

Handbok för mödrarådgivningen

Nationell rekommendation

NATIONELLA EXPERTGRUPPEN FÖR MÖDRAVÅRDEN (FÖRF.)

REIJA KLEMETTI, TUOVI HAKULINEN-VIITANEN (RED.)



NATIONELLA EXPERTGRUPPEN FÖR MÖDRAVÅRDEN (FÖRF.)
REIJA KLEMETTI & TUOVI HAKULINEN-VIITANEN (RED.)

HANDBOK FÖR MÖDRARÅDGIVNINGEN

NATIONELL REKOMMENDATION



INSTITUTET FÖR
HÄLSA OCH VÄLFÄRD

Expertgrupp för mödravården 1.12.2010–31.12.2012

Pouta Anneli

Hakulinen-Viitanen Tuovi

Klemetti Reija

Pelkonen Marjaana

Vallimies-Patomäki Marjukka

Ellilä Merja

Häkkinen Hannele 13.2.2012–

Jouhki Maija-Riitta

Kampman-Nikulainen Taru 1.12.2010–
4.10.2011

Keravuo Ritva 1.12.2010–25.8.2011

Lang Leena

Lehtomäki Leila

Läira Helena 1.12.2011–12.12.2011

Paatama Soile 1.12.2010–12.2.2012

Rahkonen Eeva

Raudaskoski Tytti

Raussi-Lehto Eija

Räty Heidi 25.8.2011–15.10.2012

Uotila Jukka

Virtanen Terhi

Ylä-Soininmäki Taina

© Författarna och Institutet för hälsa och välfärd

Översättning Manuela Tallberg-Nygård och Antonia Ingvall

Pärbild Hilla Klemetti

Pärm och kapitlens inledningssida Tiina Kuoppala

Layout Raili Silius

Ombrytning Seija Puro

ISBN 978-952-302-489-2 (tryckt)

ISSN 1798-0097 (tryckt)

ISBN 978-952-302-490-8 (nätpublikation)

ISSN 1798-0100 (nätpublikation)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-490-8>

Handbok 40/2015

Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab

Tammerfors 2015

TILL LÄSAREN

Denna handbok utkom på finska hösten 2013 (Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan). Sedan rekommendationer för mödravården utkom föregående gång (år 1999) har det kommit mycket ny kunskap om hälsan och välbefinnandet under graviditeten och efter förlossningen. Sedan dess har den vetenskapliga evidensens betydelse som grund för mödrarådgivningarnas vård och verksamhet blivit allt tydligare. Rekommendationerna för mödrarådgivningen har tagits fram utgående från bästa möjliga vetenskapliga evidens och i samarbete mellan den nationella expertgruppen för mödravården, andra experter och olika aktörer som kommenterat rekommendationerna.

Den svenska översättningen av handboken överensstämmer så gott som helt med den ursprungliga finska versionen. Vissa mindre uppdateringar har dock gjorts bland annat i källförteckningarna.

Rekommendationerna för mödrarådgivningen är i första hand avsedda för den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på mödrarådgivningen – hälsovårdare, barnmorskor och läkare. Vi hoppas att rekommendationerna och bakomliggande motiveringar är till hjälp i arbetet med kvinnor som planerar en graviditet, kvinnor som väntar barn, kvinnor som fött barn, nyfödda barn och familjer.

För det andra är denna handbok också avsedd för dem som ansvarar för ledningen av mödrarådgivningens arbete. Patientsäkerhet, evidensbaserad verksamhet och förändringar i verksamhetsmiljön och uppgiftsbeskrivningarna förutsätter att yrkeskompetensen kontinuerligt upprätthålls och utvecklas. De som leder arbetet innehar en nyckelposition när det gäller att möjliggöra en mödrarådgivning som bygger på evidens. De skapar förutsättningar för en verksamhet som följer rekommendationerna och kan motivera behovet av att utveckla verksamhetsförutsättningarna i enlighet med rekommendationerna för kommunens förtroendevalda.

För det tredje är handboken också avsedd för alla dem som arbetar med undervisning i social- och hälsovård och för studerande inom området, yrkespersonalen inom den specialiserade sjukvården och övrig yrkespersonal som samarbetar med rådgivningen och dess klienter. Högklassiga rådgivningstjänster bygger på ett multiprofessionellt samarbete.

Rekommendationerna är också avsedda för dem som ansvarar för det politiska beslutsfattandet. För att stödja beslutsfattandet kommer handboken att komprimeras till en version som endast innehåller rekommendationsdelarna.

