till barnet är stor vid obehandlad infektion: 18-50 procent risk för konjunktivit och 10-16 procent risk för pneumoni (29). Den bästa

profylaktiska åtgärden inom MHV är att erbjuda frikostig provtagning, särskilt till unga kvinnor. Vid symtom såsom flytningar och/eller småblödningar ska prov också tas.

Gonorré

Gonorré är sällsynt men blir allt vanligare och är ofta multiresistent. Liksom med klamydia, är många gonorrésmittade kvinnor symptomfria. Barnet kan smittas intrauterint eller vid förlossning. Provtagning bör ske frikostigt vid misstänkta symtom eller hos kvinnor som bedöms tillhöra riskgrupper (29).

Tuberkulos

Riskbedömning för tuberkulos (TB) ska göras under graviditet (28,29). Provtagning för TB ska göras om den gravida kvinnan kommer från ett högendemiskt område (>100 fall per 100 000 invånare och år) eller om man misstänker att hon är exponerad för smitta. Olika metoder att upptäcka TB tillämpas i olika landsting.

Det finns risk för smittöverföring till fostret vid aktiv TB. Latent TB predisponerar för utveckling till aktiv sjukdom hos modern under första halvåret efter förlossning, med risk att då smitta barnet. Den lokala epidemiologin bör vara vägledande för hur screening för TB bland gravida handläggs.

Under graviditet kan kvinnor som inte annars brukar uppsöka hälso- och sjukvård nås. MHV kan medverka till att eventuell smitta upptäcks bland andra personer i det väntade barnets närmiljö.

Bakteriell vaginos

Bakteriell vaginos är en riskfaktor för prematur förlossning, men kausalt samband är inte fastslaget och man har inte kunnat visa att antibiotikabehandling minskar risken för förtidsbörd (36). Generell screening av gravida rekommenderas inte i Sverige och gravida kvinnor erbjuds behandling enligt sedvanliga rutiner om bakteriell vaginos upptäcks (29).

Asymtomatisk bakteriuri

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) definieras som fynd av $\geq 100\ 000$ bakteriekolonier/ml urin av samma bakteriestam i två urinprov lämnade med några dagars intervall. Om diagnosen baseras på ett enda urinprov är risken för överdiagnostik och onödig antibiotikabehandling stor.

Screening för och behandling av ABU minskar risken för pyelonefrit men då den absoluta risken är låg har värdet av screening nyligen ifrågasatts (37,38). I flera internationella riktlinjer rekommenderas dock generell screening för ABU, men rekommenderad metod (odling eller urinsticka) varierar. I avvaktan på evidens för att förespråka någon av metoderna sker screening enligt lokal riktlinje.

Efter behandling med antibiotika bör kontrollodling ske. Vid recidiv ska antibiotikaproxylax under resten av graviditeten övervägas. En kvinna som får pyelonefrit under graviditeten ska ha antibiotikaproxylax till och med en vecka efter förlossningen (29).

Grupp B Streptokocker

Växt av Grupp B streptokocker (GBS) i urinen hos en gravid kvinna utan symtom bör i första hand betraktas som en kolonisering och inte en infektion. Kolonisering med GBS har ingen association till prematur vattenavgång eller förlossning. Prospektiva studier avseende effekten av att behandla signifikant asymtomatisk GBS-uri saknas. Alla kvinnor med GBS-uri under graviditet ska vid vaginal förlossning ges intrapartal behandling med bencyclonin för att förhindra eller minska risken för allvarliga neonatala infektioner såsom sepsis och pneumoni (29,39).

Multiresistenta bakterier

Meticillinresistenta stafylokocker (MRSA) och andra multiresistenta bakterier (MRB) blir allt vanligare i Sverige och inom vården. Varje landsting har rutiner för diagnos och handläggning utifrån det aktuella epidemiologiska läget. MHV beaktar instruktioner från lokal

smittskyddsenshet och vårdhygieniker för att skapa rutiner för screening av gravida i riskgrupperna.

Influensa

Gravida kvinnor har en ökad risk för komplikationer vid influensa. Folkhälsomyndigheten ger årligen ut rekommendationer avseende vaccination av gravida (40).

Smittskyddsanmälan, smittspårning

Flera av infektionerna som MHV screenar för eller selektivt provtar under graviditet ska enligt Smittskyddslagen anmälas och den infekterade kvinnan ska vara föremål för smittspårning.

Symfys-fundusmätt

SF-mått är ett reproducerbart, objektiva mått på uterus storlek. Upprepade mätningar kan påvisa avvikelser i fostertillväxt och polyhydramnios men sensitivitet och specificitet är låga (41). Vid tolkning av SF-kurvan bör man vara medveten om att befolkningen ser annorlunda ut idag än när normalkurvan skapades, det finns märkbart högre andel utomlandsfödda och fler kvinnor med högt BMI. En förutsättning för tillförlitlig SF-mätning är att man följer instruktionen noggrant och att antalet mätare under en graviditet minimeras, eftersom variationen mellan olika mätare kan vara stor (Se Appendix 4 angående metod för SF-mätning enligt Westin.)

Enligt en Cochranereview från 2012 finns det otillräckligt med evidens för att förändra rutinerna med SF-mätning (41). En uppskattning av fostertillväxt med SF-mått och palpation bör därför göras vid varje besök efter 24 veckor och mätten dokumenteras i en SF-kurva. Avvikande SF-mått definieras som tre på varandra följande lika mätvärden eller ett mätvärde som ligger tre cm eller mer (två standarddeviationer) från medelvärdet för graviditetslängden. Vid avvikande eller avplanande SF-kurva görs ultraljud enligt lokala rutiner.

Fosterljudsauskultation

Att lyssna på fostrets hjärtljud verifierar att det är vid liv, men har därutöver inget evidensbaserat kliniskt eller prognostiskt värde (5). Det finns beprövad erfarenhet att avlyssnande med Doptone eller tratt hos kvinnor som så önskar kan ge dem ökad känsla av trygghet och anknytning till det väntade barnet. Det är viktigt att stödja patientens egen upplevelse av en frisk graviditet men dokumentation av den specifika frekvensen är överflödigt om den ligger inom normalområdet för aktuell gestationsålder. Högfrekvent ultraljud (Doptone) ska inte användas före vecka 18 (42).

Ultraljundsundersökning och fosterdiagnostik

Korrekt bestämning av gestationslängden minskar antalet induktioner på diagnosen överburenhet och ger en enhetlig grund för senare bedömningar under graviditeten. Datering i första trimestern rekommenderas för att fastställa gestationslängd och upptäcka flerbörd (4,5). Om datering inte görs i första trimestern ska det erbjudas i vecka 18-20. Det finns inget vetenskapligt underlag för att rekommendera RUL efter vecka 24 (5).

Ultraljundsundersökningar kan utökas med fosterdiagnostik om den gravida kvinnan/blivande föräldrarna i tidig graviditet fått information om detta och kvinnan önskar fosterdiagnostik. Exempel på fosterdiagnostik som erbjuds i nuläget är kombinerat ultraljud och biokemiskt prov (KUB) respektive organscreening.

Övrig fosterövervakning

Rutinmässig registrering av fosterrörelser saknar vetenskapligt stöd, men om en gravid kvinna upplever minskade fosterrörelser, ska hon uppmanas snarast söka vård. Minskade fosterrörelser definieras som kvinnans egen uppfattning av att fosterrörelserna är tydligt minskade, under minst två timmar, jämfört med vad hon känt tidigare.

CTG har inte visat sig ha något värde för övervakning av normal graviditet före förlossningsstart. Dopplerundersökning av blodflödet i arteria umbilicalis eller arteria uterina är inte indicerat i en lågriskpopulation och ingår därför inte i det medicinska basprogrammet (5).

Fosterläge

För att förebygga förlossningskomplikationer ska avvikande fosterlägen påvisas. Bestämning av fosterläge genom yttre och/eller inre palpation görs omkring vecka 36. Vid osäkerhet om fosterläge görs ultraljud. I tre procent av alla singelgraviditeter föreligger sätesbjudning, vilket är associerat med en något ökad risk för cerebral pares och övriga funktionshinder (43). Alla gravida med sätesbjudning bör erbjudas vändningsförsök enligt lokala rutiner.

Överburenhet

Överburenhet definieras enligt WHO som en graviditet som varat 294 dagar (42 fulla veckor) eller mer. Graviditetsdurationen skiljer sig dock något mellan olika etniska grupper (44). Vid en genomgång av graviditeter i Skåne (Perinatal Revision Syd) och Göteborg fann man att ca 18 procent av graviditeter går över 41+0 veckor (45).

En Cochranereview från 2012 visar lägre perinatal mortalitet och lägre kejsarsnittsfrekvens om förlossningen induceras vid $\geq 41+0$ veckor (46). Det är oklart om rutinmässig induktion av förlossning vid vecka 41, i jämförelse med vecka 42, förbättrar kliniska utfall. Randomiserade studier saknas, men en svensk nationell randomiserad studie är under införande för att kunna besvara denna frågeställning.

Hinnsvepning i fullgången tid minskar andelen överburna graviditeter. Om det saknas andra komplikationer som indicerar induktion, och i frånvaro av infektion, kan kvinnan erbjudas hinnsvepning före induktion (5). I en studie där man erbjöd hinnsvepning i v.38-40 minskade frekvensen överbur-

na efter 42 veckor från ca 13 procent till 3 procent (5). Inga negativa effekter har påvisats för mor eller barn utöver obehaget under åtgärden och eventuell vaginal blödning.

Om man väljer exspektans i överburen graviditet bör övervakning ske enligt lokalt vårdprogram. Andelen helt friska okomplicerade graviditeter i överburenhetsgruppen ökar i takt med att diagnostiken förbättras och att riskgraviditeter identifieras och förlossning induceras vid behov.

Graviditetshypertoni och preeklampsi

Blodtrycket sjunker normalt i tidig graviditet och stiger därefter mot fullgången tid. Hypertensiva sjukdomar förekommer hos 6-8 procent av alla gravida. Preeklampsi utvecklas hos 1,5-2 procent och eklampsi hos 0,2 procent. Dessa tillstånd är bland de vanligaste orsakerna till maternell och perinatal mortalitet och morbiditet. Handläggningen har stor betydelse för utfallet. Det finns ännu inte något kliniskt användbart screeningtest som kan förut säga preeklampsi. Riskfaktorer kan emellertid identifieras i tidig graviditet och övervakningen optimeras. Profylax med acetylsalicylsyra för högriskpatienter rekommenderas; riskvärdering i tidig graviditet har stor betydelse (8).

Alla läkare och barnmorskor inom MHV ska känna till symtomen och fynden som kan inge misstanke om svår preeklampsi samt handlägga skyndsamt enligt lokal riktlinje. Observera att även svår preeklampsi kan uppträda utan symtom. Se vidare SFOG:s ARG-rapport nr 72 (8).

Gestationsdiabetes

Ursprungligen var syftet med diagnosen GDM att kunna identifiera kvinnor med ökad risk för diabetes senare i livet. Fokus ligger idag mycket på det obstetriska utfallet, främst möjligheten att minska andelen LGA-barn med behandling (47,48). Screening och behandling av GDM anses därför vara befogad trots frånvaro av nationell och internationell kon-

sensus angående diagnostiska kriterier. Socialstyrelsen tar, i det nyutgivna dokumentet om gränsvärden för GDM, inte ställning till vilken screeningmetod som bör användas, utan endast till nivåerna för när blodsockersänkande behandling ska sättas in. Dessa nya gränsvärden identifierar en mycket större grupp med GDM än tidigare kriterier (49).

Diagnos

Definition av GDM och diabetes mellitus under graviditet i Sverige är enligt Socialstyrelsens dokument följande, baserat på oral 75-g glukosbelastning (OGTT):

- Manifest diabetes föreligger om venöst plasmaglukos fastande är $\geq 7,0$ mmol/L och/eller om 2-timmarsvärdet vid OGTT är $\geq 11,1$ mmol/L.
- GDM föreligger om ett eller flera av följande kriterier uppfylls: Fastande venöst plasmaglukos $\geq 5,1$ mmol/l; 1-timmarsvärde vid OGTT $\geq 10,0$ mmol/l; 2-timmarsvärde vid OGTT $\geq 8,5$ mmol/L

Screeningmetoder

Alla gravida i Sverige screenas för GDM, men screeningmetoderna varierar. De vanligaste metoderna är upprepade plasmaglukosprover respektive OGTT. Observera att ovan rekommenderade gränsvärden avser venöst plasma, medan kapillär provtagning är vanligast förekommande som screeningmetod MHV idag.

Då evidens saknas för att rekommendera någondera screeningmodell, behövs fortsatt forskning inom området (49).

Eftervård efter förlossning

Bakgrund

De senaste 30 åren har vårdtiderna i samband med barnafödande blivit allt kortare (50). När BB-vårdtiden sjunker ställs högre krav på kontinuitet i vårdkedjan, på patientsäkerhet samt på stödet och uppföljningen som erbjuds nyblivna föräldrar, särskilt under de två första veckorna efter förlossningen (51).

En väl fungerande vårdkedja mellan MHV, förlossningsklinik och BHV är nödvändig. Vårdgivaren ska utveckla och kvalitetssäkra ett system för uppföljning och stöd till föräldrar och barn efter utskrivningen från BB. Gällande rutiner och ansvarsförhållanden ska vara kända av all berörd personal (2).

Eftervårdsbesöket

Eftervårdsbesök utförs i normalfallet av den barnmorska kvinnan träffat på BMM under graviditeten, cirka 6-12 veckor efter förlossningen. Av de kvinnor som födde barn 2014 hade 77 procent varit på eftervårdsbesök inom fyra månader efter förlossningen. Rökare avstår oftare eftervårdsbesöket, liksom lågutbildade, kvinnor under 20 år och kvinnor med födelse-land utanför Norden (52). Eftervårdsbesöket kan med fördel bokas redan under graviditeten för bättre uppslutning. Det är även viktigt att föräldrarna har fått god information om första tiden efter förlossningen och vet vem de ska vända sig till vid problem (53). Det är sjuksköterskan vid barnavårdscentralen (BVC) som vanligen har uppdraget att screena för postpartumdepression första tiden efter förlossningen.

Eftervårdsbesökets innehåll:

- Samtal om kvinnans och partners förlossningsupplevelse (se nedan)
- Uppföljning av samtal om levnadsvanor, det vill säga tobak, läkemedel, alkohol, vikt, kost och fysisk träning
- Erbjudande om antikonceptionsrådgivning vid lämplig tidpunkt
- Gynekologisk undersökning (se nedan)
- Mätning av blodtryck, Hb, vikt, urinprov, graviditetstest vid behov
- Amningsstöd (se Kapitel 10)
- Utvärdering av psykiskt hälsotillstånd (se nedan)

Förlossningsupplevelsen

Upplevelsen av förlossningen följs upp av barnmorskan vid eftervårdsbesöket. Detta är extra viktigt för kvinnor med förlossningsrädsla.

Återkoppling bör ges till förlossningspersonal oavsett om kvinnan är nöjd eller om en realistisk förlossningsplan inte har följts. Det ska finnas rutin för handläggning av krisreaktion efter svår förlossningsupplevelse (54). Det är viktigt att även uppmärksamma partners upplevelse av förlossningen för att kunna hänvisa eller remittera till stöd vid behov.

Gynekologisk undersökning

Efter förlossning ingår inspektion av slemhinnor och bristningar samt en utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga (se Appendix 3), vilket är viktigt för bedöma inkontinens eller sexuella problem. Information om bäckenbottenträning samt instruktion om lämpliga knipövningar för att förebygga urininkontinens ges (55).

Psykiskt välbefinnande

Frågor om den nyblivna mammans psykiska välbefinnande kan ställas vid telefonkontakt efter förlossningen. Vid eftervårdsbesöket bedöms kvinnans psykiska hälsa. Barnmorskor som har utbildning och träning i att använda Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kan då använda detta instrument för att upptäcka postpartumdepression (56) (Se Kapitel 8).

Partners delaktighet

Partners delaktighet i förlossning och eftervård är betydelsefull för denne/-as känsla av trygghet, vilket ger ett stöd och trygghet även för den nyblivna mamman. Partnern är välkommen vid eftervårdsbesöket och barnmorskan bör fråga även om hens upplevelse av förlossningen och relationen till det nyfödda barnet.

FAKTARUTA 1 Medicinska basprogrammet

I tidig graviditet ska kvinnan erbjudas:

- Besök hos barnmorska, inklusive samtal om levnadsvanor, bruk av alkohol, tobak och droger samt medicinering. Detta besök erbjuds inom en vecka från det att den gravida kvinnan tagit kontakt, vilket utgör ett kvalitetsmått avseende tillgänglighet.
- Besök hos barnmorska senare i första trimestern för fördjupad obstetrisk, medicinsk, psykiatrisk och social anamnes samt provtagning. Anamnesen och provsvar ligger sedan till grund för bedömning om handläggning enligt basprogram, annat vårdprogram eller individuell vårdplan.
- Läkarbedömning för kvinnor med komplikationer eller risker.

FAKTARUTA 2 Medicinska basprogrammet

Kvinnans vikt och längd mäts vid inskrivningsbesöket och body mass index, (BMI: vikt i kg/(längd i m)²), beräknas:

- Undervikt (BMI <18,5)
- Normalvikt (BMI 18,6-24,9)
- Övervikt (BMI 25-29,9)
- Fetma (BMI 30-35)
- Massiv fetma (BMI >35)

FAKTARUTA 3 Medicinska basprogrammet

Graviditet, viktuppgång och fetma

- Fetma är en riskfaktor för komplikationer under graviditet och förlossning; risken kan till viss del minskas med låg viktuppgång under graviditeten.
- Hög viktuppgång under graviditeten ökar risken för komplikationer även hos normalviktiga kvinnor och ger risk för kvarstående övervikt efter förlossningen.
- Viktuppgång mellan graviditeter ökar risken för komplikationer även hos normalviktiga kvinnor.

FAKTARUTA 4 Medicinska basprogrammet

Anemiscreening och järnbristscreening under graviditet

- Hb bör tas i tidig graviditet och i graviditetsvecka 24-28 för att utesluta anemi.
- Screening för järnbrist rekommenderas för kvinnor med normalt Hb för att kunna optimera handläggning av järntillskott. S-ferritin är det lämpligaste provet för detta syfte. Järntillskott doseras lägre än behandling för järnbristanemi.
- Hb <110 g/L i tidig graviditet respektive <105 g/L i graviditetsvecka 28 ska utredas och järnsubstitution övervägas om anemin beror på järnbrist.

FAKTARUTA 5 Medicinska basprogrammet

Erythrocytimmunisering under graviditet

1 Varje BMM ska ha tydliga rutiner för blodgruppering och antikroppsscreening under graviditet med syfte att:

- upptäcka erythrocytantikroppar som kan påverka fostret och/eller det nyfödda barnet. RhD-positiva kvinnor har lika stor risk som RhD negativa kvinnor att bilda andra antikroppar än anti-D.
- uppmärksamma eventuella problem vid transfusionsbehov till både mor och barn, t.ex. behov av sällsynt blod
- bestämma RhD-typ eftersom de kvinnor som är RhD-negativa ska behandlas med Rh-profylax, om barnet är RhD-positivt, senast vid förlossningen

2 Alla gravida, RhD-positiva liksom RhD-negativa, screenas med blodgruppering och erythrocytantikropsbestämning i vecka 10-12 samt i vecka 27-29.

3 En immunisering som sker efter andra trimestern orsakar sällan en allvarlig påverkan på barnet, varför det inte är indicerat med ytterligare rutinmässig provtagning efter vecka 29, även på RhD-negativa gravida.

FAKTARUTA 6 Medicinska basprogrammet

Blodtrycksmätning under graviditet

- Använd manuell sfygmomanometer eller annan validerad metod.
- Kvinnan bör vara i sittande/bakåtlutad position med armen i hjärthöjd.
- Adekvat manschettstorlek, minst 33 x 15 cm, ska användas.
- Töm manschetten långsamt, med 2-3 mmHg/sekund, under minst 30 sekunder.
- Mät till närmaste 2 mmHg för att undvika avrundningsfel.
- Konfirmera gärna systoliskt tryck med palpation av pulsen.
- Använd Korotkoff V (hjärtljuden försvinner) för diastoliskt tryck.
- Vid två mätningar, registrera medelvärdet, inte lägsta värdet.
- Mät alltid blodtrycket i höger arm.

FAKTARUTA 7 Medicinska basprogrammet

Symtom och fynd vid svår preeklampsi, efter graviditetsvecka 20:

- Blodtryck $\geq 160/110$ mmHg eller diastoliskt blodtryck ≥ 110 mmHg vid minst två tillfällen med fyra timmars intervall
- Signifikant proteinuri $\geq 300\text{mg}/24$ timmar
- Oliguri (<500 ml/dygn)
- Huvudvärk, synstörning, strokeliknande bortfallssymtom, kramper
- Svåra smärtor i epigastriet eller under höger arcus, med eller utan kräkning
- Svullnad, inklusive i ansiktet, skakighet, frånvarokänsla, allmän sjukdomskänsla utan annan förklaring

FAKTARUTA 8 Medicinska basprogrammet

- Hyperglykemi under graviditet är associerat med negativa obstetriska och neonatala utfall och är en riskfaktor för att insjukna i typ 2 diabetes senare i livet. Ju högre blodsockernivåer, desto sämre blir utfallet.
- Det saknas evidens för att avgöra bästa screeningmetod men screening för GDM ska erbjudas alla gravida.

Referenser

1. Hälsö- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet, Svensk författningssamling (SFS); 1982:763.
2. Kunskapsstöd för Mödrahälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. p. 79.
3. Ny P, Plantin L, Dejin-Karlsson E, Dykes AK. The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis. *Midwifery*. 2008;24(3):281-90.
4. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(10):CD000934.
5. Committee opinion no 611: method for estimating due date. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):863-6.
6. RCOG. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE guidelines; 2014 Contract No: 62. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>
7. Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015(2015-4-4):186.
8. Preeklampsi. ARG-rapport nr 72. Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2014
9. Ny P, Dykes AK, Molin J, Dejin-Karlsson E. Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):805-13.
10. Fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik. Socialstyrelsens författningssamling 2012:20. Artikel-nr: 2012-12-34.
11. Tyreoidasjukdom i samband med graviditet. SFOG-riktlinje; 2014 https://www.sfog.se/media/193365/sfog_riktlinje_tyreoidea.pdf
12. Lau EY, Liu J, Archer E, McDonald SM, Liu J. Maternal weight gain in pregnancy and risk of obesity among offspring: a systematic review. *J Obes*. 2014;2014:524939.
13. Hancke K, Gundelach T, Hay B, Sander S, Reister F, Weiss JM. Pre-pregnancy obesity compromises obstetric and neonatal outcomes. *J Perinat Med*. 2015;43(2):141-6.
14. Weight gain during pregnancy reexamining the guidelines. Institute of Medicine; 2009. <https://www.iom.edu/pregnancyweightgain>
15. Ronnberg AK, Ostlund I, Fadl H, Gottvall T, Nilsson K. Intervention during pregnancy to reduce excessive gestational weight gain-a randomised controlled trial. *BJOG*. 2015;122(4):537-44.

16. Muktabhant B, Lumbiganon P, Ngamjarus C, Dowswell T. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:CD007145.
17. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;6:CD007145.
18. Ramsay M, James D, Steer P, Weiner C, Gonic B. Normal values in pregnancy. 2nd ed. London: WB Saunders, 2000.
19. Hytten F. Blood volume changes in normal pregnancy. *Clin Haematol.* 1985;14(3):601-12.
20. Recommendation USPSTF. Routine Iron supplementation and screening for Iron deficiency anemia in pregnant women: A Systematic review 2015. Contract No: 13-05187-EF-2.
21. Guideline for blood grouping and antibody testing in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology (BCSH); 2008.
22. Jayatilleke N. Antenatal screening for Rhesus D status and red cell antibodies UK National Screening Committee. UK National Screening Committee; 2013.
23. Tiblad E, Taune Wikman A, Ajne G, Blanck A, Jansson Y, Karlsson A, et al. Targeted routine antenatal anti-D prophylaxis in the prevention of RhD immunization-outcome in a new antenatal screening and prevention program. 2013;8(8):e70984.
24. Soothill PW, Finning K, Latham T, Wreford-Bush T, Ford J, Daniels G. Use of cfDNA to avoid administration of anti-D to pregnant women when the fetus is RhD-negative: implementation in the NHS. *BJOG.* 2015;122(12):1682-6.
25. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9:CD000020.
26. Dajak S, Roje D, Haspl ZH, Maglic PE. The importance of antenatal prevention of RhD immunisation in the first pregnancy. *Blood Transfus.* 2014;12(3):410-5.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Vitamin D in pregnancy. Contract No: 43. Stad; 2014.
28. Infektionsscreening av gravida, SOSFS 2004:13. Socialstyrelsen; 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-10-13>
29. INFPREG, kunskapscentrum för infektioner under graviditet. <http://www.medscinet.se/infpreg/>
30. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women. British HIV Association; 2012. Uppdaterad 2014. <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Pregnancy/2012/BHIVA-Pregnancy-guidelines-update-2014.pdf>
31. Profylax och behandling vid graviditet hos HIV-1 infekterade kvinnor. Behandlingsrekommendation. Referensgruppen för Antiviral Terapi; 2013. <http://www.sls.se/Global/RAV/Dokument/profylax-behandling-graviditet-hiv1-infekterade-kvinnor.pdf>
32. Behandling av kronisk hepatit B-virusinfektion hos barn och vuxna-2007. Referensgruppen för Antiviral Terapi; 2007. <http://www.sls.se/RAV/Rekommendationer/Hepatit-B-virus/>
33. Läkemedelsbehandling av hepatit C virusinfektion hos vuxna och barn. Behandlingsrekommendation. Referensgruppen för Antiviral Terapi; 2015. <http://www.sls.se/RAV/Rekommendationer/Hepatit-C-birus/>
34. Johnson J, Anderson B. Screening, prevention, and treatment of congenital cytomegalovirus. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(4):593-9.
35. Walker SP, Palma-Dias R, Wood EM, Shekleton P, Giles ML. Cytomegalovirus in pregnancy: to screen or not to screen. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:96.
36. Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H: Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000262.
37. Kazemier BM, Koningsstein FN, Schneeberger C, Ott A, Bossuyt PM, de Miranda E, et al. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(11):1324-33.
38. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;8:CD000490.
39. Prevention av tidiga infektioner med grupp B-streptokocker (GBS) hos nyfödda – Rekommendationer för riskbaserad profylax baserade på underlag från experter. Artikel-nr: 2008-130-7 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-130-7>
40. Rekommendationer för profylax och behandling av influensa. Folkhälsomyndigheten; 2015. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Rekommendationer-for-profylax-och-behandling-av-influensa/>
41. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD008136.
42. Axelsson O, Marsal K, Valentin L. Prenatal ultrasonography requires medical indication. The risks are mostly uninvestigated, some findings are unsettling. *Läkartidningen.* 2007;104(16):1216-7.

43. Andersen GL, Irgens LM, Skranes J, Salvesen KA, Meberg A, Vik T. Is breech presentation a risk factor for cerebral palsy? A Norwegian birth cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2009; 51(11): 860-5.
44. Patel RR, Steer P, Doyle P, Little MP, Elliott P. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *Int J Epidemiol.* 2004; 33(1):107-13.
45. Perinatal Revision Syd, Ulla-Britt Wennerholm, personligt meddelande.
46. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6:CD004945.
47. Fadl HE, Gardefors S, Hjertberg R, Nord E, Persson B, Schwarcz E, et al. Randomized controlled study in pregnancy on treatment of marked hyperglycemia that is short of overt diabetes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(11):1181-7.
48. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2477-86.
49. Gränsvården för graviditetsdiabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015(2015-3-13).
50. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973-2012 – Assisterad befruktning 1991-2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikel-nr: 2013-12-16. ISBN: 978-91-7555-123-4.
51. Barimani, M. Bridging the gap in the chain of care for expectant and new mothers, (PhD dissertation). Stockholm: Karolinska Institutet, Centre of Family and Community Medicine Department of Neurobiology, Care Sciences and Society; 2012.
52. Graviditetsregistret. <https://www.graviditetsregistret.se>
53. Persson E K, Fridlund B, Kvist L J, Dykes A-K. Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *J Adv Nurs.* 2011;67(1):105-16.
54. Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. SoS rapport 2011:09. Nationella medicinska indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
55. Friden C, Nordgren B, Åhlund S (eds.). Graviditet, hälsa och träning. Lund: Studentlitteratur, 2011.
56. Barnafödande och psykisk sjukdom. ARG-rapport nr 62. Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2009

7. Läkemedel under graviditet och amning

Användning av läkemedel under graviditet är komplicerat och kan skapa oro både hos den gravida kvinnan och vårdgivaren. Läkemedel klassificeras utifrån kända eller misstänkta risker vid användning under graviditet. Preparatens generiska namn måste uppges för att de ska kunna jämföras i olika länder om risk för fosterskada misstänks eller upptäcks. Klassificeringen, som publiceras i FASS, ger en viss vägledning för kliniska beslut.

Epidemiologiska studier av fosterpåverkan vid läkemedelsanvändning under graviditet saknas till stor del men uppgifter om gravidas läkemedelsanvändning förs sedan 1994 in i MFR (1). Detta ger goda möjligheter att studera eventuella samband mellan läkemedelsanvändning och uppkomst av olika fosterskador. Noggrann dokumentation av läkemedel tagna under graviditet utgör en förutsättning för tillförlitliga registerdata. Det finns tyvärr betydande brister inom detta område, bland annat på grund av MHV-journalens utformning.

I takt med att allt mer blir känt om läkemedels inverkan under graviditet har det blivit tydligt att ett flertal preparat kan och bör förskrivas, varav många är viktiga för att en kvinna med kronisk sjukdom ska kunna fullfölja en graviditet på ett säkert sätt. Det finns ett ökat antal gravida med diabetes mellitus, svår reumatisk sjukdom, epilepsi, behandlingskrävande psykisk sjukdom eller essentiell hypertoni samt gravida som transplanterats. Att handlägga dessa graviditeter ställer ökade krav på sjukvården och samverkan mellan ordinarie specialist och MHV-läkare eller obstetriker

är av största vikt för optimal medicinering, både för den gravida kvinnan och fostret.

Information om läkemedel och fosterskador finns på webbplatsen www.janusinfo.se som utges av Stockholms läns landsting (2). Med internationell litteratur och MFR som underlag finns information om så gott som samtliga läkemedel i Sverige. Texterna uppdateras fortlöpande. Databasen är till stor hjälp i rådgivningssituationen, både när det gäller att välja rätt läkemedel, och för att bedöma konsekvenserna av läkemedel kvinnan redan tagit. Sedan 2009 används i janusinfo.se termen "rensade" missbildningar. Detta innebär att vissa lindriga missbildningar inte inkluderas. Det är viktigt att tolka informationen i janusinfo.se korrekt. Ett helt nytt preparat som endast har använts av ett fåtal gravida genererar inga data som kan användas vid riskbedömning då inga, eller få, missbildningar och andra negativa effekter är inrapporterade. Helt nya läkemedel ska givetvis förskrivas till gravida med mycket stor försiktighet.

Fostrets känslighet varierar under olika perioder av utvecklingen. Under första trimestern föreligger störst risk för strukturella missbildningar. En del effekter av läkemedelsanvändning under graviditet visar sig först efter nyföddhetsperioden, ibland lång tid efteråt.

Eftersom skadliga effekter av läkemedel kan ske i mycket tidig graviditet, innan graviditeten är känd av kvinnan själv, är det viktigt för alla förskrivande läkare att beakta möjligheten att en kvinna kan vara eller snart kan bli gravid när läkemedel väljs.

När det gäller amning är det lika viktigt att

väga eventuella effekter på det nyfödda barnet av läkemedel mamman tar mot hennes behov av behandling.

Det är viktigt att ha kunskap om att ett läkemedel kan ha olika effekter under graviditet och amning. janusinfo.se har även ett kapitel om amning.

Referenser

1. Medicinska födelseregistret. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/epc>
2. Läkemedel och fosterskador. Janusinfo. Stockholms läns landsting. <http://www.janusinfo.se>

FAKTARUTA

Läkemedel

- Kvinnor som medicinerar uppmanas konsultera behandlande läkare när de planerar graviditet.
- Läkare som förskriver läkemedel till kvinnor i fertil ålder ska beakta möjligheten att de kan vara, eller inom kort bli, gravida.
- All läkemedelsanvändning under graviditet och amning ska vara välmotiverad och behandlande läkare ska alltid bedöma läkemedelsbehovet, ibland i samråd med obstetriker och/eller pediatriker.
- Information kan hämtas i FASS och på webbsidan www.janusinfo.se. På webbsidan finns också information om hur en fosterskada uppstår.
- Noggrann och heltäckande dokumentation av läkemedel tagna under graviditet utgör en förutsättning för bättre kunskap om effekter på graviditetsutfall.

8. Psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och puerperium

Caroline Lilliecreutz, Kerstin Johannesson, Inger Nordenhem

Bakgrund

Ökad kunskap om att psykisk ohälsa/sjukdom negativt kan påverka graviditets- och förlossningsutfall har gjort att kvinnors psykiska hälsa under graviditet, efter förlossningen och under småbarnstiden alltmer har kommit i fokus (1). Hälsofrämjande psykologiska och sociala faktorer, liksom levnadsvaneförändringar, kan minska konsekvenserna av psykisk ohälsa. Att uppmärksamma och motivera kvinnor med psykisk ohälsa och sjukdom att ta emot stöd och behandling både för sin egen, familjens och det väntade barnets skull är ett av MHV:s viktigaste uppdrag. I en svensk prevalensstudie fann man att psykisk sjukdom var lika vanligt hos gravida som icke-gravida kvinnor i motsvarande åldrar. I andra trimestern uppfyllde 14 procent av kvinnorna DSM IV-kriterierna för en psykisk sjukdom (2).

Depression och ångest hos den blivande mamman har i studier visat sig öka risken för prematur förlossning och för att barnet föds SGA (3). Uttalad maternell ångest/stress påverkar fostrets HPA-axel (samspel mellan hypothalamus, hypofys och binjure) och hög ångestnivå hos den gravida kvinnan kan leda till omdistribution av fosterblodflöden (4).

Den viktiga relationen mellan barn och förälder under graviditet och småbarnstid kan störas av psykisk sjukdom hos mamman, vilket ökar risken för senare anknytningsproblematik hos barnet (5). Barn till mammor som

haft ångest och/eller depression under sin graviditet har ökad risk för emotionella, kognitiva, beteendemässiga och motoriska problem (3,6-8).

Psykisk sjukdom kan även ses som en riskmarkör för mödradödlighet. I Storbritannien är suicid hos den nyblivna mamman den enskilt största orsaken till mödradödlighet året efter förlossningen. Även en svensk studie visar att suicid som orsak till maternell död var en av de tre vanligaste dödsorsakerna dag 42-364 postpartum (9).

Graviditetens psykologi

Graviditeten är en övergångsperiod i livet som innebär möjligheter till förändring och utveckling av den egna personen och relationer till andra. Hur man klarar av denna period beror på vad man varit med om tidigare i livet och den aktuella livssituationen. Graviditeten kan beskrivas som en generell mognads- och utvecklingsperiod för den blivande mamman/paret.

Det blivande föräldraskapet

Genom tankar, känslor och reflektioner kring det väntade barnet och den kommande föräldrarollen börjar relationen till barnet formas redan under fostertiden. De viktigaste sociala skyddsfaktorerna för kvinnans välbefinnande är en stabil och trygg parrelation och ett väl

fungerande socialt nätverk. Tillsammans med en tilltro till den egna förmågan att bära, föda och ta hand om barnet ger det en bra grund i föräldraskapet. Hinder för en positiv utveckling av relationen till barnet och föräldraskapet under graviditeten kan till exempel vara psykisk sjukdom i familjen, svår krisreaktion, ambivalens till graviditeten, långvarig och svår stress/oro, instabil relation till partnern, svår förlossningsrädsla, bristande socialt nätverk, flera negativa livshändelser under det närmast föregående året eller sociala och ekonomiska problem. Man har alltmer insett hur stor betydelse det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har för barnets fortsatta utveckling och förmåga att hantera framtida svårigheter och kriser. Om föräldrar inte kan tillfredsställa barnets grundläggande behov av skydd och omvårdnad, utan om barnet istället behöver anpassa sig till föräldrarnas behov, riskerar anknytningsmönstret att bli otryggt. En förälder som har förmågan att se tillvaron ur barnets perspektiv och som har resurser att oftast möta dess behov kommer sannolikt att ge barnet erfarenheter som gynnar ett tryggt anknytningsmönster, vilket i sin tur är en hälsofrämjande faktor i barnets fortsatta liv. Svåra omständigheter som psykisk sjukdom, psykiska funktionshinder, problem med alkohol eller droger, våld i nära relation eller pågående trauma motverkar ett tillräckligt gott föräldraskap och kan öka risken för framtida allvarlig psykisk och social problematik hos barnet, problem som kan kvarstå livet ut.

Inom MHV ska därför sådana omständigheter systematiskt uppmärksammas, liksom samspelet föräldrarna emellan, deras bild av det väntade barnet och deras inställning till sitt kommande föräldraskap (10,11).

Graviditetens psykologiska utvecklingsfaser

Den biologiska graviditeten delas in i trimestrar. En motsvarande indelning kan göras av den "psykologiska graviditeten". Psykoanalytikern Joan Raphael-Leff har skapat en använd-

bar struktur som beskriver graviditeten som en psykologisk utvecklingsprocess och övergångsperiod indelat i fyra faser (12,13).

Reflektioner och frågeställningar kring graviditetens psykologiska utvecklingsfaser från barnmorskans patientmöten och eventuella behov av extra insatser kan med fördel tas upp med läkare eller MHV-psykolog.

Första trimestern – Fusionsfas – Fas 1

Graviditetsbeskedet utgör startpunkten för en omvälvande tid som präglas av överklighetskänslor. Plötsligt blir man uppfylld av att tänka, fantisera och reagera på att bli förälder. Självbilden förändras vartefter graviditeten fortskrider. Första tiden sker det mesta på ett inre plan, både fysiskt och psykiskt. Kvinnans psykologiska uppgift är att känslomässigt integrera barnet som en del av sin kropp. Hon är i stort behov av omsorg och trygghet. Det är viktigt att partnern/nära anhöriga förstår detta för att lättare kunna stötta henne.

Andra trimestern – Differentieringsfas – Fas 2

Denna fas börjar när fosterrörelserna uppfattas. Barnet blir en separat individ och den känslomässiga dialogen med det inleds. Oron för tidigt missfall har släppt. Kvinnans illamående avtar. Hon går in i en period då hon varken känner sig icke-gravid eller gravid, innan magen börjar ta form och graviditeten blir synlig. Barnet existens blir mer påtaglig för kvinnan/paret.

Kvinnan/paret börjar nu fantisera och relatera till barnet som person och utveckla en begynnande bindning. Omsorgssystemet aktiveras och barnet inkluderas i planer och fantasier. Tidigare relationer till ursprungsfamiljerna och den egna mamman börjar bearbetas. Förlossningen börjar få aktualitet. Långsiktigt övervägande och ställningstaganden kring bland annat arbete, bostad och utbildning tar form.

Tredje trimestern – Separationsfas – Fas 3

Graviditeten blir alltmer påtaglig, liksom förlossningen. En uppladdning och mobilisering startar genom funderingar om kroppens resurser. I fokus står förmågan att föda och att klara av det känslomässigt. Undran, oro, otålighet, längtan efter barnet är påtaglig hos kvinnan/paret. Kvinnan kan vara trött på graviditeten samt på att vara tung och orörlig, och förbereder sig inför förlossningen. Det sker en successiv separation mellan modern och barnet i magen.

Kvinnans koncentration vänder sig inåt och mot barnet och kan resultera i en viss avskärmning mot omvärlden. Det uppstår ett starkt behov att avsluta åtaganden och arrangera praktiskt för barnet, man "boar". Nyfikenheten och otåligheten ökar. Kvinnan/paret föreställer sig hur förlossningen kommer att bli. De slutförbereder sig för den och för mötet med barnet. De inre bilderna kvinnan/paret gjort sig av barnet i magen är tillräckligt flexibla för att passa ihop med det barn de möter vid förlossningen. Tiden efter förlossningen, ansvaret att klara omsorgen om barnet och den förändrade vardagen börjar bli mer verkligt.

Postpartum - Fas 4

Lättnad upplevs över att förlossningen är över. Förlossnings- och BB-tidens starka kroppsliga och känslomässiga erfarenheter ska smältas. Kvinnans kropp ska återhämta sig. Det är en omtumlande tid, även praktiskt. Vidare ska förväntningar och fantasier konfronteras med det verkliga barnet. Samarbetet i familjen och samspelet med barnet ska utvecklas och föräldraskapet ska därigenom successivt ta form och integreras i den utvidgade identiteten.

Psykosociala risker och psykosocialt arbetsätt

Psykosocial riskgraviditet

Sociala och ekonomiska omständigheter påverkar hälsan hos mödrar och barn. Bostads-situation, utbildning, etnicitet, religion, arbetssituation, ekonomi, livsstil, drogbruk, familjesituation, olika former av familjebildning, socialt nätverk, ålder, utvecklingsstörning, andra kognitiva svårigheter, neuropsykiatriska funktionshinder samt våld i nära relation är faktorer som kan påverka kvinnans och barnets hälsa och möjligheterna till en positiv graviditetsutveckling. Det är viktigt att känna till kvinnans och familjens levnadsvillkor så att lämpligt stöd vid behov kan erbjudas.