Handboken kan också vara till nytta för kvinnor som planerar en graviditet, kvinnor som väntar barn, kvinnor som fött barn, deras partner och hela familjen. Handboken ger information om graviditetsförloppet, uppföljningen av graviditeten och hälsosamma levnadsvanor under graviditeten, men innehåller också motiveringar till arbetet på rådgivningen och även bredare inom mödravården och dess samarbetsorganisationer. Denna handbok har tagits fram uttryckligen för att främja hälsan och välbefinnandet hos gravida kvinnor, de barn som föds och deras familjer.

Vi vill rikta ett varmt tack för expertis och gott samarbete till alla de personer som deltagit i arbetet med rekommendationerna och i arbetet med den svenska översättningen. Vi hoppas att den svenska handboken ska gagna den svenskspråkiga yrkespersonalen och dess chefer, lärarna inom området och beslutsfattarna och därigenom framför allt de svenskspråkiga klienterna på mödrarådgivningen.

Helsingfors 13.5.2015

Reija Klemetti

Tuovi Hakulinen-Viitanen

INNEHÅLL

Till läsaren	3
1 INLEDNING	9
2 MÖDRARÅDNINGENS MÅL OCH VERKSAMHETSPRINCIPER	16
2.1 Mål och uppgifter	16
2.2 Principer	18
3 STÖD FÖR FÖRÄLDRASKAPET	26
3.1 Många olika familjeformer	26
3.2 Män som klienter vid mödrarådgivningen	30
3.3 Föräldrarnas resurser och tidig interaktion	32
4 LEVNADSVANOR OCH RÅDNING	40
4.1 Kost och näring.	40
4.2 Amning	47
4.3 Munhälsan	50
4.4 Motion	53
4.5 Sexuellt välbefinnande	56
4.6 Särskilda situationer som anknyter till arbetet	59
4.7 Läkemedel, vaccinationer och hälsokostpreparat	61
4.8 Alkohol och droger	65
4.9 Kosmetika, tatueringar och piercing.	71
4.10 Rådning som anknyter till den sociala tryggheten	73
5 FAMILJETRÄNING	78
6 VANLIGA GRAVIDITETSBE SVÄR	86
6.1 Illamående och matsmältningsproblem	86
6.2 Besvär i hållnings- och rörelseorganen	88
6.3 Förändringar i huden	90
6.4 Trötthet	91
6.5 Smärta, feber och huvudvärk	92
6.6 Svårt att sova	93
6.7 Andra graviditetsbesvär	94

7	HÄLSOUNDERSÖKNINGAR PÅ MÖDRARÅDGIVNINGEN96
7.1	Allmänna principer	96
7.2	Kontakt med rådgivningen när en graviditet planeras	99
7.3	Den första kontakten med mödrarådgivningen under graviditeten .	100
7.4	Besöksstrukturen för de återkommande hälsundersökningarna . .	102
7.5	Omfattande hälsundersökning för familjer som väntar barn . . .	108
7.6	Uppföljande undersökningar och screeningar	113
	Blodtryck	113
	Undersökning av urinen	115
	Övervakning av hemoglobinet	116
	Blodgruppsbestämning och immunisering	117
	Vikt	119
	Infektioner som omfattas av screening.	123
	Screening av fosteravvikelse	126
	Cellprov	129
	Livmoderns tillväxt och fostrets position	130
	Uppföljning av fostrets rörelser	132
	Uppföljning av fostrets puls.	133
7.7	Efterundersökning efter förlossningen	134
7.8	Förhindrande av graviditet efter förlossningen.	137
8	HEMBESÖK144
9	IDENTIFIERING OCH BEHANDLING AV GRAVIDITETSPROBLEM SOM KRÄVER YTTERLIGARE UPPFÖLJNING150
9.1	Flerbördsgraviditet	150
9.2	Preeklampsi, graviditetshypertoni.	153
9.3	Graviditetsdiabetes	155
9.4	Graviditetskolestas	157
9.5	Avvikelse i livmoderns tillväxt	158
9.6	Avvikande puls hos fostret.	160
9.7	Avvikande rörelser hos fostret	161
9.8	För tidig förlossning hotar	163
9.9	Blödning i slutet av graviditeten	166
9.10	Den beräknade tiden överskrids	167
10	SJUKDOMAR ELLER PROBLEM SOM KRÄVER YTTERLIGARE UPPFÖLJNING . .	.170
10.1	Problem under tidigare graviditet	170
10.2	Sjukdomar i släkten och eventuella ärftliga sjukdomar.	171
10.3	Kroniska sjukdomar.	172
	Anemi, trombocytopeni och trombos.	172
	Astma	176

	Diabetes	177
	Epilepsi.	180
	Störningar i sköldkörteln.	181
	Kroniska tarminflammationer	183
	Kronisk hypertoni och njursjukdomar	184
	Multipel skleros (MS).	186
	Bindvävssjukdomar och reumatiska sjukdomar	187
10.4	Psykiska problem	188
10.5	Infektioner	193
	Urinvägsinfektion och symtomfri bakteriuri	193
	Infektioner i könsorganen	194
	Allmäninfektioner som potentiellt kan ge upphov till fosterskador	199
	Tuberkulos	205
	Mikrober som är av betydelse för sjukhushygienen	207

11 EXTRA UPPFÖLJNING AV DEN GRAVIDA KVINNAN OCH FAMILJEN

	I SPECIALFALL.	212
11.1	Mångkulturella familjer.	212
11.2	Särdrag som beror på den gravida kvinnans ålder.	216
11.3	Assisterad befruktning	220
11.4	Funktionsnedsättning och graviditet	224
11.5	Våld i nära relationer och inom familjen.	226
11.6	Missbruk i familjen.	233
11.7	Graviditeten slutar med att barnet dör	238
11.8	Att vänta ett barn med funktionsnedsättning och barnets födelse.	241
11.9	Missfall	243
11.10	Abort.	245

12 FÖRBEREDELSE INFÖR FÖRLOSSNINGEN 248

12.1	Val av förlossningsställe.	248
12.2	Anvisningar för när kvinnan ska ta sig till förlossnings- sjukhuset	249
12.3	Förlossningsplan	251
12.4	Planering av förlossningen i specialfall	252
	Problem vid tidigare förlossning	252
	Förlossningsrädsla	253
	Avvikande fosterbjudningar	258
	Misstanke om bäckenförträngning.	258
	Förlossning med kort eftervård	260
	Hemförlossning.	263

13	UPPFÖLJNING AV DET NYFÖDDA BARNET	268
14	DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN	280
15	SAMARBETE	288
15.1	Utlämnande av rådgivningsuppgifter och sekretess	288
15.2	Branschövergripande och multiprofessionellt samarbete ur klientens perspektiv	291
15.3	Branschövergripande och multiprofessionellt samarbete ur mödrarådgivningens perspektiv	292
15.4	Specialiserad sjukvård	300
16	TILLHANDAHÅLLET AV MÖDRARÅDGIVNINGENS TJÄNSTER	306
16.1	Handlingsprogram	306
16.2	Ledning av rådgivningsverksamheten	310
16.3	Mödrarådgivningens personal och personaldimensioneringen	313
16.4	Registrering och statistikföring	317
16.5	Att utveckla och stödja personalens kompetens	322
16.6	Utvärdering och uppföljning av kvaliteten	329
16.7	Mödrarådgivningens effektivitet och kostnader	333
17	GENOMFÖRANDE, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV REKOMMENDATIONERNA	340
18	BILAGOR	344
Bilaga 1.	Expertgrupp för mödravården 1.12.2010–31.12.2012	
Bilaga 2.	Experter utanför arbetsgruppen	
Bilaga 3.	Ansvariga författare	
Bilaga 4.	De viktigaste bestämmelserna som styr mödrarådgivningens verksamhet och bestämmelsernas centrala innehåll	
Bilaga 5.	Kost under graviditeten: Råd för kloka kostval	
Bilaga 6.	Rekommenderat dagligt intag av vitaminer och mineralämnen via kosten under graviditet och amning och rekommenderat tillskott av näringsämnen	
Bilaga 7.	Frågeformulär för att identifiera depression efter förlossningen (epds)	
Bilaga 8.	Om barnet dör före födseln	
Bilaga 9.	Hälsovårdarens arbetstid och antalet gravida kvinnor som hälsovårdaren ansvarar för, då en vikarie anställs under semestern	
Bilaga 10.	Rådgivningsläkarens arbetstid och antalet gravida kvinnor som läkaren ansvarar för, då en vikarie anställs under semestern	

INLEDNING

Bakgrund

Föregående nationella rekommendationer för mödrarådgivningen är från år 1999.¹ Efter det har förändringar skett både inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen² och statsrådets förordning³ har stärkt primärvården och det hälsofrämjande arbetet. En utredning om mödrarådgivningens verksamhet från 2008 visar på varierande praxis och strukturer mellan mödrarådgivningarna och samarbetsaktörerna.⁴ De läkare som arbetade på mödrarådgivningen var i regel legitimerade allmänläkare och vårdpersonalen bestod huvudsakligen av hälsovårdare. En fjärdedel av vårdpersonalen hade dubbelutbildningen hälsovårdare/barnmorska.