Låg medelinkomst och låg utbildningsnivå samvarierar med rökning och övervikt. Kvinnor som är socioekonomiskt utsatta har högre sjuklighet, vilket även gäller psykisk ohälsa. Upplevelse av orättvisa och ojämlikhet kan påverka hälsan (14).

Doktorsavhandlingen "Barn till psykosociala riskmödrar" visar att psykosociala problem under graviditeten hos många kvinnor kvarstår efter barnens födelse (15). Det innebär att många av deras barn riskerar en sämre hälsa (16,17). MHV ska därför redan under graviditeten uppmärksamma kvinnor med psykosocial problematik för att kunna initiera stöd och eventuell behandling som kan fortsätta även när barnet är fött. På så sätt kan prognosen för barnets utveckling förbättras (5).

Psykosocialt arbete inom MHV

Psykosocialt arbete innefattar både ett synsätt, en metodik och ett förhållningsätt (18,19).

Det grundläggande synsättet innebär att sociala, psykologiska och kroppsliga faktorer ofta interagerar och sammantaget påverkar kvinnors och barns hälsa i samband med graviditet och barnafödande. Metodiken innebär förebyggande insatser för alla blivande föräldrar där barnmorskan/läkaren ger stöd så att de själva kan hantera sin situation och utveck-

las i samband med graviditet, förlossning och småbarnstid. Metodiken innefattar också riktade insatser där det föreligger psykosociala riskfaktorer. Här är psykosocial konsultation med MHV-psykolog och samverkan med andra aktörer central.

Personalens förhållningssätt är centralt i det psykosociala arbetet med blivande föräldrar. Det ska präglas av empati och ett salutogent synsätt, vilket innebär att man aktivt uppmuntrar och stödjer det friska, normalpsykologiska reaktioner samt hälsofrämjande attityder och levnadsvanor. För att uppmärksamma eventuella riskfaktorer och utforma det stöd som behövs får extra besök ibland planeras in. Kontinuitet i kontakten mellan barnmorskan och familjen stärker relationen. Det gör det också troligare att barnmorskan får ta del av relevanta fakta och underlättar att vid behov få föräldrarnas samtycke till utökade insatser.

Psykosociala frågor bör aktualiseras under hela graviditeten och barnmorskor och läkare ska ha möjlighet till kontinuerlig psykosocial konsultation.

De psykosociala insatserna bör integreras med det medicinska basprogrammet och ska utformas i samverkan med MHV-psykologer, kuratorer, BHV, psykiatri, socialtjänst, missbruksenheter och andra relevanta verksamheter. Alla kontakter tas om möjligt i samråd med de blivande föräldrarna och samverkansmöten/planeringsrund med berörda aktörer och helst även paret kan vara av värde. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 25 kap 12 § och 26 kap 9 § medger dock utrymme att lämna uppgift om gravid kvinna eller anhöriga om det behövs för att möjliggöra insats till skydd för det väntade barnet (20). En lokal handlingsplan för samverkan kring blivande föräldrar i behov av särskilt stöd bör finnas, liksom fungerande vårdkedjor för olika typer av problematik.

Mål med det psykosociala arbetet:

- Att medverka till en så positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnsperiod som möjligt
- Att stärka individens egna resurser för att

klara olika påfrestningar

- Att graviditeten blir en tid av mognad och föräldraförberedelse
- Att kvinnan ska känna tillit till den gravida kroppens förändringar
- Att barnet blir tydliggjort som en egen individ
- Att främja en positiv inre bild av barnet och glädje i föräldrauppgiften
- Att minska risken för störningar under graviditet, efter förlossning och spädbarnsperiod samt minska risken för onödiga interventioner
- Att främja ett positivt graviditetsutfall genom att motivera till levnadsvaneförändringar och minska graviditets- och förlossningsrelaterad oro/ångest

I Appendix 2 ses exempel på ett psykologiskt basprogram för MHV.

Att uppmärksamma och handlägga psykisk ohälsa/sjukdom

Det grundläggande arbetet görs genom en fördjupad anamnes där barnmorskan frågar om ärftlighet för psykisk sjukdom, aktuell eller tidigare psykisk ohälsa/sjukdom, tidigare och pågående vårdkontakter samt behandling i form av samtalsterapi och/eller läkemedel. Det kan vara svårt att få fram korrekta uppgifter och frågorna bör vara utformade så att kvinnan förstår att alla tillfrågas och att det finns möjligheter till behandling.

För att få stöd i anamnesen kan barnmorskan använda sig av fyra frågor (21):

- 1) Har du sista månaden känt dig nedstämd, deprimerad eller förtvivlad?
- 2) Har du sista månaden haft minskat intresse eller glädje när du gjort saker?
- 3) Har du sista månaden känt dig nervös, ängslig eller otålig?
- 4) Har du sista månaden haft svårt att sluta känna eller inte kunnat kontrollera oro?

För korrekt diagnos måste kvinnan remitteras till en enhet där en klinisk bedömning kan genomföras.

EPDS är ett självskattningsformulär validerat för att användas både under graviditeten och efter förlossningen (22,23). De tio frågorna handlar om hur sinnesstämningen varit de sju senaste dagarna. EPDS kan användas inom MHV för att avfärda eller förstärka misstanken på depression eller för att initiera ett fördjupat samtal om hur kvinnan mår. Frågorna i EPDS kan göra det lättare att på ett strukturerat sätt kartlägga förekomsten av nedstämdhet hos den gravida kvinnan. Ännu finns det inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera att EPDS används som screeninginstrument inom MHV (24). Om EPDS ändå används som screeninginstrument, måste tydliga riktlinjer och tillräckliga resurser finnas för vidare handläggning.

Affektiv sjukdom

Den vanligaste psykiska sjukdomen hos gravida kvinnor är depression. Prevalensen för depression under graviditet anges i olika studier vara mellan 11 och 17 procent (25,26). Symptomen kan vara svårtolkade och svåra att skilja från vanliga graviditetsbesvär. Många studier finner ett klart samband mellan depression och/eller ångest under graviditet och postpartumdepression (27,28).

Prevalensen för postpartumdepression varierar i olika studier mellan 8 och 15 procent (25,28). Riskfaktorer för att insjukna i postpartumdepression är depression i anamnesen, depression/ångest under graviditeten, problem i parrelationen, ensamstående gravid, utanförskap, stressande livshändelser och svår förlossningsupplevelse. Hälsöfrämjande faktorer är en välfungerande parrelation, god sömn och möjligheter till stöd och avlastning. Genom att redan under graviditeten uppmärksamma kända riskfaktorer för postpartumdepression, och i samråd med kvinnan informera BHV, kan MHV bidra till tidig upptäckt och eventuellt minska risken för insjuknande. Psykosociala eller psykologiska insatser kort efter förlossningen kan eventuellt förebygga depression (29). Kvinnor med misstänkt depression under graviditet bör erbjudas extra stöd och

vid behov remitteras till psykolog, psykoterapeut och/eller läkare för bedömning. Kvinnor med känd depression rekommenderas kontakta behandlande läkare alternativt remitteras till psykiater. Kvinnor som är deprimerade och som avslutat tidigare medicinering med antidepressiva läkemedel i anslutning till graviditeten bör överväga att återinsätta sin medicinering. Det finns idag många studier talande för att användningen av SSRI under graviditet och amning är säker (30,31). Paroxetin bör dock om möjligt inte sättas in i tidig graviditet då det är förknippat med en lätt förhöjd risk för hjärtmissbildning.

Postpartumdepression hos mamman kan påverka barnets kognitiva och emotionella utveckling. Om mamman har en positiv attityd till föräldrauppgiften motverkar det risken för negativ utveckling hos barnet. Barnmorskan bör därför utforska föräldrarnas känslor inför föräldraskapet (32-34).

Förutom samtalsterapi och/eller läkemedelsbehandling finns det studier som talar för att fysisk aktivitet före, under och efter förlossningen och god sömn kan minska depressionssymptom samt förebygga postpartumdepression (35,36).

Kvinnor med **bipolär affektiv sjukdom** (manodepressiv sjukdom) bör alltid handläggas av psykiater under och efter graviditet. Risken är särskilt stor för insjuknande i depression/mani efter förlossningen för dessa kvinnor (37). Adekvat planering och omhändertagande i samband med förlossningen och postpartumtiden är av yttersta vikt.

Postpartumpsykos förekommer hos ca 0,1 procent av nyblivna mammor. Kvinnor med bipolär sjukdom eller svår depression är de som har störst risk att utveckla en psykos efter förlossningen. Det är av stor vikt att dessa kvinnor får hjälp att sova och för denna patientgrupp behövs ofta läkemedel som inte är förenliga med amning. Insjuknandet inträffar oftast inom 48-72 timmar men det kan dröja upp till 5-6 veckor innan symptomdebut (38). En postpartumpsykos är ett urakut tillstånd och det föreligger en ökad risk för suicid och

utvidgat suicid. Kvinnan ska utan dröjsmål komma i kontakt med psykiatrisk vård.

Ångestsjukdomar

Många kvinnor är oroliga under sin graviditet. Normal oro lindras oftast vid samtal där man får svar på sina frågor. En viktig uppgift för MHV är att särskilja en gravid eller nyförlösts naturliga oro från en potentiellt allvarlig men behandlingsbar ångestsjukdom. Ångestsjukdomar är lika vanligt förekommande i samband med graviditet och barnafödande som annars, prevalensen beräknas vara 7-17 procent i befolkningen (2). Depressionsjukdomar och ångestsjukdomar överlappar varandra. Liksom vid depression kan svår ångest orsaka långvariga stresstillstånd med kända negativa effekter för graviditetsutfall och barnets hälsa och utveckling.

Enstaka **panikattacker** är vanligt förekommande och många har upplevt det någon gång i sitt liv. Vissa graviditetssymtom, såsom hjärtklappning eller andfäddhet, kan utlösa panik känslor. Liksom hos icke-gravida är det viktigt att utesluta somatiska orsaker till ångestliknande symtom, till exempel hjärtklappning. Om kvinnan är kroppsligt frisk poängteras att panikattacker i sig inte är farliga. Paniksyndrom innebär upprepade panikattacker och förekommer hos 1-2 procent. Dessa kvinnor kan känna särskild ångest för att få panik under förlossningen men det är ovanligt att man drabbas av en attack just då (39).

Generaliserat ångestsyndrom med kronisk oro, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, trötthet och muskelspänning som varat minst sex månader är vanligare i samband med barnafödande än annars (8,5 procent jämfört med 3 procent) (2).

Blod-, sprut- och stickfobi kan påverka vården under graviditet och förlossning. Det är viktigt att ta dessa fobier på allvar och erbjuda behandling om symtomen är uttalade (40).

Post-traumatic stress disorder (PTSD) är ett allvarligt handikappande tillstånd med svåra påträngande minnen och mardrömmar. PTSD bör särskilt beaktas som en riskfaktor

där kvinnan har erfarenhet av krig och flykt. Cirka två procent av alla förlossningar resulterar i PTSD hos kvinnan.

Vid misstanke om ångestsymtom av lindrig karaktär rekommenderas stöd hos MHV-psykolog eller annan psykolog men vid svåra eller kroniska tillstånd bör den gravida kvinnan remitteras till psykiater eller kontakta sin ordinarie läkare för bedömning.

Tvångssyndrom innebär ofrivilliga tvångstankar och/eller beteenden eller mentala ritualer. Ofta föreligger en samsjuklighet med depression och även med vissa personlighetsstörningar. Tvångssyndrom förekommer i 0,2-1,2 procent under graviditet och 2,7-4 procent postpartum. Tvångstankar om att skada sitt barn är en svår plåga och stor skam för den gravida kvinnan och behandling bör ske av eller i samarbete med psykiatrin.

Förlossningsrädsla

Lätt till måttlig rädsla inför förlossningen ska hanteras av barnmorska inom MHV med stödjande samtal (41).

I en nyligen publicerad studie fann man att 14,6 procent av förstföderskor och 15,2 procent av omföderskor i Sverige har en uttalad förlossningsrädsla (42). Extrem förlossningsrädsla eller fobi förekommer hos 2,4 procent och innebär stark ångest kopplad till tankar om kommande förlossning (43). Vid uttalad och extrem förlossningsrädsla bör kvinnan remitteras till särskild enhet för att planera inför förlossningen. Tillståndet är ofta behandlingsbart (44).

Man delar in förlossningsrädsla i primär och sekundär. Den primära förlossningsrädslan finns redan före första graviditeten och förlossningen och kan ha många bakomliggande orsaker. Co-morbiditeten mellan primär förlossningsrädsla och psykisk sjukdom, i synnerhet ångestsyndrom, är stor (44). Ibland är förlossningsrädsla ett socialt accepterat uttryck för en mer omfattande och djupgående, odefinierbar ångest eller en rädsla för det kommande föräldraskapet. Erfarenhet av våld och/eller sexuella övergrepp kan ibland initiera

förlossningsrädsla. Barnmorskan bör även uppmärksamma om partnern har påtaglig förlossningsrädsla. Kvinnor med uttalad primär förlossningsrädsla ska erbjudas kontakt med barnmorska/obstetiker med särskild kompetens och vid behov även med annan profession.

Sekundär förlossningsrädsla har uppstått i samband med en tidigare negativ förlossningsupplevelse och den gravida kvinnan ska även här hänvisas till barnmorska/obstetiker med särskild kompetens (45). Kvinnan, tillsammans med eventuell partner, ska erbjudas en genomgång av tidigare förlossning och förlossningsupplevelse. Ett nära samarbete med förlossningsklinik är avgörande för att skapa trygghet och utforma rutiner för omhändertagandet. En visuell analog skala (VAS) avseende nöjdhet med förlossningsupplevelsen kan användas på BB för att få en uppfattning om kvinnans aktuella behov av extra stöd. Barnmorskan/läkaren ska även vid eftervårdsbesöket efterhöra kvinnans upplevelse av förlossningen och vid behov erbjuda stöd och/eller remittera kvinnor som haft en svår förlossningsupplevelse vidare. Akut sectio eller annan instrumentell förlossning medför ökad risk att utveckla symtom på posttraumatisk stress. Efter akut sectio beräknas 1,5 procent utveckla PTSD (45, 46).

Ätstörningar

Ätstörningar kan definieras som ett stort tänkande och beteende när det gäller mat, vikt och uppfattningen om den egna kroppen. Hos unga kvinnor uppges prevalensen för anorexi vara cirka 1 procent och för bulimi 1-3 procent. Det är inte känt hur vanligt det är med ätstörning under graviditet men troligen är det underdiagnostiserat på grund av att kvinnor försöker dölja tillståndet. Kvinnor med tidigare ätstörning löper en ca 20-procentig risk för återfall i samband med graviditet (47).

Risken för perinatale komplikationer är stor för kvinnor med tidigare eller pågående ätstörning. Bland annat rapporteras högre risk för hyperemesis, missfall, IUGR, förtidsbörd

och sectio. Tidigare eller pågående ätstörning innebär ökad risk för mammans och barnets hälsa och bör uppmärksammas genom att barnmorskan tidigt i graviditeten rutinmässigt frågar om kvinnan har eller har haft "matproblem eller ätstörningar" (48-50). Särskild vårdplanering med extrabesök och viktskattning av fostret kan behövas, särskilt vid oro för undernäring. Information till BHV är angeläget på grund av ökad risk för postpartumdepression och uppfödningproblem.

Psykosjukdom

Kronisk psykosjukdom, såsom schizofreni, är mycket ovanligt bland gravida, incidensen beräknas ligga under en procent. Det är mycket viktigt att vårdgivare inom MHV, psykiatri, BHV och socialtjänst samverkar för att noggrant planera för förlossning, tiden på BB, och postpartumperioden samt ta ställning till amning, med beaktande av det väntade barnets behov. Normalpsykologiska perspektiv ska stärkas så långt det är möjligt under graviditeten.

Kognitiva och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Hos personer med intellektuellt funktionshinder/psykisk utvecklingsstörning, andra kognitiva svårigheter, neuropsykiatriska funktionshinder eller förvärvad hjärnskada beror förmågan att utvecklas som förälder på graden av funktionshinder, erfarenheter under uppväxten och aktuella levnadsförhållanden. I gruppen finns en överrepresentation av personer med erfarenheter av social isolering, begränsad arbetsmarknad, trakasserier, misshandel, institutionsuppväxt och avsaknad av förebilder när det gäller föräldraskap och familjeliv (24). Barn till dessa föräldrar riskerar i högre grad än andra barn att utsättas för omsorgssvikt och det är också vanligare med en försämrad språklig, kognitiv och emotio-

nell utveckling. Samverkan mellan MHV, BHV och socialtjänst krävs och bör initieras redan före förlossningen för att ge stöd till föräldrarna, utvärdera och tillgodose barnets behov och tillföra utvecklingsbefrämjande insatser. Att föräldrarna kan förmås att se positivt på riktat stöd och få förståelse för sina egna svårigheter underlättar (51,52).

Intellektuell funktionsnedsättning/ psykisk utvecklingsstörning

Av Sveriges befolkning har ca 1,5 procent en lindrig intellektuell funktionsnedsättning/psykisk utvecklingsstörning. Blivande föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning/psykisk utvecklingsstörning behöver uppmärksammas då det väntade barnet är dubbelt utsatt; dels finns herediter för eget funktionshinder, dels ökad risk för omsorgssvikt.

Kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning/psykisk utvecklingsstörning och deras barn har ökad risk för medicinska komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Det är vanligare med prematur förlossning, att barnet föds SGA och det är mer än fyra gånger så stor risk att barnet dör i anslutning till födseln jämfört med barn till andra kvinnor (53).

Neuropsykiatriska funktionshinder

Allvarlighetsgraden av Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är olika för olika individer. Symptomen består i uppmärksamhetsstörning, impulsivitet och hyperaktivitet/överaktivitet. Uppmärksamhetsstörning utan hyperaktivitet benämns Attention Deficit Disorder (ADD) och tros förekomma något oftare hos kvinnor än ADHD. ADD kan innebära samma svårigheter som vid ADHD att planera och organisera sin vardag, vilket lätt blir ett problem i föräldrauppgiften.

Autismspektrumstörningar inklusive Aspergers syndrom förekommer också i olika grader och medför perceptiva och exekutiva svårigheter som utgör betydande utmaningar

i föräldraskapet. Blivande föräldrar med dessa funktionshinder behöver redan före förlossningen individuell bedömning och kartläggning av stödbehovet i det kommande föräldraskapet.

Psykofarmaka i samband med graviditet och amning

Liksom vid somatisk sjukdom ska den gravida kvinnans behov av medicinering vid psykisk ohälsa vägas mot eventuella negativa effekter på det väntade barnet. Ibland behöver psykiater och obstetiker samråda för att komma fram till den bästa medicineringen under och efter graviditeten. Som nämnts ovan, behöver ibland kvinnans behov av sömn eller medicinering vägas mot hennes önskemål om att amma.

Att särskilt uppmärksamma

Det händer att blivande föräldrar saknar insikt om sitt behov av stöd eller om sjukdomens effekt på föräldraförmågan. De flesta gravida kvinnor, men inte alla, är villiga att ta emot hjälp för att det väntade barnet ska utvecklas på bästa sätt eller för att få nödvändigt skydd och stöd efter förlossningen. Som nämnt ovan, finns stöd i Offentlighets- och Sekretesslagen att lämna uppgifter till socialtjänst eller till andra verksamheter inom hälso- och sjukvården, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet, även i fall där den gravida kvinnan inte samtycker till denna samverkan.