Enligt riksomfattande utredningar om rådgivningsverksamheten⁵⁻⁶ har det skett en positiv utveckling i mödrarådgivningens tjänster sedan början av 2000-talet⁷⁻⁹, vilket sannolikt beror på att lagstiftningen, uppföljningen och tillsynen har stärkts. Kommunerna och samkommunerna har varit aktiva i arbetet med att utveckla förebyggande tjänster. Bland annat har arbetsformerna förenhetligats och blivit mer familjecentrerade och stödet har i större utsträckning riktats till dem som behöver särskilt stöd. Dessutom har personalresurserna förbättrats något och ledningen av rådgivningsverksamheten har effektiviserats. Enligt rådgivningarnas klientenkät från år 2014 är familjerna (n=11 819) nöjda med rådgivningstjänsterna.¹⁰

När föregående rekommendationer för mödravården gavs ut år 1999 fanns det fortfarande 43 förlossningssjukhus i landet. År 2013 uppgick antalet förlossningssjukhus till endast 30. Social- och hälsovårdsministeriets (SHM) förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden medför förändringar i nätverket av förlossningsenheter.¹¹ Det kommer också att påverka mödrarådgivningens verksamhet, om den specialiserade sjukvårdens tjänster centraliseras till allt färre förlossningsenheter. Förutom i regeringsprogrammet och den social- och hälsopolitiska strategin¹² fastställs riktlinjer för social- och hälsovårdens verksamhet också i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) och den genomförandeplan som tagits fram som stöd för implementeringen.¹³ Enligt genomförandeplanen utvecklas rådgivningsverksamheten som en del av familjecentralverksamheten så att den blir en mötesplats för familjerna och ger möjlighet att få stöd av personer i samma situation. I familjecentralernas verksamhet deltar utöver rådgivningen också hälsovårdscentralens specialarbetare, småbarnsfostran, familjearbetet, organisationer, församlingar, barnskyddet och fostrings- och familjerådgivningen.

Nativiteten ligger på ungefär samma nivå som när föregående rekommendationer utkom: år 2011 föddes 60 258 barn vid 59 385 förlossningar.¹⁴ Förhållandet mellan först- och omfödelskor är så gott som oförändrat: cirka 40 procent är förstfödelskor och 60 procent är omfödelskor. Ur ett internationellt perspektiv har de nyfödda fortfarande en utmärkt hälsa. Däremot har det skett förändringar i gruppen av föderskor och

i användningen av tjänster. Föderskornas medelålder har stigit i jämn takt. Medelåldern bland alla föderskor har stigit från 29,9 år till 30,2 år och bland förstföderskor från 27,6 år till 28,4 år. Antalet besök under graviditeten (rådgivningen eller moderskapspolikliniken) har minskat något – 16,7 år 1999 och 15,8 år 2011 – men är fortfarande högt i internationell jämförelse. Det har inte skett förändringar i rökningen under graviditeten sedan 1980-talet: år 2011 uppgav fortfarande ungefär 16 procent av föderskorna att de rökt under graviditeten. Användningen av alkohol och narkotika under graviditeten registreras inte i födelseregistret och därför finns det inga jämförbara registerdata om ämnet.

Antalet gravida kvinnor som lider av en kronisk sjukdom har ökat. Enligt THL:s projekt Läkemedel och graviditet fick 7,7 procent av alla gravida kvinnor läkemedelsersättning för en långtidssjukdom år 2010, medan motsvarande andel år 1999 hade varit 5,6 procent (Lahesmaa-Korpinen, informationen har erhållits personligen). Enligt födelseregistret förekom graviditetsdiabetes hos 5,4 procent av de kvinnor som födde barn år 2006 (dessa uppgifter saknas för år 1999), medan motsvarande andel år 2010 var 6,5 procent.¹⁴ Enligt undersökningen Hälsa 2011 har den psykiska belastningen minskat hos såväl kvinnor som män, men det har inte skett några förändringar i förekomsten av depression sedan år 2000.¹⁵ Ungefär 17 procent av alla kvinnor i åldern 30–44 år har upplevt psykisk belastning, och 7 procent har haft allvarliga depressions- eller ångestsymtom. Eftersom problem med den psykiska hälsan är vanliga berör de också arbetet på mödrarådgivningen. Uppgifter om viktindex (Body Mass Index, BMI) började samlas in i födelseregistret först år 2004. År 2011 var mer än en tredjedel av föderskorna överviktiga (BMI 25 eller högre).¹⁴

I en internationell jämförelse är antalet kejsarsnitt fortsättningsvis lågt i Finland: 16 procent både år 1999 och år 2011.¹⁴ Knappt två procent var flerbördsförlossningar år 2011, vilket innebär en liten minskning sedan år 1999. Till skillnad från den internationella trenden har fallen av för tidig förlossning inte ökat i Finland. År 2011 föddes 6 procent för tidigt (före graviditetsvecka 37) och 4 procent med låg födelsevikt (mindre än 2 500 gram). Den perinatale dödligheten uppgick till 4 promille.