Referenser

1. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007;20(3):189-209.
2. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, aStrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):148-54.
3. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):25-35.
4. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsal K. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;74(2):149-55.
5. Brodén, M. Graviditetens möjligheter. Stockholm: Natur & Kultur; 2004.
6. O'Connor TG, Heron J, Glover V; Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(12):1470-7.
7. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry.* 2005;58(3):211-7.
8. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(3-4):245-61.
9. Esscher A, Högberg U, Haglund B, Essén B. Maternal mortality in Sweden 1988-2007: more deaths than officially reported. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92(1):40-6.
10. Broberg A, ed. Anknypningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer. Stockholm: Natur & Kultur; 2006.
11. Broberg A, ed. Anknypning i praktiken. Tillämpningar i anknypningsteorin. Stockholm: Natur & Kultur; 2008.
12. Rafael Leff J, ed. Psychological processes of child-bearing, 1991. London: Anna Freud Centre; 2004.
13. Rafael Leff J, ed. Pregnancy. The inside story. London: Jason Aronson Inc. Publishers, 1995.
14. Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA.* 2006;295(11):1304-7.
15. Sydsjö G. Psykosociala riskgraviditeter och deras utfall. (doktorsavhandling). Linköping: Linköpings Universitet; 1992.
16. Wadsby M, Svedin CG, Sydsjö G. Children of mothers at psychosocial risk growing up: a follow up at the age of 16. *J Adolesc.* 2007;30(1):147-64.
17. Sydsjö G, Wadsby M, Svedin CG. Children of psychosocial risk mothers: Early mother-child interaction and behavioural disturbances in the children at the age of 8 years. *J Reprod Infant Psychol.* 2001;19:135-45.
18. Socialstyrelsens Allmänna råd:1981:4. Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 1981.
19. Mödra-barnhälsovård - förslag till principprogram. Socialstyrelsens utredning 1979:4.
20. Till dig som är skyldig att anmäla oro för barn – information för dig som är anmälningskyldig enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
21. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidelines. NICE guidelines. National Institute for Health and Care Excellence; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
22. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry.* 2011;65(6):414-8.
23. Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord.* 1996; 39(3):185-9.
24. Kunskapsstöd för mödrhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
25. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(3): 251-5.
26. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy - prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol.* 2003;21:113-23.
27. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):459-66.
28. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression - nedstämdhet och depression i samband med barnafödande. Stockholm: Pointline/Brolins; 2003.
29. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2: CD001134.
30. Byatt N, Deligiannidis K, Freeman M. Antidepressant use in pregnancy: A critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127(2): 94-114.
31. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3): 483-97.

32. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* 1996;67(5):2512-26.
33. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child.* 1997;77(2):99-101.
34. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(4):263-74.
35. Teychenne M, York R. Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: a review. *Am J Prev Med.* 2013;45(2):217-27.
36. Nascimento SL, Surita FG, Cecatti JG. Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012;24(6):387-94.
37. Epstein R, Moore K, Bobo W. Treatment of bipolar disorders during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug Healthc Patient Saf.* 2015;7:7-29.
38. Harlow B, Vitonis AF, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):42-8.
39. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1285-98.
40. Lilliecreutz C, Josefsson A, Sydsjö G. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women-a group intervention program. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(3):259-65.
41. Förlossningsrädsla. ARG-rapport nr 51. Stockholm: SFOG; 2004.
42. Lukasse M, Schei B, Ryding EL; Bidens Study Group. Prevalence and associated factors of fear of . in six European countries. *Sex Reprod Healthc.* 2014;5(3):99-106.
43. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relation between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol and Psychother.* 2002;9:122-30.
44. Saisto T1, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(3):201-8.
45. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(4):240-50.
46. Susan A1, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord.* 2009;119(1-3):200-4.
47. Kouba S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol.* 2005;105(2):255-60.
48. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *J Am Diet Assoc.* 2001;101(4):448-54.
49. Petersen- Sollid C, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(1):206-10.
50. Wolfe BE. Reproductive health in women with eating disorders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(2):255-63.
51. Föräldrar med utvecklingsstörning och deras barn - vad finns det för kunskap? Underlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
52. Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning. Socialstyrelsens lägesbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
53. Höglund B. Pregnancy, childbirth and midwifery care among women with intellectual disability in Sweden: Epidemiological and descriptive studies (doktorsavhandling). Uppsala: Uppsala Universitet; 2012.

9. Föräldrastöd

Inledning

Regeringens definition av föräldrastöd är: "... en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk" (1). Baserat på samlad beprövad erfarenhet och kunskap, tidigare styrande dokument, de nationella folkhälsomålen, MHV:s och BHV:s folkhälsoarbete, Barnkonventionen och en genomgång av internationella översikter, kan man hävda att det finns starkt stöd för att utgå ifrån och vidareutveckla det tidiga föräldrastödet som MHV och BHV erbjuder idag. Professionernas egen rapport Tidigt föräldrastöd (2) kan med fördel användas som underlag för verksamheternas arbete med organisation, utformning och utveckling av föräldrastödet.

Bakgrund

Föräldrastöd har alltid ingått i barnmorskans arbete. Behovet av föräldrautbildning har diskuterats sedan 1960-talet och har behandlats i ett antal utredningar som samstämmigt understryker vikten av tidigt föräldrastöd. Det övergripande målet är att stärka föräldrarna i deras föräldraskap, vilket åstadkoms genom att ge ökade kunskaper, skapa möjlighet till kontakt och gemenskap och skapa medvetenhet om möjlighet till påverkan av samhällsförhållanden (3).

Socialdepartementets utredning "Stöd i föräldraskapet" (4) presenterades 1997. Enligt utredningen var begreppet föräldrautbildning föråldrat och skulle ersättas med begreppet "stöd i föräldraskapet".

2008 presenterade Föräldrastödsutredningen sitt betänkande Föräldrastöd – En vinst

för alla (1), där utredaren betonar vikten av samordning, kompetens och barnperspektiv inom föräldrastödet. I rapporten påtalas omfattande vetenskaplig grund för att stöd till föräldrar, som bidrar till att utveckla ett gott samspel mellan föräldrar och barn, gynnar en positiv utveckling hos barnen och minskar psykisk ohälsa och andra hälsoproblem.

Regeringen presenterade 2009 handlingsplanen Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd, vilken uppdaterades 2013. Fokus ligger på det generella föräldrastödet och målet är att alla föräldrar ska erbjudas stöd under barnets hela uppväxt.

Under senare delen av 1990- och 2000-talet tycks utvecklingen av föräldrastödets former och innehåll gå mot större skillnader inom och mellan landsting. Vissa landsting går mot ökad samverkan mellan olika professioner, ofta i form av familjecentraler. I andra slår man samman små BMM till större centrala enheter där barnmorskorna arbetar längre ifrån BHV och områdesbundna kommunala verksamheter, såsom socialtjänst och öppen förskola, vilka är viktiga ur ett föräldrastödsperspektiv.

Vårdvalet (5) har medfört att fler små BMM har etablerats och att det geografiska områdesansvaret har försvunnit. Detta innebär dels att samverkan kan försvåras, dels att det kan bli svårare att uppnå målet att främja ett socialt nätverk för familjerna.

Vägledande principer

Vad menas med föräldrastöd? Enligt den nationella strategin ska det generella föräldrastödet innebära ett brett utbud av insatser som föräldrar erbjuds ta del av och som syftar till att främja barns hälsa och psykosociala utveckling. I Tidigt föräldrastöd har följande väg-

ledande principer för det tidiga föräldrastödet tagits fram (2):

- Delaktighet, inflytande och frivillighet
- Barnperspektivet
- Folkhälsoperspektivet och hälsovinster för barnet och dess förälder
- Jämlikhet och jämställdhet
- Kunskap, och kompetens
- Hälsofrämjande förhållningssätt
- Tvärprofessionell samverkan
- Utvärdering, utveckling och stabilitet över tid

Mål och metoder

Målsättningen för MHV:s föräldrastöd är att främja barns hälsa och utveckling och att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet, samt fysisk och psykisk förlossningsförberedelse. I "Ta föräldrar på allvar – om föräldraskap och föräldrastöd" (6) diskuteras grundläggande värderingar kring föräldraskap och målsättningen med föräldrastödet.

MHV:s föräldrastödsarbete sker genom:

- fortlöpande enskilda möten med föräldrar
- föräldragrupper (generella och riktade)
- samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter

De tre arbetssätten kompletterar varandra och är delvis överlappande, vilket behövs för att alla ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot enskilda föräldrars och barns behov.

Alla generella program och metoder för användning under graviditet och spädbarnstid måste utformas i enlighet med spädbarnsforskningens rön så att naturligt hälsofrämjande funktioner inte störs. Det bör vara ett grundantagande inom MHV att de flesta föräldrar klarar sin föräldrauppgift på en tillräckligt bra nivå utan särskild träning eller utbildning. Empowerment-filosofin betonar snarare att stärka föräldrar i tron på sin egen förmåga hellre än att ge intryck av att föräldrauppgiften kräver experthjälp.

Föräldragrupsmetoder

Olika former av föräldrastöd i grupp eller individuellt som rapporterats vid inventering av de regionala MHV-enheterna år 2013:

- *Traditionella föräldragrupper*: En mindre grupp (4-7 par) träffas 4-5 ggr
- *Familjecentral*: Flera professioner samverkar i föräldrastödet. Föräldrarna erbjuds ofta sammanhållna grupper från MHV till BHV och flera gruppträffar erbjuds
- *Storgrupper*: Mer än 16 personer träffas vid några få tillfällen. Dessa grupper är inte sammanhållna mellan MHV och BHV
- *Tematräffar*: Öppna grupper utifrån olika teman
- *Aulaföreläsningar*: Enbart information om förlossning och eftervård i storgrupp. Föreläsningen genomförs ofta i samarbete med barnmorskor som tjänstgör på förlossning/BB.
- *Pappagrupsverksamhet*: Denna verksamhet kan vara en integrerad del i de generella föräldragrupperna eller vara en separat verksamhet.
- *Praktisk förlossningsförberedelse*: Exempelvis övning i andningsprofylax och avslappning
- *Grupp-MHV*: Varje besök på BMM innehåller förutom de individuella kontrollerna även en timmes gruppinformation och diskussion. Förlossningsförberedelse och föräldrastöd vävs in i varje besök.
- *Riktade föräldragrupper*: Några exempel är unga föräldrar, föräldrar med funktionshinder, andra språk, graviditets- och förlossningsproblematik, tvillinggraviditet.
- *Individuellt stöd*: Blivande föräldrar som inte deltar i föräldragrupp får vid besök hos barnmorska ta del av och diskutera de teman som tas upp i grupperna.
- *Webbaserat föräldrastöd*: www.1177.se/gravid och www.rikshandboken-bhv.se är kunskapsbaserade hemsidor.

Riktade föräldragrupper

MHV har ett särskilt ansvar att identifiera medicinska och psykosociala riskgrupper, för

att erbjuda god medicinsk vård och gott psykosocialt stöd. Föräldrargrupsverksamhet är en del av detta uppdrag.

Vissa grupper deltar i mindre omfattning i den ordinarie föräldrargrupsverksamheten, till exempel icke svensktalande föräldrar och unga föräldrar (7). Dessa föräldrar har ofta ett litet socialt nätverk och har ibland mindre förmåga att själva påverka sin livssituation. Riktad gruppverksamhet kan då vara en möjlighet att öka den sociala kontaktytan och stärka den egna förmågan. I detta arbete är MHV:s områdesansvar och samverkan med flera andra aktörer, såsom BHV och socialtjänst, ofta viktig för att kunna utforma ett gott stöd och riktade insatser såväl individuellt som i grupp.

Folkhälsomålen och tidigt föräldrastöd

Inom MHV och BHV bedrivs, som redan nämnts, grundläggande folkhälsoarbete. Dessa verksamheter möter i stort sett alla blivande och nyblivna föräldrar som befinner sig i ett skede av livet då många är öppna för levnadsvaneförändringar (se Kapitel 3 och 4).

Barnkonventionen och tidigt föräldrastöd

Sverige ratificerade konventionen 1990 (8) och förband sig därmed också att göra den känd enligt artikel 42: "De stater som anslutit sig till konventionen åtar sig att göra konventionens bestämmelser och principer allmänt kända bland vuxna och barn". MHV och BHV har bättre möjlighet än många andra att utföra den uppgiften, då verksamheterna i princip når hela befolkningen. Föräldrastöd i grupp ger en bra möjlighet att nämna Barnkonventionens grundtankar. Ett arbetsmaterial, Viktigast av allt, tänkt att användas i föräldrargrupp, publicerades av Barnombudsmannen år 2011 (9).

Det finns också en generell strategi för att stärka barns rättigheter i Sverige i enlighet med konventionens syfte (10).

Hörnstenar i Barnkonventionen

Alla barn har rätt till liv och utveckling. Alla barn har rätt till inflytande. Inget barn får diskrimineras. I beslut som rör barn ska man tänka på vad som blir bäst för barnet.

Satsningar på stöd i föräldraskapet är ett led i att genomföra och förverkliga Barnkonventionen. Flera av Barnkonventionens 54 artiklar anknyter till frågan om föräldrastöd liksom till föräldraskapet i sig, till exempel Artikel 24, som tar upp behovet av att satsa på föräldrastöd och barnets rätt till hälsa genom att utveckla förebyggande hälsovård och föräldrarådgivning. Innehåll och förhållningssätt i föräldrastöd ska vara utformat i enlighet med Barnkonventionen.

Vetenskaplig grund för tidigt föräldrastöd

Det har publicerats ett flertal uppsatser och studier avseende tidigt föräldrastöd (11-15). Det råder dock brist på systematisk och generaliserbar dokumentation om de långsiktiga effekterna för föräldrar och barn. De utvärderingar som finns är i huvudsak gjorda utifrån lokala kvalitetssäkringsperspektiv. Detta försvårar möjligheterna att få en vetenskapligt grundad uppfattning om den bästa utformningen av föräldrastöd. En samlande enhet som initierar, bevakar och sammanställer lokala projekt och svensk forskning inom föräldrastödsområdet saknas. Frånvaron av samlad kunskap och vetenskaplig evidens kan uppfattas som att nuvarande metoder ej ger effekt. Frånvaron av evidens avseende effekten är emellertid inte det samma som att det finns evidens för att effekt saknas.

I Folkhälsoinstitutets konferensrapport *Vikten av evidens. Värdet av förebyggande och behandlande insatser baserade på social och folkhälsovetenskaplig forskning* (16) framhålls också komplexiteten i att evidensbasera hälsofrämjande insatser i ett folkhälsoarbete. Vikten av att ställa upp utvärderingsbara mål och delmål för olika insatser påtalas.

Under 2000-talets senare del har fler upp-

satser och studier avseende tidigt föräldrastöd publicerats. En studie visar att ingen skillnad fanns mellan deltagare och icke-deltagare i föräldrautbildning när det gällde användande av epiduralbedövning, minne av förlossningsmärta, förlossningsupplevelsen som helhet eller uppfattningen om sig själv som en god förälder (17). Blivande föräldrar är överväldigande positiva till att delta i föräldragrupper, enligt en annan studie. De viktigaste anledningarna att delta uppges vara att förbereda sig inför föräldraskapet, att känna sig mer säker i att ta hand om en nyfödd samt förlossningsförberedelse (18).

Behovet av föräldragrupper bekräftas i ytterligare en studie som visar på ett starkt behov av att få träffa andra i samma situation, då föräldrarna är motiverade att få information och diskutera viktiga ämnen som rör föräldraskap. Fler träffar bäddar för successivt ökad trygghet och en känsla av att vara bekväm i gruppen. Barnmorskan är trovärdig som vårdgivare och viktig i gruppen för att bekräfta och balansera kunskaper från andra källor (19).

Förutsättningar för föräldrastödsverksamhet

Organisation

Uppdraget ska vara förankrat på nationell, regional och lokal nivå och vara sanktionerat av ansvarig huvudman. Ansvarig verksamhetschef måste vara insatt i föräldrastödets betydelse för att säkerställa dess resurser och kvalitet. Liksom all verksamhet inom MHV ska föräldrastöd vara kostnadsfri för familjerna.

Samverkan

MHV och BHV ska samverka på nationell, regional och lokal nivå. För samverkan mellan landstings- och kommunala verksamheter, som t.ex. i familjecentraler, ska skrivna överenskommelser finnas som tydliggör förutsättningarna.

Personal

Barnmorskans utbildning och arbete består till stor del av att förebygga ohälsa samt identifiera och behandla hälsoproblem. Föräldrastöd är av en annan natur och förutsätter kunskap om principer och pedagogik för hälsofrämjande arbete.

Att leda grupper är en dynamisk process där handledning/fortbildning är nödvändigt för att kunna bibehålla och utveckla kompetensen som gruppledare och hålla sig uppdaterad inom ämnesområdet. Gruppledaren bör ha ett pedagogiskt förhållningssätt som leder till reflekterande samtal och utvecklingsprocesser bland deltagarna samt ger möjlighet att knyta nya kontakter.

Barnmorskan behöver, i sitt arbete med föräldrastöd, ett tydligt uppdrag och ett gott stöd från verksamhetschef och ledning. MHV-psykolog och/eller erfaren MHV-barnmorska bör erbjuda regelbunden konsultation/handledning till gruppledarna. Folkhälsoinstitutets skrift Att växa som föräldragrupsledare (20) ger en god grund, liksom Föräldrar frågar, vi vågar - att leda föräldragrupper (21).

Form och metod

Föräldrastöd ska erbjudas alla blivande och nyblivna föräldrar. Verksamheten ska utformas efter såväl mäns som kvinnors behov och genomsyras av ett genusperspektiv. Det ska finnas ett utbud av generellt och riktat stöd både individuellt och i grupp. Föräldrastödsverksamhet ska ta hänsyn till kulturella och socioekonomiska förutsättningar och olika former av familjebildning.

Föräldrarnas egna resurser ska lyftas fram och de ska stimuleras till reflektion. Gruppmetoder som rekommenderas ska ha relevans för målgruppen och vara attraktiva. Det ska finnas metoder utformade för familjer med behov av särskilt stöd. Metoder med internationellt ursprung bör anpassas till svenska förhållanden innan de införs på bred front. Föräldrastödet ska innefatta både förlossnings- och föräldraförberedelse.

Utveckling och utvärdering

Internationella rekommendationer är samstämmiga i att det viktigaste föräldrastödet och det som har mest långsiktiga effekter är det som sker innan barnet är fött. MHV bör systematiskt utveckla, undersöka, dokumentera och sammanställa effekterna av olika former av tidigt föräldrastöd.

Rekommendationer

Samlad erfarenhet, aktuellt kunskapsläge, tidigare styrdokument, folkhälsomålen, Barnkonventionen och internationella översikter ger starkt stöd för att utgå ifrån och vidareutveckla det tidiga föräldrastöd som MHV erbjuder idag. Utmaningen är att utveckla former för föräldrastöd som svarar mot olika behov hos föräldrar och barn. För fortsatt utveckling av föräldrastödsarbete inom MHV behövs dokumentation, systematisk utvärdering och forskning.

Sammanhållna grupper från MHV till BHV innebär stora fördelar. Innehållet i verksam-

heten kan då disponeras så att gruppledarna kan följa upp olika frågor över längre tidsperiod. Föräldrarna ges större möjlighet att skapa varaktiga sociala kontakter. Föräldrastödet sätts in i ett längre perspektiv som bättre motsvarar de mål som inte enbart handlar om kunskapsförmedling. Sammanhållna grupper ska vara öppna för visst tillskott av medlemmar. Det är en fördel om föräldragrupper startar tidigt då öppenheten för långsiktiga förändringar erfarenhetsmässigt är som störst. Det finns dock i delar av landet svårigheter att skapa sammanhållna grupper, då olika former av vårdval kan leda till att gruppmedlemmar på en BMM kan välja många olika BVC.

Innehållet i träffarna ska styras av de blivande föräldrarnas önskemål och behov. Nedan listas exempel på teman som enligt professionens erfarenhet bör diskuteras under träffarna. Vissa frågor är mer lämpade som öppna diskussionsämnen medan andra är möjliga att ta upp i en föreläsning eller ska dryftas enskilt. Det ska alltid finnas utrymme för föräldrarnas egna frågor eller reflektioner.

Teman för föräldrastöd i grupp eller individuellt

Levnadsvanor	Kost, motion, tobak, alkohol, droger, stress och barnsäkerhet
Graviditet	Fysiska och psykiska förändringar, anatomi och fysiologi
Förlossning	Förlossningsstart, normal förlossning, smärta, smärthantering, andning och avslappning, induktion, komplicerad förlossning Komplikationer hos mor och barn BB-tiden Smärtlindring, medicinsk och icke-medicinsk Bristningar
Praktisk förlossningsförberedelse	Förlossningsförberedelse med träning bör ingå (andning, avslappning, målbilder och visualisering). De blivande föräldrarna bör uppmuntras att träna hemma*.
Det väntade och nyfödda barnet	Barnet i magen, egna inre bilder av det väntade barnet, det nyfödda barnets kompetens och behov, prematuritet, förebygga skakvåld mot spädbarn. Barnkonventionen
Amning och uppfödning	Bröstens anatomi och fysiologi, amning under barnets första dagar, önskemål om att avstå eller oförmåga till amning, bröstmjölkersättning, amning under barnets första levnadsår
Föräldraskap	Från två till tre, den nya familjen, egna förebilder, föräldraledighet, jämställt föräldraskap Barnkonventionen
Parrelationen	Att vårda och utveckla relationen, tid för varandra, konflikthantering, sex, preventivmedel, balans arbete och familj

* Signematerialet kan rekommenderas (22).

Referenser

1. Föräldrastöd – en vinst för alla – Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp tillföräldrar i deras föräldraskap. SOU; 2008:131.
2. Pia Collberg m.fl. Tidigt föräldrastöd- en fördjupad beskrivning och analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården 2007. Arbetsgruppsrapport. <http://www.rikshandboken-bhv.se>
3. Föräldrautbildning. Kring barnets födelse och första levnadsår. Socialstyrelsen redovisar 1984:12. Stockholm: Socialstyrelsen; 1984.
4. Stöd i föräldraskapet. Betänkande av utredningen om föräldrautbildning. SOU 1997:161. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
5. Vårdval i primärvården, Regeringens proposition 2008/09:74.
6. Ta föräldrar på allvar – om föräldraskap och föräldrastöd. Gustafsson, Inga & Kihlbom, Magnus (Red.) Sfph:s monografiserie, nr.49. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa, 2010.
7. Graviditetsregistret. <http://www.graviditetsregistret.se>
8. Rönqvist A. Mänskliga rättigheter: Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm: Utrikesdepartementet; 1990.
9. Viktigast av allt. Barnombudsmannen. <http://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/genomfora-barnkonventionen/viktigast-av-allt-om-barnets-rattigheter-i-familjen-foldrar/>
10. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Regeringskansliet; 2015. <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2011/10/s2010.026/>
11. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U, Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(5):436-43.
12. Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2005;84 (3):284-254.
13. Olsson P, Jansson L, Norberg A. Parenthood as talked about in Swedish Ante-and Postnatal Midwifery Consultations. *Scand J of Caring Sci.* 1998;12 (4)205-214.
14. Olsson P. Antenatal midwifery consultations. A qualitative study, (Medical dissertations New Series No 643). Umeå: Umeå University; 2000.
15. Premberg Å. Fathers' experience of Childbirth Education. *J Perinatal Educ.* 2006;15(2).
16. Vikten av evidens. Värdet av förebyggande och behandlande insatser baserade på social och folkhälsovetenskaplig forskning. FHI 2002:32. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
17. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial *BJOG.* 2009;116(9):1167-76.
18. Ahldén I, Alehagen S, Dahlgren LO, Josefsson A. Parents Expectations About Participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *J Perinat Educ.* 2012;21(1):11-7.
19. Norling-Gustafsson A, Skagshammar K, Adolfsson A. Expectant parents experiences of parental education within the antenatal service. *Psychol Res Behav Manag.* 2011;4:159-67
20. Att växa som föräldragrupsledare – ett handledningsmaterial. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
21. Nyström K, Roth K, Svensson L. Föräldrar frågar, vi vågar – att leda föräldragrupper. Interaktiva metoder och övningar för personal inom mödra- och barnhälsovård. Göteborg: PedEtik; 2008.
22. Signematerialet. Svenska Barnmorskeförbundet; 2004. <http://www.barnmorskeforbundet.se>

10. Amning

Kristin Svensson

Bakgrund

I Sverige började amningen att minska under 1940-50 talen, troligen bland annat på grund av medikaliseringen av barnafödande, barnuppfödning med mjölkersättning och minskad kunskapsöverföring mellan generationerna. 1970 ammadades endast 35 procent av barnen vid två månaders ålder (1). Både myndigheter och ideella organisationer har sedan dess verkat för att höja amningsfrekvensen. Livsmedelsverket rekommenderar enbart amning i omkring sex månader och därefter upp till ett år eller längre, med tillägg av annan föda (2,3).

WHO/UNICEFS Tio Steg för en fungerande amning

År 1990 initierade UNICEF, med stöd av WHO, satsningen Baby-Friendly Hospitals, i Sverige kallat "Amningsvänliga sjukhus" (4). Syftet var att öka amningsfrekvensen genom utbildning av personal, information till föräldrar samt införandet av amningsvänliga åtgärder och vårdrutiner i vårdkedjan. 1996 hade samtliga svenska sjukhus utvärderats och statistiken visade att fler svenska barn ammadades.

De flesta landsting har idag utarbetade amningsstrategier för hela vårdkedjan baserade på de "Tio Stegen". Forskningen visar att de "Tio stegen" fortfarande är aktuella.

De Tio Stegen innebär att:

1. Följa ett handlingsprogram för amning som all personal är medveten om

2. Ha de kunskaper och färdigheter som behövs för att följa handlingsprogrammet
3. Informera alla blivande mammor/föräldrar om fördelarna med att amma och hur man kommer igång med och upprätthåller amningen
4. Låta barnet så snart som möjligt efter förlösningen ligga hud mot hud hos mamman under en till två timmar, se till att barnet har fria luftvägar och mår bra, uppmuntra mamman/föräldrarna att lägga märke till när barnet är redo att bli ammat och erbjuda hjälp om det behövs
5. Visa mamman hur hon kan amma och hålla igång mjölkproduktionen, även om hon måste vara åtskild från sitt barn
6. Inte ge nyfödda barn annan föda än bröstmjölk, såvida det inte är medicinskt motiverat
7. Ha samvård, det vill säga låt mammor/föräldrar och nyfödda barn vara tillsammans dygnet runt
8. Uppmuntra mamman att amma så ofta barnet vill
9. Informera mamman/föräldrarna om att man vid amningsproblem kan undvika att ge barn sug- och dinapp* under de första en till två levnadsveckorna för att underlätta att amningen ska komma igång
10. Uppmuntra att det bildas stödgrupper för amning samt informera mammor/ föräldrar när de skrivs ut från sjukhuset om möjligheten att få stöd och hjälp vid amningsmottagningar och BVC

*Nappen bör undvikas innan amningen är mer etablerad, gäller inte de barn som inte har fri tillgång till bröstet.

Effekter av amning och bröstmjök

Bröstmjölkens sammansättning svarar helt mot det nyfödda barnets behov, både vad gäller föda och infektionsskydd under de första sex månaderna (2,5-7). Den nära kontakten vid amningen främjar anknytningen och kan underlätta samspelet mellan mor och barn.

Studier har visat, på folkhälsonivå, att barn som ammas har mindre risk för bland annat mag- tarminfektioner, öroninfektioner, luftvägsinfektioner, infektionsutlösta luftrörsbesvär av astmatyp, plötslig spädbarnsdöd och typ 2 diabetes. Senare i livet ses också positiva hälsoeffekter, såsom att amning minskar risken för högt blodtryck, övervikt och diabetes (2,5-7). Även delamning minskar denna risk till viss del.

Amningen har också positiva effekter för kvinnan. Bland annat minskar risken för blödning i samband med förlossning, återhämtning efter förlossningen sker snabbare och viktnedgång påskyndas. En fungerande amning är enkel, praktisk, miljövänlig, kostnadseffektiv och ger positiva ekonomiska effekter för samhället (6-8).

Långsiktiga hälsoeffekter är minskad risk för bröst- och ovarialcancer och minskad risk för postpartumdepression (6,7).

Nuläge

Aktuell forskning visar att amningsutbildning under graviditet är bland de mest effektiva åtgärder för att främja och stödja amningen (9,10). MHV ska ge blivande föräldrar möjlighet och utrymme att diskutera och reflektera över amning samt kunskap för att de ska kunna göra informerade val.

Flera nyare studier har påvisat nyttan med att det friska nyfödda barnet får starta livet i sin egen takt. Det nyfödda barnets nio instinktiva medfödda utvecklingsstadier hjälper hen att själv ta sig till bröstet och börja suga genom att ligga oavbrutet och säkert på mage mellan mammans bröst, hud mot hud (11,12).

Barnmorskans roll

Alla blivande föräldrar bör erbjudas information om amningens fördelar (Steg 3), det nyfödda barnets beteende under de första timmarna och effekterna av den första amningen (Steg 4).

Informationen bör utgå från den gemensamma amningspolicyn i vårdkedjan och anpassas efter kvinnans/parets behov och kulturella bakgrund. Fokus bör ligga på det första mötet med barnet, barnets nio utvecklingsstadier, säker oavbruten hud-mot-hud-kontakt och dess effekter samt den initiala amningen på förlossningen (se nedan). Om mor och barn av något skäl blir åtskilda bör hud-mot-hud-kontakt etableras så snart det är möjligt (12).

Barnmorskans roll bör ha en öppen och icke värderande attityd till mammans/föräldrarnas tankar, oro och inställning till amning. Hon kan agera bollplank och föra in kunskapsbaserad information i diskussionerna när det behövs. Både enskilda samtal och gruppdiskussioner förs lämpligen enligt MI-metodik (13).

Förslag på frågor som underlag för diskussion och reflektion

Frågorna nedan kan diskuteras och reflekteras över både vid individuella möten och med fördel i grupp, där de blivande föräldrarna kan ta del av varandras tankar och erfarenheter. Kvinnor med tidigare negativ erfarenhet av amning bör erbjudas stöd under graviditeten och en plan kan behöva utformas inför kommande amning/icke amning. Flera amningsmottagningar erbjuder sådant stöd (1,14,15).

Frågor att diskutera och reflektera över i tidig graviditet

1. Vilken inställning har föräldrarna till amning?
2. Hur har amningen sett ut i den egna familjen? Är föräldrarna själva ammade?
3. Är amning bra – vilka evidensbaserade effekter känner föräldrarna till?

4. Vilka tankar finns om kommande barns amning? Finns oro över mjölmängden? Finns oro över att kunna amma?
5. Vilka tankar finns om hur föräldrarna själva kan påverka amningen?
6. Amningsprocessen - hur mycket tid får amning ta samt tiden till en etablerad amning (1)?
7. Vilka kunskaper har de blivande föräldrarna om det nyfödda barnets medfödda beteende, effekter av kontakt hud mot hud efter förlossning och den initiala amningen?
8. Vilken betydelse har partnern för att amningen ska fungera? Finns tankar om amning som hinder för ett jämställt föräldraskap (16,17)?

Värdefulla kunskaper inför första mötet med barnet på förlossningen:

- Effekter av kontakt hud mot hud de första 1-2 timmarna efter förlossningen påverkar barnets välbefinnande (18,19) samt hur hudkontakten görs säker
- Det nyfödda barnets medfödda instinktiva beteende, de nio utvecklingsstadierna (11)
- Effekten av amning/bröststimulering första timmarna efter förlossning (18)
- Råmjölkens mängd och betydelse vid första amningen (1)
- Bröststimulering/handurmjolkning (1)

Värdefulla kunskaper vid amningens början:

- Det viktiga samspelet och dess betydelse för amningen (1)
- Det nyfödda barnets behov (1)
- Bröstmjölkens sammansättning och tillgång (1)
- Amningens början - viktiga punkter för att underlätta amningen och undvika amningsproblem (15)
- Utdrivningsreflexen, dess känslighet för yttre påverkan och hur den underlättas (1)
- Amningsfrekvens och duration första dagarna och över tid (1)

Barn som av olika skäl inte ammas

Det ska finnas rutiner för stöd till kvinnor som inte vill eller kan amma (20-22). Bland medicinska skäl att avstå amning finns ökad sårbarhet för sömnbrist och behov av mediciner som inte är förenliga med amning. På www.janusinfo.se (23) finns information om amning och läkemedel.

Hud-mot-hud-kontakt är lika viktig för barnet oavsett om hen ammas eller inte. Barnet som inte ammas får mjölkersättning, som ger den energi och näring hen behöver (2). Föräldrars behov av information om mjölkersättning bör tillgodoses, samtidigt som den nationella lagstiftningen följs och intentionerna i Internationella koden för marknadsföring av barnmat respekteras (3). Detta innebär bland annat information om:

- hur ersättning används på ett riktigt sätt
- hur man kan stärka anknypningsprocessen mellan mor och spädbarnet i samband med flaskmatning
- de hälsorisker som är förknippade med oriktig användning av mjölkersättning

Broschyrerna *Till dig som inte ammar* och *Till dig som ger mat på flaska* kan vara värdefulla (21).

Fördjupning/ kunskapsstöd:

- App: LactMed
- www.1177.se
- Amningshjälpen www.amningshjalpen.se
- Jordemodern, Tema Amning 2012
http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2013/10/Jordemodern_Nr_3_2012_Final_TemaAmning_Uppslag.pdf
- Regionalt Vårdprogram för Bröstkomplikationer i samband med amning
www.vardgivarguiden.se
- Svensk sammanfattning av Lancet Series on Breastfeeding 2016: <http://www.amningshjalpen.se/images/stories/AN/AN1-2016-s4-5.pdf>

Utbildningsmaterial, DVD:

- För föräldrar: Hud-mot-hud och amningens början. kicki.nordlof@ablefilm.se
- För föräldrar: Magical Hour, beskriver barnbeteende, de 9 utvecklingsstadierna och effekter av hud-mot-hud-kontakt de första timmarna:
www.magicalhour.com/aboutus.html
- För personal: Skin to Skin in the First Hour after Birth, Practical Advice for Staff.
www.healthychildren.cc/skin2skin.htm
Första delen kan med fördel visas för blivande föräldrar. Finns även hos Amningshjälpens webbshop
www.amningshjalpen.se/webshop

FAKTARUTA

Amning

- Reflektion och samtal om amning bör starta i tidig graviditet.
- Fokus bör ligga på det första möte med barnet, barnets nio utvecklingsstadier, säker oavbruten hud-mot-hud-kontakt och dess effekter samt den initiala amningen på förlossningen.
- Amning ger positiva hälsoeffekter för både mor och barn.
- Amning ger förutom näring även närhet, trygghet och tröst.
- Kunskap om hud-mot-hud-kontakt, nyföddhetsbeteendet och första amningen underlättar fortsatt amning.
- Amningsinformation finns på www.amningshjalpen.se och www.1177.se.

Referenser

1. Kylberg E, Westlund A-M, Zwedberg S. Amning i dag. Stockholm, Gothia: 2014.
2. Kostråd och matvanor: Amning. Livsmedelsverket; 2015. <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/ammande/>
3. Health topics: Breastfeeding. WHO; 2015. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
4. Nutrition: Baby-friendly hospital initiative. WHO; 2015. <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
5. American Academy of Pediatrics. AAP: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics Policy, Statement. 2012; 129; e 827.
6. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007;(153):1-186.
7. Lancet Series on breastfeeding <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>
8. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. UNICEF; 2012. <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Guidance-for-Health-Professionals/Writing-policies-and-guidelines/Preventing-disease-and-saving-resources/>
9. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Snowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technol Assess. 2000;4:1-171
10. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008;33(5):315-9.
11. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011;100(1):79-85.
12. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. Acta Paediatr. 2003; 92(3):320-6.
13. Svensson K, Zwedberg S. Kapitel Amning. Red. Lindgren H, Christensson K, Dykes A-K (eds). Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016.
14. Vårdgivarguiden, behandlingsstöd: Barnhälsovård och BVC. Stockholms läns landsting; 2015. http://www.webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Metodbok/BHV_Sll_05-01-01.pdf

15. Amningsstatus föräldrainformation. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset, Amningscentrum; 2014. <http://www.karolinska.se/globalassets/global/kvinnokliniken/amningscentrum/amningsstatus.pdf>
16. Berggren M. Jämställt föräldraskap; 2014. <http://www.jamtforaldraskap.nu/wp-content/uploads/2014/04/Barnbladet-Mats-B.docx>
17. Berggren M. Amningsprat med pappor. <http://www.jamtforaldraskap.nu/wp-content/uploads/2014/04/Amningsprat-med-pappor.docx>
18. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants. *Breastfeed Med.* 2015; 10(2):84-91.
19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5: CD003519.
20. Regionalt Vårdprogram för Bröstkomplikationer under amning. Stockholms läns landsting; 2008. <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardriktlinjer/regionala-vardprogram/vardprogram/brostkomplikationer-i-samband-med-amning/>
21. Till dig som inte ammar, För dig som matar ditt barn med nappflaska. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset, Amningscentrum; 2004. <http://www.karolinska.se/globalassets/till-dig-som-inte-ammar--docx.pdf>
22. Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning. Stockholm: Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS); 2008:33.
23. Läkemedel och amning. Janusinfo. <http://www.janusinfo.se>

11. Gynekologisk cellprovskontroll

Inledning

Cervixcancer förebyggs via upptäckt, utredning, behandling och uppföljning av cellförändringar (1,2). GCK, där MHV spelar en central roll, har varit mycket framgångsrik. Studier har visat att populationsbaserad organiserad screening dramatiskt minskar både incidensen av och dödligheten i invasiv cervixcancer (1,2). I Sverige insjuknar ungefär 450-500 kvinnor i cervixcancer varje år, vilket motsvarar en incidens på mindre än 8/100 000 kvinnor. På 60-talet var motsvarande incidenstal 20/100 000. Det rör sig således om en minskning med 50-60 procent. Bland de kvinnor som får cervixcancer har dödligheten minskat med 60 procent under samma period. De nyupptäckta cervixcancerfallen finns framför allt bland kvinnor som inte deltagit i GCK (3,4).

Det är klarlagt att en kronisk infektion med onkogen humant papillomvirus (HPV) är en förutsättning för cancerutveckling. HPV återfinns i 93-99,7 procent av alla cervixcancer (5).

Numera finns möjlighet till effektiv primärprevention av cervixcancer genom vaccination mot två av de vanligaste onkogen HPV-typerna, 16 och 18. Dessa står tillsammans för cirka 70 procent av cervixcancerfallen i världen (5). Vaccination i årskurs 5-6 av flickor födda 1999 och senare har införts inom ramen för det allmänna vaccinationsprogrammet (6). Även flickor födda tidigare har i vissa landsting/regioner erbjudits vaccination, med olika täckningsgrad. Vaccinerade kvinnor kommer även i fortsättningen att behöva screenas genom GCK då befintliga vacciner inte skyddar mot alla cancerframkallande virustyper.

Som nämnt tidigare, har NACx sedan 2012

uppdraget att säkerställa en tydlig regional organisation/ struktur för screeningverksamheten, bland annat genom att förankra, implementera och följa upp en nationell aktionsplan samt utveckla NKCx (7).

Hur ser den organiserade screeningen ut idag?

GCK organiseras inom varje landsting/region utifrån nationella riktlinjer utfärdade av Socialstyrelsen (8) och rekommendationer framtagna av NACx. Alla kvinnor som är folkbokförda i Sverige kallas regelbundet till provtagning, som utförs av barnmorskor på BMM. Utskick med kallelse till provtagning görs via lokala eller regionala datoriserade kallelsesystem.

Enligt Socialstyrelsens och NACx:s rekommendation (7,8) ska cellprov för analys av cytologi tas vart tredje år i åldersintervallet 23-50 år och därefter vart femte år till och med 60 års ålder (d.v.s. med sista kallelse vid 60-64 år). Då HPV är en STI behöver kvinnor utan någon sexuell erfarenhet inte screenas. Kvinnor som är supravaginalt uterusamputerade och kvinnor som enbart haft sex med kvinnor ska däremot erbjudas deltagande i GCK. Kvinnor som genomgått total hysterektomi ska fortsätta att delta i GCK enligt lokala/regionala vårdprogram om de haft cellförändringar tidigare, medan övriga totalt hysterektomerade inte behöver delta. Screening ska ske under graviditet om intervallet mellan två provtagningar annars blir för långt och cellprov ingår även i utredningen av graviditetsblödningar (9).

Cellprovtagning med konventionellt cellprov (Pap smear) är den metod som länge användes i Sverige (10). De flesta landsting tillämpar numera vätskebaserad cytologi (11-

13), som ger möjlighet att på samma prov analysera HPV, så kallad reflextest.

Det tas omkring 700 000 cellprov årligen, varav drygt 70 procent inom GCK, och cirka 5 procent av dessa uppvisar avvikelser. Cellförändringar ska alltid utredas på utsedd gynekologmottagning med särskild kompetens.

Framtidsperspektiv

Socialstyrelsen publicerade år 2015 en utvärdering av det vetenskapliga underlaget för att istället införa HPV-test som primär metod för cervixcancerscreening (14). Den strategi som bedöms vara mest effektiv är att screena med HPV-test från 30 års ålder och fortsätta utredningen med cytologi om HPV-testet är positivt. Båda undersökningarna kan utföras på samma cellprov. I åldern 23-29 år tas däremot fortfarande cellprov för analys av cytologi i första hand med uppföljning, så kallad triagering, med HPV-test vid avvikande svar. Man diskuterar nationellt hur denna kunskap ska implementeras, bland annat är frågan om hur kvinnorna ska informeras om innebörden av positivt HPV-test viktig.

Kallelse till GCK

Förbokad tid efter kallelse har visat sig medföra ökat deltagande i GCK (14). SKL har tagit fram en nationell mall för kallelse samt informationstexter översatta till olika språk, som finns på 1177.se.

Kallelsen ska innehålla lättförståelig, saklig information om syftet med provtagningen, hur den går till, varför den upprepas med vissa intervall samt hur svaret kommer att meddelas. Det bör påpekas att även HPV-vaccinerade kvinnor ska delta i GCK. Information om Biobankslagen och rutiner vid avvikande provsvar bör också ingå. Kvinnan kan själv skaffa kunskap via lämpliga webbsidor, till exempel www.1177.se eller www.cellprov.nu. Information om hur tider kan ombokas eller avbokas (via telefon eller Internet) ska ingå.