Antalet invandrare har klart ökat i Finland sedan föregående rekommendationer utkom: år 1999 fanns det omkring 88 000 utländska medborgare och år 2011 översteg antalet redan 183 000.¹⁶ Det föreligger tydliga skillnader i den reproduktiva och den perinatale hälsan mellan invandrarna och de infödda finländarna.^{17–18} Den nuvarande lagstiftningen om datasekretess hindrar en kontinuerlig uppföljning av invandrarernas hälsa med hjälp av register.

En finländsk kohortstudie, Nationell födelsekohort 1987, har tydligt visat att förhållandena i den tidiga barndomen på många sätt påverkar den senare hälsan och välfärden och att den socioekonomiska och regionala ojämlikheten är ett betydande problem i dagens Finland.¹⁹ Preliminära forskningsresultat stärker de tidigare uppfattningarna om att levnadsförhållandena och föräldrarnas hälsa, välbefinnande och hälsovanor redan under graviditeten påverkar hälsan och välbefinnandet hos det barn som föds. Förebyggande arbete som främjar hela familjens välbefinnande måste inledas redan under

graviditeten eller redan när en graviditet planeras. En viktig del av det förebyggande arbetet på rådgivningen är att handleda klienterna så att de tillägnar sig och omfattar hälsosamma levnadsvanor. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska stödja klienterna så att de hittar och kan utnyttja sina individuella resurser och stärka sin självbestämmanderätt, sin förmåga och känslan av samhörighet, eftersom dessa hjälper att hitta en inre motivation och därigenom främjar bestående förändringar.^{3,20}

Rekommendationens syfte och målgrupp

Dessa rekommendationer syftar till att ge tillförlitlig och vetenskapligt bevisad information som stöd för arbetet på mödrarådgivningarna och för att nå enhetlig praxis, förbättra kvaliteten och minska ojämlikheten. På så sätt är det möjligt att öka verksamhetens effektivitet och effekter, att höja personalens kompetens och att hejda kostnaderna. Ur klientens perspektiv bidrar den evidensbaserade verksamheten och dess effektiva metoder till ett bättre vårdresultat. Hälso- och sjukvårdslagen² och statsrådets förordning³ har gett uppdateringen av rekommendationerna en grund i lagstiftningen.

Rekommendationerna är huvudsakligen avsedda för hälso- och sjukvårdspersonalen: hälsovårdare, barnmorskor, hälsovårdscentralens läkare och övriga personal, experter i kvinnosjukdomar och förlossningar och andra aktörer som erbjuder familjetjänster för gravida kvinnor och deras familjer. Rekommendationerna är dessutom avsedda för de aktörer som ansvarar för tillhandahållandet av mödrarådgivningens tjänster. Också utbildare och studerande har nytta av handboken. Handboken kan också användas av kvinnor som planerar en graviditet och kvinnor som väntar barn, blivande pappor, kvinnornas partner och mor- och farföräldrar.

Metoder som använts i arbetet med rekommendationerna

Det centrala målet i arbetet med handboken har varit att rekommendationerna ska vara evidensbaserade. Den nationella expertgruppen för mödravården (bilaga 1) sammanträdde sammanlagt 16 gånger för att planera och diskutera texterna, och efter att texterna blivit klara också kommentera och bearbeta dem. Utöver det arrangerade gruppen flera temainriktade möten i smågrupper och hade omfattande e-postväxling. Målet var att nå en gemensam syn, konsensus, framför allt i de frågor där det inte finns någon klar vetenskaplig evidens eller där evidensen är motstridig.

Rekommendationerna har utarbetats utgående från de rekommendationer som utkom 1999, nuvarande lagstiftning, anknytande rekommendationer för God medicinsk praxis och tre utländska rekommendationssamlingar: brittiska rekommendationer som ursprungligen gavs ut år 2003 och som uppdaterades år 2008,²¹ norska rekommendationer²² som publicerades år 2005 och som baserar sig på en systematisk litteraturöversikt från Storbritannien och rekommendationerna för mödravården i Sverige från år 2008.²³

I våra finska rekommendationer har vi tagit med vissa sådana ämnesområden som inte finns med i de brittiska och norska rekommendationerna, men som vi anser att är

viktiga. För att kunna behandla dessa ämnesområden och även uppdatera den brittiska litteraturöversikten har vi gjort en systematisk litteratursökning för vissa ämnesområden bland den litteratur som utkommit före utgången av maj 2012 (litteratursökningen och en fullständig källförteckning finns i slutet av den finskspråkiga elektroniska handboken). Utöver det kartlades evidensen genom manuell sökning som omfattade senare hälften av år 2012 och delvis början av år 2013. Fastän alla de texter som rekommendationerna bygger på baserar sig på den nyaste litteraturen, har det på grund av tidsbrist inte varit möjligt att göra en systematisk litteratursökning inom alla ämnesområden. Det har inte heller funnits (färska) forskningsrön inom alla ämnesområden och därför har målet med evidensbaserade rekommendationer inte kunnat nås till alla delar. Evidensgraden har inte bedömts, eftersom en bedömning hade kunnat göras endast i fråga om de rekommendationer som baserar sig på en systematisk sökning och genomgång av litteraturen.

Utöver den nationella expertgruppen för mödravården har också flera experter inom olika områden (bilaga 2) deltagit i arbetet med att skriva och kommentera handboken. Expertgruppen vill rikta ett stort tack till dessa personer. Varje kapitel har ansvariga författare som bär ansvaret för det detaljerade innehållet (bilaga 3). Alla medlemmar i expertgruppen för mödravården har deltagit i arbetet med att granska texterna och utforma rekommendationerna. Expertgruppens medlemmar ansvarar för innehållet i rekommendationerna. Vid redigeringen har kapitlen komprimerats, men författarna har läst den redigerade versionen före publiceringen.

De nya rekommendationerna

Trots att det skett olika slags förändringar under årens lopp och trots att mödrarådgivningens uppgifter har utvidgats, har mödrarådgivningens kärnuppgift inte förändrats. Kärnuppgiften är fortfarande att säkerställa en så god hälsa som möjligt hos den gravida kvinnan, fostret, det nyfödda barnet och familjen. De omfattande hälsundersökningarna²⁴ är ett mycket bra sätt att genomföra mödrarådgivningens övergripande mål och lagstadgade uppgift, dvs. att främja hela familjens hälsa och välbefinnande. Föräldrarnas hälsa och välbefinnande och deras hälsovanor under graviditeten påverkar väsentligt barnets hälsa allt från fostertiden och ända in i vuxen ålder. Genom att träffa barnets bägge föräldrar är det möjligt att främja hälsan, identifiera problem tidigt och rikta stödet till behövande.⁶

Det minskade antalet besök för friska gravida kvinnor som mår bra har inte lett till ökade graviditetsproblem, såsom förhöjt blodtryck och preeklampsi, och inte heller till hälsoproblem hos det barn som ska födas, till exempel för tidig födsel eller låg födelsevikt.²⁵ I dessa reviderade rekommendationer rekommenderas ett minskat antal återkommande hälsundersökningar vid lågriskgraviditeter och eftersträvas ett mer individuellt och behovsriktat arbete för att följa upp och främja hälsan och välbefinnandet. I stället för tidigare tre läkarbesök rekommenderas nu två, och i stället för de tidigare 10–13 besöken hos hälsovårdaren/barnmorskan rekommenderas nu 8–9. För kvinnor som fött barn och deras familjer ordnas två återkommande hälsundersökningar.

Dessutom har tid reserverats för sådana extra besök som behövs. Genom extra besök strävar man efter att säkerställa att problemen hos de gravida kvinnor och familjer som behöver särskilt stöd och/eller uppföljning identifieras i ett tidigt skede och åtgärdas och att de får stöd och vid behov hänvisas till fortsatt vård, uppföljning, specialtjänster eller social trygghet. I Finland har alla gravida kvinnor och deras familjer på samma sätt som tidigare rätt att få tillräckligt med universella tjänster vid mödrarådgivningen.

Jämfört med de tidigare rekommendationerna är den centrala förändringen att betoningen ligger på ett hälsofrämjande perspektiv. Stödet för föräldraskapet, levnadsvanor och hälsorådgivning under graviditeten och vården av allmänna graviditetsbesvär behandlas i egna kapitel. I kapitel 7 beskrivs mödrarådgivningens omfattande hälsoundersökningar som en metod för att främja hela familjens välbefinnande. Nytt innehåll är också specialsituationer som kräver ytterligare uppföljning i kapitel 9–11, förberedelser inför förlossningen i kapitel 12 (innehåller bland annat en rekommendation om handledningen av en familj som planerar hemförlossning), egna kapitel om familjeträningen (kap. 5) och hembesök (kap. 8), en bredare genomgång av det multiprofessionella samarbetet (kap. 15) och kapitel 16 om mödrarådgivningens personal, personaldimensionering och ledning. Mer detaljerade nya rekommendationer är användningen av anti-D-immunglobulin på rådgivningen för att skydda alla RhD-negativa mammor i graviditetsvecka 28–30 och provtagning för grupp B-streptokock (GBS) hos alla gravida kvinnor i graviditetsvecka 35–37.