Information och kommunikation vid provtagning

Kvinnor har i allmänhet bristande kunskap om cellförändringar och efterfrågar inte information så länge de är friska (15). Information bör därför ges både skriftligt och muntligt vid provtagning, för att minska eventuell oro, öka deltagandet i GCK och ge kvinnan möjlighet att själv vidta åtgärder för att skydda sig.

Studier har visat att besked om cellförändring initialt kan skapa stark oro hos kvinnan och därför bör saklig och god information om innebörden och handläggning av eventuellt avvikande provsvar ges redan i samband med provtagningen (16). För kvinnor som inte förstår svenska bör det finnas tillgång till översatt information och tolk i alla led av screening och uppföljning.

Hänvisning till läkare

Vid varje mottagning där GCK utförs ska det finnas tydliga vårdprogram för hänvisning till läkare, till exempel vid svårigheter att utföra provtagningen. Om det vid GCK framkommer oroväckande symtom eller fynd, såsom blödningsrubbningar (framförallt kontaktblödningar), nytillkommen smärta, upplevelse av förändrad anatomi i underlivet, polyper, sårbildning, tumör och avvikande flytning, ska kvinnan också hänvisas till läkare.

Deltagande och icke-deltagande i GCK

Kvinnor som regelbundet deltar i GCK har ett 90-procentigt skydd mot cervixcancer. Två tredjedelar av kvinnorna som får cervixcancer har ej deltagit fullt ut i screeningprogrammet. Åtgärder i syfte att öka kvinnors deltagande i GCK ska därför prioriteras. Upprepade årliga kallelser till "uteblivare" ökar täckningsgraden. Telefonkontakt med kvinnor som inte lämnat prov på över sex år för information och

erbjudande om cellprov, liksom brev med erbjudande om HPV-hemtest, har i studier visat sig medföra att ett antal "uteblivare" lämnar prov (17). Riktade åtgärder för att öka deltagandet inom vissa geografiska områden med lågt deltagande har också haft god effekt.

Kvalitetsuppföljning

Ur folkhälsoperspektiv är det viktigt att screeningprogrammet är populationsbaserat, att deltagandet är högt och att dessa variabler är mätbara på riks-, landstings- och mottagningsnivå.

Den viktigaste kvalitetsindikatorn gällande provtagningstekniken vid traditionell cytologi är att provet innehåller celler från transformationszonen, endocervikala celler (11). Det är viktigt att barnmorskor och läkare som tar cellprov utbildas i provtagningsteknik (18).

Cytologiverksamheten ska kvalitetssäkras utifrån Kvalitets- och standardiseringskommitténs (KVASts) riktlinjer samt genom att följa upp laboratoriets och enskilda diagnostikers "diagnosprofiler".

Viktiga kvalitetsindikatorer ur kvinnors perspektiv är tillgänglighet, möjlighet att enkelt avboka och omboka, svarsrutiner och omhändertagande vid avvikande prov.

Styrgrupp med ansvar för kvalitet, uppföljning och uppdatering av GCK-verksamheten ska finnas i varje landsting/region. Sammansättningen kan variera men bör inkludera ansvariga för kallelsesystemet, dysplasi-vården och cytologiverksamheten samt mhöl och/eller samba. Ibland ingår även representant för virologlaboratorium, primärvården, ansvarig för STI-prevention och/eller onkolog. Styrgruppen ska ha mandat att agera över verksamhetsgränser för att optimera vårdkedjan (19). De enskilda cytologi-/patologilaboratorierna rapporterar till NKCx utifrån de kvalitetsindikatorer som rekommenderas av NACx.

FAKTARUTA 1 GCK

HPV och cervixcancer

- HPV-infektion är en STI och smittspridning kan således minska genom ökad kondom användning.
- Infektion med onkogena typer av HPV i samverkan med andra faktorer, till exempel rökning, kan orsaka cervixcancer.
- Syftet med GCK är att tidigt identifiera cellförändringar och behandla dem och därigenom förebygga cervixcancer.
- Regelbunden cellprovtagning enligt GCK ger ett cirka 90-procentigt skydd mot cervixcancer.
- Vaccination mot HPV 16 och 18 före sexuell debut ger ett cirka 70-procentigt skydd mot cervixcancer.

Regelbunden cellprovskontroll enligt screeningprogrammet är nödvändig även efter vaccination.

FAKTARUTA 2 GCK

Information i kallelsebrevet:

- Syftet med provtagningen
- Hur provtagningen går till
- Varför man ska lämna cellprov varje gång man blir kallad/ skyddseffekten
- Att kvinnan ska fortsätta delta i GCK även efter HPV-vaccination.
- Rutiner vid avvikande provsvar
- Att provtagning ska inte ske vid pågående menstruation/blödning

FAKTARUTA 3 GCK

Information vid provtagning

- Efterfråga kvinnans kunskap om gynekologiskt cellprov och cellförändringar.
- Fyll på med den kunskap som kvinnan saknar och svara på hennes frågor.
- Håll fokus på GCK-information i samtalet.
- För kvinnor som inte förstår svenska bör det finnas tillgång till översatt information och tolk i alla led av screening och uppföljning.

Referenser

1. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet*. 1987;1(8544):1247-9.
2. Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L, Strander B, et al. Screening and cervical cancer cure: a population-based cohort study. *BMJ*. 2012;344: e900.
3. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100(9):622-9.
4. Lindqvist PG, Hellsten C, Rippe A. Screening history of women in Malmo with invasive cervical cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137(1):77-83.
5. Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006;24S3:S1-S10.
6. HPV-vaccin i det svenska vaccinationsprogrammet. Rekommendationer för planering 2008-130-5. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
7. Nationell aktionsplan. De i nuläget viktigaste åtgärderna för att förbättra det förebyggande arbetet mot livmoderhalscancer. Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention; 2013. http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/prevention-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/aktionsplan_nacx_130919_final_16dec13.pdf
8. Gynekologisk cellprovskontroll: förslag till screeningprogram. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
9. Cervixcancerprevention. ARG-Rapport nr 63. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi; 2010.
10. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. 1941. *Arch Pathol Lab Med*. 1997;121(3):211-24.
11. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Rådberg T, Ryd W. Liquid-based cytology versus conventional Papanicolaou smear in an organized screening program : a prospective randomized study. *Cancer*. 2007;111(5):285-91.
12. Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Elfegren K, et al. Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2007;357(16):1589-97.
13. Elfegren K, Rylander E, Rådberg T, Strander B, Strand A, Paajanen K, et al. Colposcopic and histopathologic evaluation of women participating in population-based screening for human papillomavirus deoxyribonucleic acid persistence. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 Pt 1):650-7.
14. Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Socialstyrelsen; 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19873/2015-6-39.pdf>
15. Ideström M, Milsom I, Andersson-Ellström A, Athlin E. Cervical cancer screening--"For better or worse...": women's experience of screening. *Cancer Nurs*. 2006;29(6):453-60.
16. Ideström M, Milsom I, Andersson-Ellström A. Women's experience of coping with a positive Pap smear: A register-based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN 1. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(8):756-61.
17. Broberg G, Jonasson JM, Ellis J, Gyrd-Hansen D, Anjemark B, Glantz A, et al. Increasing participation in cervical cancer screening: Telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial. *Int J Cancer*. 2013;133:164-71.
18. GCK, provtagning och behandling. Regionala arbetsdokument och föreskrifter för provtagning och behandling vid gynekologisk cellprovskontroll och cervixdysplasi. Regionalt cancercentrum väst; 2015. <http://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/rock/provtagning-och-behandling>
19. Andrae B, Elfegren K, Strander B. Organiserad förbättring av cervixcancerpreventionen. *Läkartidningen*. 2008;105(6).

12. Antikonception och STI-prevention

Bakgrund och utveckling

Sedan de första kombinerade (innehåller östrogen och gestagen) p-pillren introducerades i början av 1960-talet har många nya preventivmedel tillkommit (1). Numera kan en heterosexuellt aktiv kvinna som vill skydda sig mot graviditet välja mellan kombinerade p-piller, lågdoserat gestagen (minipiller och två olika hormonspiraler), mellandoserat gestagen (p-stav och mellanpiller), högdoserat gestagen (p-spruta), kopparspiral, parenterala kombinerade metoder (p-plåster och p-ring) samt kondom och pessar. Kvinnan kan välja p-piller som innehåller etinylöstradiol eller östradiol i olika doser, i kombination med flera olika gestagener i varierande doser. P-pillerkartornas utformning varierar så att aktiva tabletter med olika hormoninnehåll kombineras med placebo, för att minska glömska och underlätta användningen. Det finns även akut-p-piller för postkoital användning.

Enligt Abortlagen från 1974 (2) har kvinnan, till och med graviditetsvecka 17+6, rätt att bestämma om hon vill avbryta graviditeten. Mellan graviditetsvecka 18+0 och 21+6 fordras tillstånd från Socialstyrelsens rättsliga råd som bedömer om synnerliga skäl föreligger.

Preventivmedelsrådgivning är sedan 1974 kostnadsfri i Sverige och vissa preventivmedel ingår i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) läkemedelsförmån (3). För ungdomar och unga vuxna subventioneras preventivmedel på olika sätt i de flesta landsting.

Målsättning

Målet för MHV:s familjeplaneringsarbete är att förebygga oönskade graviditeter och STI och därmed ge kvinnan/paret möjlighet till planerat föräldraskap. Detta arbete ingår i flera verksamhetsområden, såsom det utåtriktade arbetet, folkhälsoarbetet och stöd i föräldraskapet (se Kapitel 3, 9 och 13).

Preventivmedelsförskrivning

I Sverige förskrivs den övervägande delen av alla preventivmedel av barnmorskor. Barnmorskans förskrivningsrätt innefattar preventivmedel till friska kvinnor på antikonceptionsindikation. En preventivmedelskunnig läkare ska finnas tillgänglig för konsultation kring patientfall och bedömningar i komplicerade fall. Lokala riktlinjer bör finnas för preventivmedelsförskrivning, vilka ska komplettera Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (4).

Vid preventivmedelsrådgivning kan frågor om kvinnans reproduktiva livsplan tas upp, dels för reflektion över mål och strategier, dels för att förmedla kunskap om fertilitet. Då genomsnittsåldern för första barnets födelse nu närmar sig 30 år, har kvinnor i dag en lång fertil period då de är sexuellt aktiva utan önskemål om graviditet. Det är i åldern 20 till 30 år som de flesta oönskade graviditeter och STI förekommer, vilket tyder på ett behov av verksamhet anpassad för denna målgrupp (5-6). I många delar av landet handläggs delar av denna åldersgrupp av UM.

Följsamhet till preventivmetod

Många heterosexuellt aktiva kvinnor i Sverige använder inte ett effektivt preventivmedel trots att de inte önskar bli gravida.

Följsamheten varierar stort mellan olika metoder men långverkande metoder (implantat och spiraler), som inte påverkas av användarens glömska, har visat sig ha bäst effekt att förebygga oönskade graviditeter. (7)

Preventivmedelsrådgivning

För preparatval hänvisas till Läkemedelsverkets rekommendationer (4). Där framgår även kontraindikationer mot respektive preparat/metod samt riktlinjer för preventivmedelsval vid olika medicinska tillstånd. Kvinnor behöver kompetent rådgivning, förskrivning och insättning av preventivmedel inom rimlig tid och rimliga geografiska avstånd. Rådgivningsbesöket ska inkludera anamnes avseende sjukdomar, ärftlighet, medicinering, tidigare graviditeter och erfarenhet av preventivmedel. Dessutom ställs frågor om levnadsvanor såsom tobak, alkohol och droger. BMI och blodtryck mäts och kvinnan erbjuds gynekologisk undersökning, STI-provtagning och cellprovtagning om det är rätt tid enligt GCK (kompletterande provtagning). Återbesök för uppföljning efter nyförskrivning bör erbjudas då detta är en av få metoder som visats kunna förbättra följsamheten (4).

Utöver att informera om bieffekter, bör vårdgivaren även betona de positiva hälsoeffekterna av vald metod, till exempel att kombinerade hormonella metoder förbättrar blödningsmönstret och minskar risken för ovarialcancer och endometriecancer, både under pågående användning och lång tid efteråt (8).

Det är viktigt att frånga äldre rutiner som inte fyller ett syfte, eller som kan vara skadliga. Det är inte nödvändigt att invänta nästa mens för att påbörja hormonell antikonception eller att sätta in en spiral. Många oönskade graviditeter har blivit till medan kvinnan "väntar på mens". Vid behandlingsstart under andra delar av menscykeln är det viktigt att ta graviditetstest, informera om beho-

vet av kondom första användningsveckan vid behandlingsstart samt följa upp med nytt graviditetstest om några veckor (4).

Många kvinnor tror att de ska göra uppehåll med kombinerat preventivmedel, bland annat vid uppehåll i den sexuella aktiviteten. Förutom risken för oönskad graviditet som detta medför i många fall, finns det hållpunkter för att detta kan tillfälligt öka risken för venös trombos vid varje "nystart". De flesta kvinnor ska därför rådas att fortsätta med vald metod, i frånvaro av oönskade bieffekter eller nytillkomna kontraindikationer, tills de önskar bli gravida (4).

STI-prevention och sexuell hälsa

Målet är att minska förekomsten av STI i befolkningen. På BMM sker detta genom att frikostigt erbjuda provtagning, behandla samt genomföra eller hänvisa till smittspårning (9). Barnmorskor har sedan 2012 förskrivningsrätt för doxycyklin för behandling av klamydia (10).

Patienter med besvär som kan tala för STI hänvisas till läkare för undersökning.

Barnmorskor och läkare inom MHV ska ha god kunskap om säkert sex och sexuell hälsa, kunna föra en motiverande dialog samt ge råd och information till alla patienter, inklusive de homosexuella, bisexuella och trans-personer som tillhör MHV:s målgrupp. Kunskap om olika kondomer och kondompraktik är en självklar del av arbetet både med att förebygga oönskade graviditeter och STI (11).

Abort

Tillgång till medicinskt säker, legal abort är en mycket viktig del av kvinnans sexuella och reproduktiva hälsovård (12). För mer detaljerad information om handläggning vid inducerad abort hänvisas till ARG-rapport nr 54 (13).

I mötet med kvinna som är ambivalent till sin graviditet eller som önskar avbryta den är

lyhördhet och professionalitet särskilt viktigt. Det är viktigt att BMM utgör del i en tydligt definierad vårdkedja för att säkerställa ett gott omhändertagande vid oönskad graviditet. Målsättningen är att alla kvinnor, både de som fullföljer och de som avbryter graviditeter, ska tycka att de fattat ett bra beslut och fått det stöd de behöver. Preventivmedelsrådgivning är en självklar del av den processen.

FAKTARUTA Antikonception

Gällande preventivmedelsrådgivning:

- God kvalitet med korta väntetider och inom rimligt avstånd
- Rådgivningen ska vara kostnadsfri.
- Rådgivande samtal ska vägleda kvinnan till eget val.
- Kvinnan uppmuntras formulera sin reproduktiva livsplan.
- Frikostighet med information om och erbjudande om provtagning för STI, kondomanvändning och sexuell hälsa
- Levnadsvanefrågor tas upp i samband med rådgivningen där det är relevant.
- Kompletterande cellprovtagning om tidpunkten är rätt enligt GCK

Referenser

1. Sundström K. Födelsekontroll i Sverige under 100 år. Abort och preventivmedel – från lagbrott till reproduktiv rättighet. *Läkartidningen* 2004;101(1-2):88-93.
2. Svensk författningssamling 1974:595, Abortlagen. Socialdepartementet; 1974. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Abortlag-1974595_sfs-1974-595/
3. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. <http://www.tlv.se/>
4. Behandlingsrekommendationer för antikonception. Läkemedelsverket; 2014. https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_n_rek.pdf
5. Preventionsgrupper. Ungdomar och unga vuxna. Folkhälsomyndigheten; 2014. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/preventionsgrupper/ungdomar-och-unga-vuxna/>
6. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Regeringens proposition 2005/06:60. Stockholm: Elanders Gotab; 2005.
7. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012; 366:1998-2007.
8. Milsom I, Odland V. P-piller ger varaktigt skydd mot cancer i äggstockarna. P-pilleranvändning kan förklara minskande förekomst av ovarialcancer i Sverige. *Läkartidningen.* 2008;105:715-6.
9. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Socialstyrelsen; 2008. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20447/smittsparning-vid-sexuellt-overforbara-infektioner-2008-101-7.pdf>
10. Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Stockholm: Läkemedelsverkets författningssamling; 2009:13. Läkemedelsverket; 2011. https://www.lakemedelsverket.se/upload/lvfs/LVFS_2011_14.pdf
11. Kondompraktika för män. Stockholm: RFSU; Trosa Tryckeri AB; 2012. <http://www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/Praktikor/praktika-kondom.pdf?eps-language=sv>
12. Abort. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS); 2004:4.
13. Inducerad abort. ARG-rapport nr 54. Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2006.

13. Utåtriktat arbete inom mödrahälsovården

Inledning

Sverige har en lång tradition när det gäller upplysningsarbete kring frågor relaterade till sexualitet och samlevnad. Utöver det individbaserade arbetet har MHV också ett utåtriktat uppdrag. Intentionen är att nå större delen av befolkningen och därmed bidra till bättre folkhälsa (se även Kapitel 3) samtidigt som man informerar om den egna verksamheten.

Målsättning

Målen för det utåtriktade arbetet inom MHV är att:

1. Nå stora delar av befolkningen och öka kunskapen om god sexuell och reproduktiv hälsa och om var människor oavsett kön, ålder eller funktionsgrad kan få stöd och hjälp. Det utåtriktade förebyggande arbetet bör främst bedrivas bland grupper som inte aktivt söker på mottagningen och organiseras med fördel i samarbete med andra intressenter i närområdet. Förhållningssättet ska vara sådant att man:
 - verkar för en positiv syn på sexualiteten och betonar dess egenvärde för alla människor
 - stärker individens resurser att göra egna val och förmågan att stå upp för vad man själv vill med sin sexualitet, förutsatt att den inte skadar andra
 - ger insikter i hur man handskas med sin sexualitet så att man skyddar sig och andra mot oönskade graviditeter, STI och andra sjukdomar och besvär som hänger samman med sexualiteten

- verkar för att minska risken för att människor utsätts för hot, våld eller kränkning kopplat till sexualitet och samlevnad
 - allmänt verkar för en hälsosam livsstil
2. Upplysa politiker och andra beslutsfattare om nya trender, faror eller behov inom området sexuell och reproduktiv hälsa
Detta kan innebära att man:
 - påtalar folkhälsoproblem som är viktiga för beslutsfattare att känna till när de planerar hälso- och sjukvården
 - medverkar till att politiker förstår hur olika beslut kan förväntas påverka samhällsutvecklingen
 - medverkar till att minska spridning av STI genom att vården organiseras och utvecklas på ett sådant sätt att människor får bättre tillgång till diagnostik, behandling och smittspårning
 - medverkar till att samhället uppmärksammar människors behov av hjälp och stöd gällande antikonception, för att bidra till att andelen oönskade graviditeter sjunker och att främja sexuell och reproduktiv hälsa
 - är en resurs för lärare och annan personal inom skola, svenska för invandrare (SFI), utbildningsväsende och omsorg, i det förebyggande arbetet avseende reproduktiv hälsa
 - deltar i samhällsdebatten

Innehåll och arenor

Den information som ges ska alltid vara kunskapsbaserad och, så långt det är möjligt, förankrad i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sexologisk kunskap ligger som grund för arbetet och pedagogisk kunskap underlättar.

Exempel på utåtriktade aktiviteter är:

- Öppet hus med olika teman
- Gruppverksamhet med olika teman
- Studiebesök och träffar med tjänstemän, politiker, handikapporganisationer, invandrargrupper, HBTQ-grupper, studerandegrupper inklusive SFI samt andra organisationer och grupper
- Möten med massmedia
- Medverkan i andra aktörers aktiviteter

Exempel på innehåll i det utåtriktade arbetet:

- Information om mottagningsverksamheten och vad den har att erbjuda
- Preventivmedel
- Trygg och säker sex
- STI: prevention, provtagning, smittspårning, behandling, komplikationer
- Cervixcancerprevention
- Kvinnors hälsa
- Bröstcancerprevention, till exempel självundersökning av bröstet
- Olika levnadsvanors påverkan på den reproduktiva och sexuella hälsan
- Information om tillgängliga resurser om man är utsatt för våld eller på annat sätt far illa

Arbetet kan med fördel bedrivas tvärprofessionellt och i olika arenor i samhället, till exempel på arbetsplatser, i politiska församlingar, föreningar, organisationer, skolor, andra utbildningsanstalter och i samband med särskilda arrangemang, exempelvis festivaler och mässor.

Förutsättningar och krav för det utåtriktade arbetet

Avsatt tid

Det utåtriktade arbetet ska ges specifika resurser och aktiviteterna ska redovisas i verksamhetens statistik.

Kompetens

Barnmorskor och läkare ska ha rätt kompetens och bör erbjudas kontinuerlig fortbildning i reproduktiv hälsa, folkhälsa, sexologi och pedagogik. Jämställdhets- och genusperspektiv måste finnas liksom kunskap om andra kulturers synsätt och värdegrund avseende sexualitet och reproduktion. Kunskap om samtalsmetodik, gruppdynamik och gruppprocesser är viktigt.

FAKTARUTA Utåtriktat arbete

- Det utåtriktade arbetet är en del av det förebyggande arbetet kring att bevara och främja människors sexuella och reproduktiva hälsa.
- Levnadsvanor, såsom kost, motion samt bruk av tobak, alkohol och andra droger, påverkar den reproduktiva hälsan. Detta gäller även mäns våld mot kvinnor och annat våld i nära relationer. Dessa folkhälsofrågor är en naturlig del i det utåtriktade arbetet.
- Det utåtriktade arbetet bör ske i samverkan med olika professioner, verksamheter och ideella organisationer inom olika arenor beroende på lokala förutsättningar.
- Mhöl och samba deltar i och stöder detta folkhälsoarbete.

14. Kommunikation

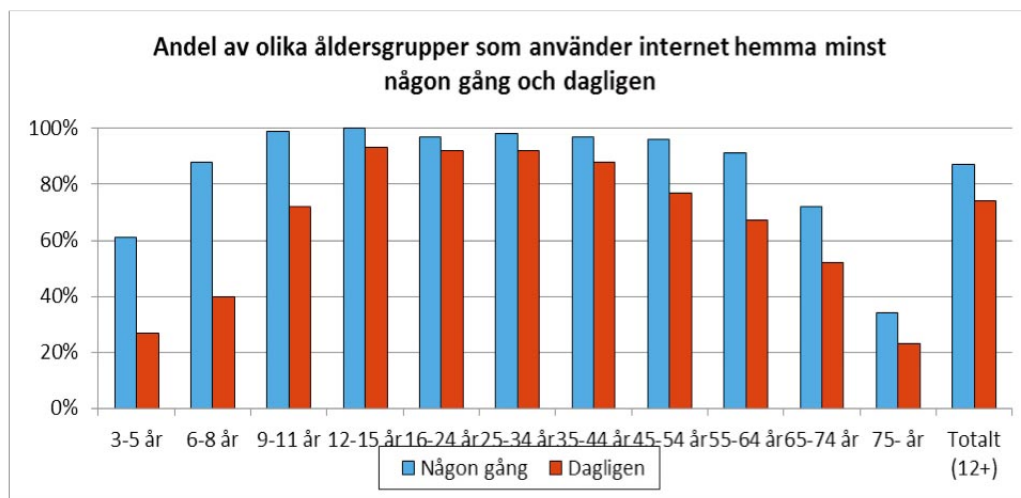
Ann-Christin Alm, kommunikatör, Region Östergötland

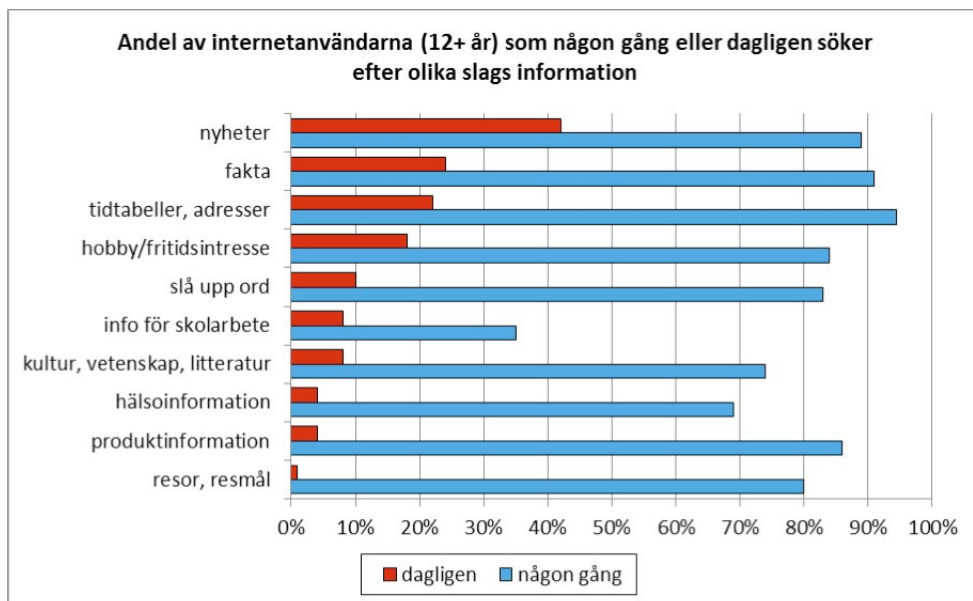
De senaste 10-20 åren har inneburit en snabb utveckling av de kanaler där avsändare kan nå mottagare med ett budskap. Framväxten av internet och mobilt internet har helt ändrat våra konsumtionsmönster när det gäller media och kommunikation, vilket givetvis påverkar kanalvalen. Samtidigt har internet inneburit en förskjutning avseende hur information och kommunikation produceras. Genom internet och sociala medier kan vem som helst i dag vara producent av information, vilket innebär att vi går från en en-till-många-modell för kommunikation till en många-till-många-modell.

En undersökning från 2013 (1) visar att en stor del av befolkningen använder internet dagligen, särskilt i de yngre åldersgrupperna,

där över 90 procent har denna vana. Man brukar ibland tala om "digital natives" kontra "digital immigrants" (2). De digitalt infödda är de generationer som har växt upp i en digital värld och de digitala invandrarna är de som har växt upp innan internet kom till.

Cirka 90 procent av internetanvändarna söker fakta på nätet någon gång och nästan 70 procent söker någon gång efter hälsoinformation. Det innebär att internet sammantaget är en mycket viktig informationskanal, i synnerhet för yngre målgrupper. De senaste åren har dessutom mobilt internet fått ett stort uppsving, framför allt bland yngre. I dag använder 65 procent av befolkningen en smart mobil. Många av dagens internetanvändare sitter sällan eller aldrig vid en stationär dator.





Kommunikation i vården

För hälso- och sjukvården innebär utvecklingen en genomgripande förvandling på kommunikationsområdet, där nya kanaler och tjänster öppnar för nya sätt att kommunicera med patienterna. Framväxten av den gemensamma nationella tjänsten 1177 Vårdguiden och dess e-tjänster är kanske det tydligaste exemplet. 1177 Vårdguiden är i dag en nationell ingång till vården där människor kan söka information och råd, men också hitta kontaktuppgifter, boka tider, förnya recept och mycket mer.

Internet anses ofta vara en kanal för "framåtlutad" läsning, det vill säga att användarna aktivt letar information. Det innebär att patienter aktivt söker hälso- och sjukvårdsinformation på nätet och kommer att hitta sådan från en rad olika avsändare. Många patienter är också aktiva på olika forum, där de utbyter erfarenheter och tar intryck av andras berättelser.

När vem som helst kan vara producent av information på nätet ökar också problemen med felaktig och vilseledande information. Som hälso- och sjukvårdspersonal är det därför viktigt att ta aktiv del i det informations-

flöde som i dag finns på webben, och i olika sociala medier, för att kunna ge relevanta svar till patienterna och hänvisa dem till kvalitets-säkrade källor.

Klarspråk

I all skriftlig kommunikation med patienterna är det viktigt att man använder klarspråk. Det innebär till exempel att texterna är korta, innehåller ord som alla förstår, har enkla och korta meningar och ett personligt tilltal. Enligt den språklag som infördes i Sverige 2009 ska språket i all offentlig verksamhet vara vårdat, enkelt och begripligt.

Kanaler för patientinformation

För att anpassa sig till patienternas nya vanor och kommunikationsmönster krävs en ny syn på hur budskap och information ska förmedlas. Dagens yngre patienter vill hitta information på de arenor där de befinner sig, vilket framför allt är digitala och mobila kanaler. Därför går utvecklingen mot färre trycksaker

och mer information i digitala kanaler och patienter hänvisas gärna till befintliga webbplatser och e-tjänster för information och kontakter.

1177 Vårdguiden

Vårdpersonal bör rekommendera patienter att i första hand söka information och fördjupning på 1177 Vårdguiden via www.1177.se. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska sjukvården genom alla landsting och regioner i samverkan. Allt nationellt innehåll på 1177.se produceras tillsammans med experter från hälso- och sjukvården och delar av innehållet på 1177.se finns också översatta till andra språk. I vissa fall är innehållet översatt till femton olika språk.

Via 1177 Vårdguiden kan patienterna genom inloggning med lösenord eller e-legitimation också nå e-tjänster som att förnya recept, kontakta vården eller boka, av- och omboka tider vid vissa mottagningar.

På 1177 Vårdguiden finns ett särskilt tema om graviditet, Tema Gravid, med information om att bli gravid, om vad som händer under graviditeten och om förlossning. På tema Sex och relationer finns information om bland annat preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar.

Sponsrad information

Många kommersiella företag vill gärna nå patienterna med olika former av sponsrad information. Tänk på att den typen av patientinformation inte är objektiv utan att det bakomliggande syftet alltid är att sälja en produkt eller en tjänst. Avstå därför från att dela ut eller lägga ut sponsrad information till patienterna.

Referenser

1. Findahl. Svenskarna och internet; 2013. <http://www.internetstatistik.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2013>
2. Prensky M. Digital Natives, Digital Immigrants. On the Horizon, MCB University Press 2001;9(5). <http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>

Bemanning och resurser

Baserat på uträkningar som utförts avseende aktuellt praktiskt arbete, tidigare rekommendationer från Socialstyrelsen, diskussioner med experter och konsensusdiskussioner i professionsgrupperna, har nedanstående rekommendationer skapats avseende resursbehovet för arbete inom MHV i ett genomsnittligt område i Sverige idag. Som nämnt ovan, varierar organisationsformerna inom MHV mycket varför beräkningar måste anpassas till lokala förutsättningar och krav. Beräkningarna utgår från att mhöl och samba har det traditionella breda uppdraget för ett mindre till mellanstort distrikt.

Barnmorska

Barnmorskan på barnmorskemottagningen
Tidsåtgången för barnmorskans arbete, det vill säga patientbesök, patientrelaterad administration, fortbildning och övriga uppgifter, har beräknats för att få en uppfattning om vad som är en rimlig arbetsbelastning (Tabell 1-3) se tabeller nedan). Beräkningen har baserats på en årsarbetstid på 44 veckor (1741 timmar). Resursåtgången på den enskilda BMM påverkas av en rad faktorer såsom mottagningens storlek, organisation och tillhörighet, hur föräldrastödet är organiserat, mottagningens uppdrag direkt efter förlossningen, undersköterskebemanning, GCK-uppdraget samt om smittspårning förekommer. Mottagningens arbetsbelastning påverkas dessutom av socioekonomisk struktur, patienternas psykosociala situation, andel asylsökande och tolkbehov som påverkar vårdtyngden. Enligt Social-

styrelsens Kunskapsstöd för mödrahälsovården kan för många inskrivna patienter per barnmorska hota patientsäkerheten. För att bibehålla kompetensen är det samtidigt viktigt att barnmorskan inte har för få inskrivna, med undantag av i glesbygd då detta ibland inte kan undvikas. Samverkan med andra aktörer som BHV, socialtjänst och familjecentral varierar, liksom mottagningens deltagande i utåtriktat arbete. I Kunskapsstöd för mödrahälsovården lyfter Socialstyrelsen fram vikten av MHV:s arbete med samverkan. Förutsättningarna för samverkan kan påverkas och försvåras om många parter är berörda. Detta arbete kräver tid och verksamheterna ställs inför nya utmaningar eftersom det tillkommit nya aktörer och driftsformer.

Det administrativa arbetet inom MHV har ökat successivt genom åren. I uträkningarna nedan delas det i patientrelaterad administration och övrigt administrativt arbete. Dokumentation, besöksregistrering och diagnosättning har räknats in i besökstiden.

Idag sköter barnmorskan många uppgifter som tidigare utfördes av sekreterare och undersköterska, till exempel administration avseende GCK, städning, påfyllning och beställning av material samt hantering av prover. Det utåtriktade arbetets omfattning varierar mycket. Många barnmorskor engagerar sig i hälsoarbete i skolorna eller familjecentraler samt vid särskilda nationella och regionala satsningar inom sexuell och reproduktiv hälsa. Beroende på organisation kan det behövas tid för resor i tjänsten.

Patientbesök

Vård under en normal graviditet kräver cirka nio timmars arbetstid för besök (inklusive eftervårdsbesök) enligt basprogrammet (Kapitel 2, Tabell 1). Rekommendationen är att två timmar avsätts för föräldrargrupp per graviditet. För preventivmedelsbesök beräknas 30 minuter och för gynekologiskt cellprov 10 minuter per besök.

Tabell 1. Tidsåtgång för besök och föräldrastöd under och efter graviditet

Tidsåtgång/graviditet	Tid (minuter)	Antal
Inskrivningsbesök (delat i två besök)	105	1
Ordinarie barnmorskebesök	30	7
Besök med sammanfattning och överrapportering till BHV	45	1
Eftervårdsbesök	60	1
Föräldrastöd i traditionell föräldrargrupp	120	
Totalt/graviditet	9 timmar	10

Administrativt arbete, fortbildning och övrigt arbete

Tabell 2. Tidsåtgång, patientrelaterat administrativt arbete, beräknat på 44 veckor per år

Arbetsuppgifter	Tidsåtgång (timmar)
Telefontid/maill Kommunikation 60 minuter/dag	218
Konsultation med psykolog/socionom 2 timmar/månad	22
Medicinsk konsultation med läkare, inkl. sittrond 30-60 minuter/vecka	22-44
Provsvarshandtering 30 minuter/dag	110
Registrering av lokal- och nationell statistik 2 timme/vecka	88
Totalt	460 - 482

Tabell 2a. Tillkommer i vissa MHV-organisationer

Arbetsuppgifter	Tidsåtgång (timmar/år)
Smittspårning 45-60 minuter/patient	0 - 44
Arbete med administration för GCK 0,5 timme/vecka	0 - 22
Totalt	0 - 66

Tabell 3. Tidsåtgång, fortbildning beräknat på 44 veckor per år

Arbetsuppgifter	Tidsåtgång (timmar/år)
Utbildning/kompetenshöjning 2,5 dag (å 8 timmar) / termin x 2	40
Individuell fortbildning, exkl. kurser	16
Egen kompetensutveckling ex. hospitering	16
Totalt	72

Samordningsbarnmorska/ verksamhetsutvecklare

Omfattningen på uppdraget med samordning och utveckling av verksamheten inom MHV skiljer sig mycket i landet på grund av geografiska och organisatoriska förutsättningar. Många av arbetsuppgifterna kan ändå ses som gemensamma.

Samba ska bevaka utvecklingen inom omvårdnad och medicinska frågor inom barnmorskans ansvarsområde. Detta innebär, förutom arbete med medicinska vårdprogram tillsammans med mhöl, framtagande av rutiner och riktlinjer för barnmorskans arbete inom mödrahälsovården. Tidsåtgången kan beräknas till 80 timmar per år.

I Samba-uppdraget är samordning i vårdkedjorna en viktig uppgift, vilket innebär planeringsmöten med mhöl, psykologer, sjukgymnaster, kuratorer, klinikledning, chefer, socialtjänst och smittskydd samt deltagande i olika styrgrupper. I genomsnitt ska sex timmar per vecka avsättas, vilket ger en årsarbets-tid på 264 timmar för detta uppdrag.

Samba har huvudansvaret för insamling och bearbetning av statistik. Uppgifterna hämtas från olika källor som Graviditetsregistret och

lokala källor för utdata. Arbetet med uttag av data och bearbetning av statistik beräknas ta 80 timmar per år.

I sambas arbetsuppgifter ingår fortbildning och yrkesmässig handledning för barnmorskorna i MHV. För dessa uppgifter beräknas tidsåtgång till 40 timmar per år.

Fem arbetsdagar per år ska avsättas för nationella möten med riksorganisationen för mhöl och samba samt tid för regionala möten. Total tidsåtgång är minst 72 timmar per år.

Samba-uppdraget kan, men behöver inte, kombineras med chefsuppdrag. Uppdragets omfattning har ökat i takt med att MHV:s ansvar och uppdrag har utvidgats under senare år. Beroende på vad som ingår i uppdraget måste lämplig tid avsättas, dock inte mindre än 3 dagar per vecka för ett medelstort område (Tabell 4).

Tabell 4. Tidsåtgång för sambauppdraget

Arbetsuppgifter	Tidsåtgång (timmar/år)
Arbete med riktlinjer	80
Statistik	80
Samverkan, planeringsmöten	264
Egen fortbildning	72
Handledning barnmorskor	40
Besök BMM	varierar
Särskilda satsningar	varierar
Summa	536+

Läkare

Oavsett organisationsform och huvudman arbetar några eller alla av följande läkare på eller för BMM:

1. Kliniskt arbetande gynekolog/obstetriker
2. Kliniskt arbetande allmänläkare
3. Medicinskt ansvarig gynekolog/obstetriker
4. Mhöl

De olika organisationsformerna i kombination med varierande läkarbemanningsmodell, gör det svårt att enhetligt beskriva arbetsuppgifter och tidsåtgång för läkare vid BMM. Det är också svårt att nå konsensus om vad som ska benämnas spec-MHV, beroende på läkar-

kompetens och uppdrag på BMM.

Det är antingen gynekolog eller allmänläkare som arbetar med patientbesök och medicinska konsultationer från barnmorska på BMM.

Dessutom ska BMM ha en medicinskt ansvarig läkare, som bör vara gynekolog. Denne/a kan vara mhöl eller annan namngiven gynekolog. Denna funktion ansvarar för att medicinska riktlinjer finns och efterlevs i verksamheten, att det erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling samt att verksamhetens kvalitet följs upp.

Läkaren på barnmorskemottagningen

Läkare på BMM arbetar med graviditetshälsövård. Dessutom kan tillkomma preventivmedelsrådgivning och uppdrag inom sexuell hälsa, såsom handläggning av STI-prover och smittspårning samt hantering av avvikande GCK-prov. Den kliniskt verksamme läkaren bör ha tillgång till minst 20 timmar fortbildning inom MHV varje år. Barnmorska vid BMM ska ha tillgång till regelbunden medicinsk konsultation.

Behovet av läkarbesök och konsultation beror bland annat på ålder, socioekonomisk situation och interkurrenta sjukdomar och riskfaktorer i den aktuella populationen. Tidsåtgång per 1000 patienter i tabellen nedan bygger på en uppskattning, tillägg kan behövas. Ett läkarbesök beräknas ta cirka 30 minuter. Konsultation med barnmorska tar vanligen cirka 10 minuter per patient och kan göras personligen eller via rond eller patientlista där läkaren tar del av journalen. Läkaren handlägger även BMMs samtliga provsvar som kräver läkarbedömning, i genomsnitt ca 5 minuter per provsvar.

Sammanfattningsvis kan man säga att: 1000 graviditeter kräver i genomsnitt 908 läkartimmar per år, 1000 preventivmedelspatienter kräver ca 65 läkartimmar per år och 1000 GCK-provsvaer kräver ca 5 läkartimmar per år.

Förutom detta tillkommer tid för besök i

verksamheten samt särskilda satsningar i området. Hänsyn ska alltid tas till olika förutsättningar avseende geografi, befolkningssammansättning, storlek på mottagningar, läkarbemanning i området.

Sammanlagt är det rimligt att säga att ett grunduppdrag för mhöl tar i anspråk minst 50 % tjänst på årsbasis i ett medelstort upp-tagningsområde i Sverige.

Tabell 5. Tidsåtgång för kliniskt läkararbete på BMM

Läkararbete BMM	Tidsåtgång (minuter per aktivitet)	Antal aktiviteter/patient (aktiviteter/1000 patienter)	Antal timmar/1000 patienter	Antal minuter per patient
Graviditetsbesök	30	1,5 (1500/1000)	750	
Konsultation graviditet barnmoska	Cirka 10	0,6 (600/1000)	100	
Hantering av provsvar graviditet	Cirka 5	0,7 (700/1000)	58	
Preventivmedelsbesök	30	0,3 (30/1000)	15	
Konsultation preventivmedel barnmorska	Cirka 10	0,10 (100/1000)	50	
Tidsåtgång minuter per patient, graviditet			658	Cirka 40
Tidsåtgång minuter per patient, preventivmedel			65	Cirka 4
Hantering av GCK, avvikande prov		0,10 (100/1000)	5	Cirka 3

Tabell 6. Tidsåtgång för mhöl-uppdraget

Arbetsuppgifter	Tidsåtgång (timmar/år)	
Medicinska riktlinjer	120	20 riktlinjer à sex timmar/riktlinje
Kvalitetssäkring	120	En vecka för varje halvår samt en vecka för helårssammanställning
Fortbildning och handledning av barnmorskor/läkare	130	Två halvdagsutbildningar per termin vardera för läkare och barnmorskor (fyra dagar per år) + förberedelse (fyra dagar per år) + individuell handledning (40 timmar barnmorska och 20 timmar läkare)
Samverkan andra vårdgivare/aktörer	160	Mötestid + förberedelse och efterarbete
Egen kompetensutveckling	80	Tio dagars kurs/konferens och tio inläsningsdagar
Deltagande i nationella/regionala nätverk	72	Fyra dagar för nationella möten + en halv dag per månad under tio månader per år för regionala möten
Summa	682	Vid årsarbetstid på 1600 timmar blir detta ca 43 procent tjänst

Exempel på psykologiskt basprogram, Södra Bohuslän, Västra Götalandsregionen

Psykisk hälsa och social situation under graviditet

ABCD-inskrivning

ABCD (inklusive AUDIT och MHV 1)

Reaktion på graviditetsbeskedet hos kvinnan/
partnern

Omställning/ambivalens

Hälsohistoria, psykisk MHV 1

Har du haft/har någon allvarlig psykisk sjukdom? Har du behandlats inom psykiatrin? Öppenvård, slutenvård? När var det? Hur länge?