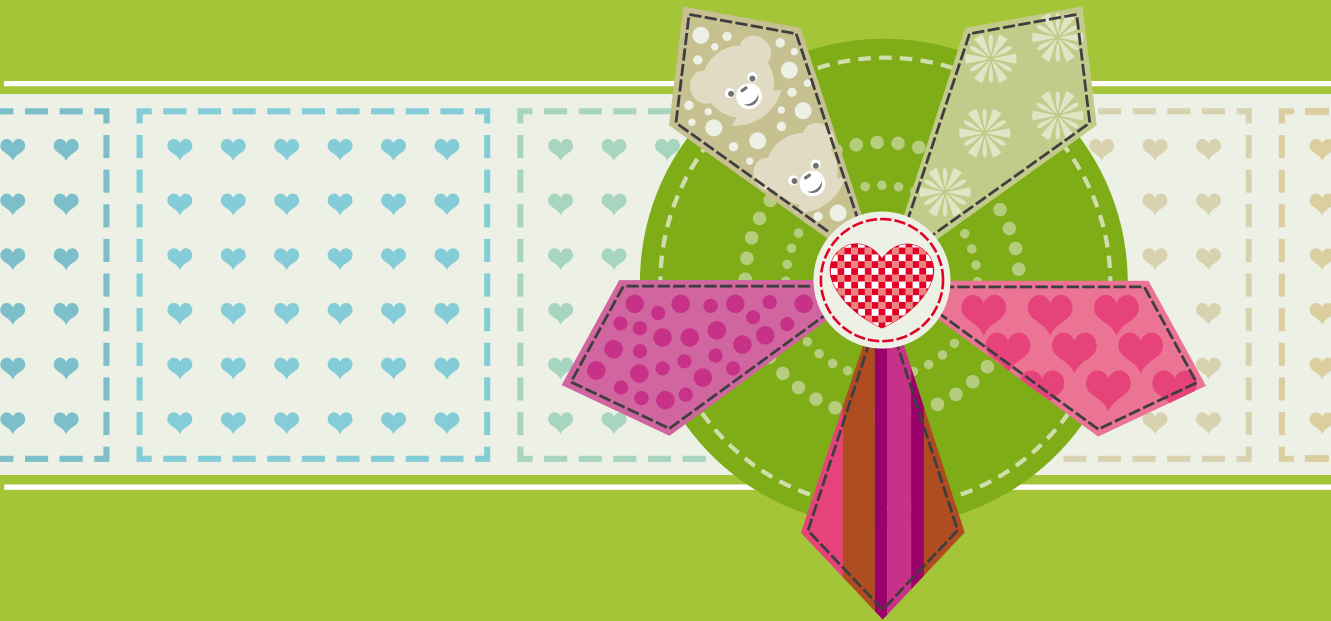
Genomförande och uppföljning

Denna handbok innehåller nationella rekommendationer för utvecklingen av mödrarådgivningens verksamhet. Mödrarådgivningen kommer att ställas inför utmaningar under de kommande åren i och med de förändringar som sker i gruppen av föderskor, till exempel högre medelålder, övervikt, ökning av kroniska sjukdomar och kulturell mångfald. Krävande är också identifieringen av gravida kvinnor och familjer som behöver särskilt stöd och organiseringen av det multiprofessionella stödet till dem, liksom också arbetet med att skapa vårdkedjor. Tyngdpunkten i utvecklingen ligger på att genomföra den individuella och behovsriktade uppföljning som handboken rekommenderar och att ta till sig målen för de omfattande hälsoundersökningarna och genomföra dem i syfte att främja familjernas hälsa och välfärd.

Målet är att uppdatera rekommendationerna oftare än vad man gjort hittills och att göra systematiska litteratursökningar också inom de ämnesområden som inte kunde genomföras i samband med denna uppdatering. För att trygga kvaliteten i mödrarådgivningens tjänster bör de regionala vårdprogrammen uppdateras så att de motsvarar rekommendationerna. Detta sker i samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Cheferna inom mödravården ansvarar för att information ges om rekommendationerna och cheferna ska också stödja och följa upp praxis. Avsikten är att rekommendationerna ska följas upp och utvärderas tidigast år 2020.