Exempel på allvarlig sjukdom: psykos, bipolär sjukdom, allvarlig depression som krävt inläggning på sjukhus, suicidförsök eller andra självskador

Endast omfödelskor:

Har du haft någon allvarlig psykisk sjukdom i samband med tidigare graviditet och förlossning (inklusive psykos eller allvarlig depression i postpartum-perioden)? Hur, var och hur länge behandlades du?

Perinatal psykisk sjukdom i familjen

Har din mor eller ev. syster haft något allvarlig psykiskt sjukdomstillstånd i samband med barnafödande?

Handläggning

Om kvinnan har tidigare **allvarlig** psykisk sjukdom, men uppger att hon är frisk nu, diskuteras vidare handläggning med MVC-läkare, inklusive vilka journalkopior som behöver rekvideras, samt om kontakt behöver tas med psykiatrin och/eller socialtjänsten. Om kvin-

nan ej har en pågående psykologkontakt tas kvinnan upp i konsultation med psykologen för eventuellt stöd inför föräldraskap.

Vid pågående **allvarlig** psykisk sjukdom bokar barnmorskan tid till MVC-läkaren samt utreder nuvarande och tidigare eventuella kontakter med psykiatrin. Barnmorskan ansvarar för att möte planeras tillsammans med kvinnan/partner, ansvarig läkare (som kan vara allmänläkare, psykiater och/eller MVC-läkare), kontaktpersoner från psykiatrin/allmänmedicin, MHV-psykolog samt eventuellt representant för socialtjänsten. Vidare vårdplanering sker i samverkan med berörda parter enligt lokal vårdplan (till exempel ROS).

Inskrivningsbesök 2

Uppföljning av ABCD

Inställning till graviditet/förlossning hos kvinnan/partnern

Omställning/ambivalens

Erfarenheter från tidigare graviditet/er och förlossning/ar och postpartumtid (till exempel lång infertilitet (IVF), missfall, aborter, sjukdom/förlust av barn)

Social situation

Yrke/sysselsättning (långvarig arbetslöshet)

Skolgång (fullföljt/särskola)

Ekonomi (sjukbidrag/socialbidrag)

Boende (saknar fast bostad; flyttat ofta; bor isolerat)

Migration/flyktingskap (språksvårigheter, kulturella faktorer av betydelse för graviditet, förlossning och föräldraskap)

Familjesituation

Sammanboende/särbo/ensamstående
 Antal hemmavarande barn (i relation till antal födda barn), gemensamma/styvbarn
 Relation till barnafader/partner (problem/konflikt i relationen till barnafader/partner)
 Relation till egna föräldrar/svärföräldrar

Stöd

Stöd/förväntat stöd från partner (bristande stöd från partner)
 Stöd/förväntat stöd från familj eller andra (egna föräldrar/svärföräldrar/syskon/vänner)
Har du någon att vända dig till när du är orolig eller behöver stöd?
Kommer du att få praktiskt stöd efter förlossningen?

Stress

Stressfyllda händelser, förändringar eller förluster under det senaste året?
 (t.ex. dödsfall/sjukdom i familjen, separation, arbetslöshet, olyckshändelse)
 Pågående, långvarig psykisk stress? (familjerelaterat/arbetsrelaterat/social situation)
Har det hänt dig något allvarligt, som påverkat dig negativt under senaste år?
Har du en stress i vardagen som du tycker påverkar dig negativt? Händer det ofta att du är orolig? I den grad att det påverkar din hälsa?

Psykisk hälsa

Tidigare psykisk hälsa (frågan ställs till kvinnor som svarat nekande på frågan om allvarlig psykisk sjukdom enligt ovan).

Har du någon gång tidigare haft en depression?
 Hur var det? Sökte du hjälp? Vilken behandling (farmakologisk/psykologisk/samtalsstöd)?
 Hur länge varade den? Vid flera tillfällen, när?

Har du haft problem med ångest eller panik någon gång?

Se ovan följdfrågor.

Har du haft andra psykiska problem tidigare, till exempel ätstörning eller självskador?

Se ovan följdfrågor.

Har du haft depression eller ångest i samband med tidigare graviditet eller efter en förlossning? (endast omfödreskor)

Nuvarande psykisk hälsa

Hur mår du nu? Fråga allmänt och fråga hur kvinnan mår nu.

- 1. Har du under den senaste månaden ofta känt dig nere, deprimerad eller haft känslor av hopplöshet?*
- 2. Har du under den senaste månaden ofta saknat intresse för att göra saker eller inte kunnat glädja dig åt saker och ting?*

Om ja på någon av ovan 2 frågor, kan E(P)DS med samtal erbjudas som stöd i bedömning. Boka eventuellt extra barnmorskebesök. Se Bilaga för instruktioner om E(P)DS under graviditet!

Psykologisk och social bedömning

Första trimestern (fusionsfas)

<i>Uppmärksamma (generell)</i>	<i>Observandum (riktad)</i>
Reaktion på graviditetsbesked hos familj	Olika inställning till graviditet hos kvinnan/partner Oönskad graviditet kvinna/partner
Tidigare erfarenhet av graviditet och förlossning	Negativa erfarenheter av graviditet, förlossning hos kvinnan/partner/familj
Kvinnans/partners inställning till graviditet/förlossning	Påtaglig oro/ångest inför graviditet/förlossning
Accepterande av graviditeten	Olust/förnekande Ihållande stark ambivalens
Inställning till kroppsliga/ känslomässiga förändringar/ förändrad livsstil under graviditeten	Förtränger/överdriven oro Ej anpassad livsstil till graviditet (alkohol, rökning, kost)
Parrelation/stöd från partnern	Bristande stöd/konflikt
Familjesituation	Saknar stöd i familjen
Social/ekonomisk/ situation	Arbetslöshet/påfrestande arbete Problem med bostad Ekonomiska problem
Invandring/Flyktingskap	Isolering/språksvårigheter
Livssituation	Akut/långvarig stress Stressfyllda livshändelser
Tidigare psykisk hälsa	Se anamnesblad
Nuvarande psykisk hälsa	Se anamnesblad

Andra trimestern (differentieringsfas)

<i>Uppmärksamma</i>	<i>Observandum</i>
Livsstil	Ej anpassad till graviditeten
Reaktioner på fosterrörelser	Ingen reaktion/påtaglig oro
Reaktioner på ultraljud	Ingen reaktion/påtaglig oro Påtaglig ambivalens till graviditeten
Tankar och fantasier kring barnet	Saknas föreställningar/fantasier om barnet Skräckfyllda fantasier Stark oro för barnets hälsa
Relation till partner; samförstånd kring samliv/sexualitet; samförstånd inför föräldraskap	Problem/konflikt i relation till partner Allvarlig konflikt Psykisk kränkning Hot/Våld

Relation till förälder/föräldrar/ svärföräldrar	Problem/konflikt till egenförälder/föräldrar Pågående/tidigare svåra upplevelser under barndom/trauma
Stöd från partner/familj	Saknas emotionellt/praktiskt stöd från partner/familj
Tankar inför föräldraskap hos kvinnan/ partnern	Saknas tankar kring föräldraskap Idealisering av egen förälder/föräldrar Påtaglig negativ bild av föräldraskap Oro/ångest inför att bli förälder
Nuvarande psykisk hälsa/ohälsa	Depression (ev. EPDS) Oro/ångest Stark oro/rädsla inför förlossningen Pågående påtaglig stress/belastning

Tredje trimestern (separationsfas)

<i>Uppmärksamma</i>	<i>Observandum</i>
Kvinnans/partners inställning till och förberedelser för förlossningen	Inga förberedelser, undviker att tänka på förlossningen Stark rädsla/oro inför förlossningen/barnets hälsa Oro/orealistiska tankar inför att bli förälder
Psykisk hälsa	Nedstämdhet/depression/ångest
Stöd inför förlossning och postpartum tid	Bristande stöd/problem i parrelationen Problem i social situation

Post partum period (0-12 veckor)

<i>Uppmärksamma</i>	<i>Observandum</i>
Förlossningsupplevelse	Traumatisk upplevelse Tecken på PTSD
Parets relation, samliv Samarbete i föräldraskap	Svårigheter/konflikt i parrelationen och samarbete kring barnet
Välbefinnande/sömn	Fysiska krämpor Trötthet/sömnbrist
Psykisk hälsa	Tecken på depression/depression Överdriven oro/ängslan för sig själv/barnet
Livsstil Relationen till barnet	Alkohol, rökning, ätproblem Svårigheter i samspel förälder-barn "Svårskött" barn

Bedömning av bäckenbottens struktur och funktion

Om kvinnan har svårt att knipa när hon ligger i gynläge skapar en brits placerad mot en vägg en bra förutsättning för palpation. Då kan kvinnan luta ena benet mot väggen och det andra stöttar du.

Utförande: kvinnan intar ryggläge med ordentligt böjda knän och du sätter dig bredvid henne med ditt ansikte mot hennes.

Nu registrerar du vävnadsstrukturen:

Känns det väldigt löst (hypotont)? rymligt? slapt?

Känns det som att vävnaden sluter till väl runt fingrarna (normotont) eller var det svårt att få in fingrarna, så att de omsluts väldigt stramt (hypertont)?

Mot fingrarnas baksida har du nu bakre slidväggen. Här känner man ofta knölar, vilket som regel utgörs av avföring i rektum.

Åt sidorna, cirka 3-4 cm in, känner du pubococcygeus-muskeln. Här kan man notera om muskelskänkeln är tjock eller tunn. Hos en ung oförlöst kvinna kan den vara cirka en cm tjock, till skillnad från hos en äldre kvinna där den knappt känns.

Framåt känner man främre vaginalväggen. Den kan bukta, framför allt om man fött barn, eftersom slidväggen töjts ut då barnet föddes fram.

Bedömning av bäckenbottens funktion:

1. Tippa fingrarna något bakåt och be kvinnan spänna igen den anala öppningen. Be henne tänka sig att hon tätar för gas eller avföring. Om kvinnan kan kontrahera riktigt - då flyttas dina fingrar bakifrån och framåt.
2. Be nu kvinnan att hålla emot en tarmtömningensreflex så länge hon kan, normalt är att

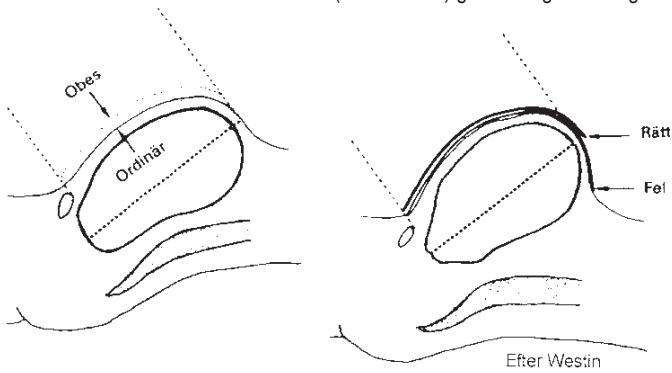
kunna knipa cirka 30 sekunder. Detta ger dig en uppfattning om uthålligheten i den anala ringmuskeln och pubococcygeus-muskeln.

3. Be kvinnan sedan spänna igen, som om hon vore 'kissnödig och stod i kö'. Om hon kan kontrahera på rätt sätt flyttas dina fingrar ännu mer mot symfyssen.
4. Be kvinnan nu att spänna uppåt så att hon får en känsla av att något "lyfts upp" inuti (spänn utmed slidans hela längd i fem våningar och tänk fast en 'diamant'). Spänner hon på rätt sätt kommer dina fingrar att klämmas åt från sidorna och lyftas uppåt inåt. Detta är en bedömning av levatorfunktion.
5. Be kvinnan nu hosta och känn vad som händer. Får du nu den främre vaginalväggen mot din hand då tyder det på svag upphängningsstruktur (ligament eller fascior).
 1. Be henne spänna fast diamanten i tanken och återigen hosta. Känns det stadigt har hon en muskelfunktion.
6. Sära nu dina fingrar och be kvinnan spänna ihop dem (krossa dem) och be henne fortsättningsvis hindra dig från att dra ut dina fingrar. Detta test bedömer levatorernas styrka.

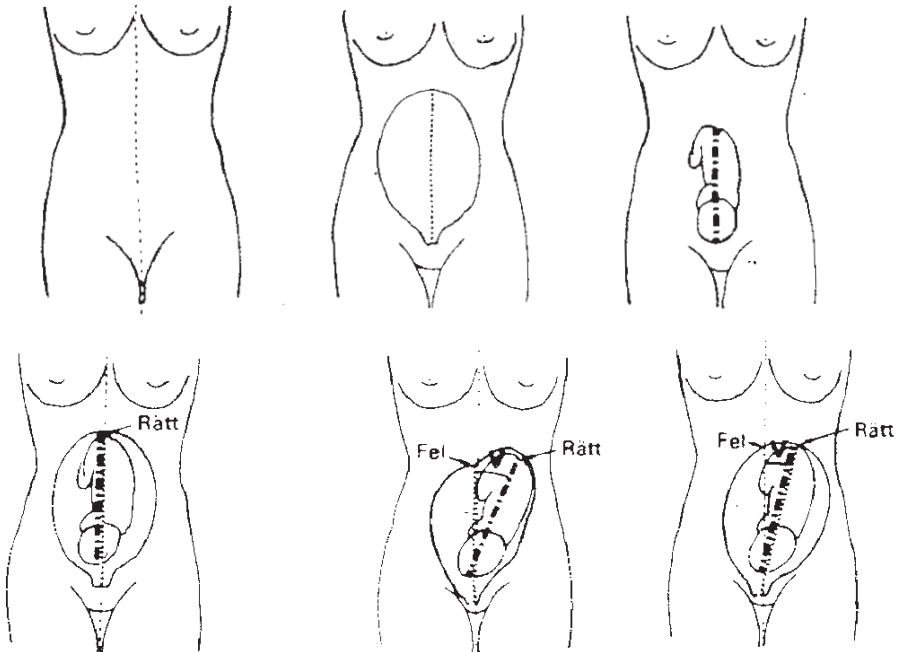
Dokumentera gärna hur många sekunder kvinnan aktivt orkar hålla snabba, uthålliga respektive maximala knip för att du sedan ska kunna utvärdera om det skett någon förändring vid återbesöket. Om du bedömer att kvinnan har en svag bäckenbottenmuskulatur bör du boka återbesök efter tre och sex månader. Det är viktigt att ge kvinnan individuellt anpassade råd.

Symfys-fundusmätning

Mätfel minskar om samma mätare (barnmorska) gör samtliga mätningar.



Modern i ryggläge, sträckta ben, tom urinblåsa. Mätning från symfysens övre kant till fundus uteri.



Om moderns, uteri och barnets längsaxlar ej sammanfaller, mäts utmed barnets längsaxel.

Kemikalier i vår vardag, patientinformation

*Åke Berggren, mhöl och Katja Hagström, Arbets- och Miljömedicin,
Universitetssjukhuset Örebro*

Kemikaliernas spridning

Vi utsätts hela tiden för kemikalier eftersom de finns överallt i vår miljö. Kemikalier finns i många vardagsprodukter, till exempel i textilier, elektronisk utrustning, ytbeläggningar på möbler och golv, i barnens leksaker, i plastkäril och teflonpannorna i köket. Vi får i oss kemikalier via mat och dricksvatten samt i samband med att varor används eftersom många kemikalier kan läcka. Dessutom sprids kemikalier både när varor tillverkas och när de blir till avfall (1).

Var försiktig under graviditeten

Eftersom endast ett fåtal av de kemikalier som används i samhället har testats med avseende miljö- och hälsoeffekter kan det vara bra att utgå från försiktighetsprincipen. Om vi inte vet hur en kemikalie påverkar människans hälsa ska vi undvika den så långt det går. Det är särskilt viktigt under graviditeten (2).

1. Några enkla råd för att minska exponeringen under graviditet
2. Kontrollera dricksvatten från egna brunnar.
3. Tvätta nya kläder och textilier.
4. Använd få och oparfymerade kosmetiska produkter.
5. Använd glas och porslin när du värmer mat.
6. Undvik antibakteriella medel.

Kontrollera dricksvatten från egna brunnar

Den som har en enskild brunn ansvarar själv för vattenkvaliteten. Socialstyrelsen rekommenderar att vattnets kvalitet kontrolleras vart tredje år. Socialstyrelsen har rekommendationer om vilka parametrar som ska testas och vattenlaboratorierna brukar ha särskilda provtagningspaket som utgår från dessa. Det kan också vara bra att kontakta miljöförvaltningen i kommunen för att diskutera om det finns några särskilda problem med dricksvattnet, som kan medföra att en utvidgad provtagning behövs. Miljöförvaltningen kan även hjälpa till med andra frågor (3).

Tvätta nya kläder och textilier

Tvätta alltid nya kläder innan du själv tar dem på dig. Det gäller även andra textilier innan de används som till exempel lakan. Tillverkarna använder kemikalier för att ge textilierna exempelvis färg, flamskydd och impregnering. Ofta tillsätts också särskilda kemikalier för att kläderna inte ska bli skrynkliga eller skadas av fukt under långa transporter (2).

Använd få och oparfymerade kosmetiska produkter

Personlig hygien är en del av vardagen, men vi tänker inte alltid på att hygieniska och kos-

metiska produkter innehåller kemikalier. Under graviditeten kan du försöka minska din förbrukning av sådana produkter. Exempel på sådana produkter är smink, deodorant, schampo och tvål. Du kan leta efter hygieniska och kosmetiska produkter som är miljömärkta med bland annat Svanen, då undviker du de mest hormonstörande kemikalierna. Undvik parfymmerade produkter. Parfymännen i olika produkter är ofta kända ämnen som kan vara allergiframkallande. Parfymmerade hygien- och kosmetikaproducter kan även innehålla ftalater (4).

Använd glas och porslin när du värmer mat

Undvik att värma mat i plast, så som matlådor, plasttallrikar, plastförpackningar och plastflaskor. Kemikalier i plasten kan frigöras av värme. Bisfenol A är ett exempel på en kemikalie som kan läcka från plasten när den värms upp. Studier har visat att Bisfenol A är hormonstörande och det är osäkert vilken nivå som är säker (2,5).

Undvik antibakteriella medel

De flesta bakterier som finns på kroppen är nyttiga. Bakteriedödande medel behövs vanligtvis inte med undantag för vissa sjukvårdsprodukter som endast bör användas vid läkarordination. Vanliga antibakteriella medel är blanda annat silver och triclosan som numera finns i många av våra produkter i hemmet så som träningskläder, golv och kylskåp. Det finns farhågor om att en ökad användning skulle kunna bidra till antibiotikaresistens hos bakterier. I reklamen framställer marknadsförarna även produkterna som något hygieniskt. Vid rengöring är det bättre att använda tvål och vatten eller alkoholbaserade rengöringsmedel. Förutom risken för antibiotikaresistens, kan silver och triclosan även ha en negativ påverkan på miljön (2).

Referenser

1. Naturvårdsverket. Gifter och miljö: om påverkan på yttre miljö och människor, 2013. <http://www.naturvardsverket.se/Documents/publikationer6400/978-91-620-6569-0.pdf>
2. Kemikalieinspektionen. <http://www.kemi.se/>
3. Socialstyrelsen rekommenderar provtagning av dricksvatten från enskilda brunnar minst vart tredje år. Socialstyrelsen; 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/socialstyrelsenrekommenderarprovtagningavdricksvattenfranenskildabrunnarminstvarttredjear>
4. Gravid? Kend kemien (Miljøministeriet, Miljøstyrelsen, Danmark). <http://mst.dk/borger/kemikalier-i-hverdagen/kampagne-gravid-kend-kemien/>
5. Naturskyddsföreningen. <http://www.naturskyddsforeningen.se>