Källor

- Viisainen, K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: Suositukset 1999. Oppaita / Stakes: 34. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211089656>
- Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
- Raussi-Lehto E, Regushevskaya E, Gissler M, Klemetti R, Hemminki E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. THL. Raportti 52/2011.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Blöigu A, Pelkonen M. 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinen seuranta 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 12/2014. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21/2008. Helsinki.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes, Raportteja 40/2008. Helsinki.
- Neuvoloiden asiakaspalautekyselyt. Palveluvaaka. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.palveluvaaka.fi/web/guest/>
- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden 782/2014. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2014/20140782>
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2011. Ett socialt hållbart Finland 2020. Strategi för social- och hälsovårdspolitiken. Publikationer 2011:5.
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2012. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012–2015. Genomförandepelan. Publikationer 2012:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24208.pdf
- Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatale statistik – Föderskor och förlossningsåtgärder enligt sjukhus 2010–2011. Statistikrapport 27/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301291679>
- Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, 2011. Toim. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. THL, Raportti 68/2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>
- Statistikcentralen. Befolkningsstruktur. Tabeller i databaser. http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/tau_sv.html Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 9, 84.
- Malin M. 2011. Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityistä huomiota. SLL 44, 3309–3314.
- Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A. 2012. Lisääntymisterveys. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi (toim. Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä, Koskinen). THL, Raportti 61/2012.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja hyvinvointiongelmien kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineiston valossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 52, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>.
- Anglé S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. SLL 34, 2691–2696.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) 2008. Antenatal care : routine care for the healthy pregnant woman. www.nice.org.uk/CG062.
- Nasjonale Faglige retningslinjer, 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Sosial- og helsedirektoratet.
- SFOG, 2008. Mödrahälsövård, Sexuell och Reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012. Helsinki.
- Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No:CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.



2 MÖDRARÅDGVNINGENS MÅL OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

2.1 MÅL OCH UPPGIFTER

Verksamheten vid mödrarådgivningarna syftar till att trygga den gravida kvinnans och fostrets hälsa och välbefinnande och att främja de blivande föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande och en sund och trygg utvecklingsmiljö för barnet. Målet är också att främja folkhälsan och förebygga problem under graviditeten. På mödrarådgivningen identifieras problem och störningar under graviditeten så tidigt som möjligt, och den vård, den hjälp och det stöd som behövs ordnas utan dröjsmål. Mödrarådgivningarna deltar i arbetet med att minska ojämlikheten i hälsa och förebygga marginalisering bland annat genom att ge riktat stöd i ett tidigt skede.

Mödrarådgivningen strävar efter att föräldrarna

- ska veta hurdana förändringar graviditeten, förlossningen och barnets vård och uppväxt för med sig för det personliga livet och familjelivet och att föräldrarna har förberetts på att möta dessa förändringar
- ska uppleva att man har lyssnat på dem och att de har fått diskutera eventuell osäkerhet och behov av stöd
- aktivt har kunnat delta i vården under graviditeten och att de utan dröjsmål har fått det stöd och den hjälp de behövt
- ska vara mer medvetna om sina egna och familjens resurser och om faktorer som eventuellt kan belasta familjelivet och också vet hur de själva kan agera för familjens bästa
- har fått färdigheter för att granska de egna och hela familjens hälsovanor och för att upprätthålla och vid behov ändra på dem med tanke på det egna välbefinnandet, det kommande barnets vanor och hela familjens välbefinnande
- ska uppleva att de har fått bekräftelse för hur de kan växa in i sin roll som mamma och pappa och hur de ska ta hand om parförhållandet (här ingår också att gå igenom föreställningar som gäller babyen)
- har fått stöd av personer i samma situation, är medvetna om sina egna nätverk och vet var de vid behov kan få hjälp och stöd.

Mödrarådgivningens uppgifter och skyldigheterna hos de aktörer som ansvarar för den kommunala mödrarådgivningen

Mödrarådgivningen har i uppgift att

- ordna återkommande hälsoundersökningar enligt rekommendationerna för att följa upp och främja hälsan och välbefinnandet hos fostret, den gravida kvinnan och hela familjen, och att som en del av de återkommande hälsoundersökningarna ordna en omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn för att stärka hela familjens välbefinnande
- i ett så tidigt skede som möjligt identifiera problem under graviditeten och anknytande riskfaktorer, ingripa i dem och vid behov styra till ytterligare undersökningar och vård
- i ett tidigt skede identifiera föräldrar och familjer som behöver särskilt stöd, identifiera riskfaktorer för problem som överförs från en generation till en annan och ge familjerna stöd eller arrangera tillräckligt med stöd och hjälp för familjerna (riktat stöd)
- erbjuda bägge föräldrarna hälsorådgivning som stärker hela familjens resurser, föräldraskapet och parförhållandet och uppmuntra till hälsofrämjande val
- hjälpa föräldrarna att hitta styrkor i föräldraskapet, oavsett hurdan familj det är fråga om
- stödja kommunikationen mellan föräldrarna och främja att de tar upp frågor som gäller föräldraskapet och parförhållandet på ett konstruktivt sätt
- främja föräldrarnas sexuella och reproduktiva hälsa, inklusive planerad preventivmetod efter förlossningen
- klarlägga behovet av stöd hos dem som inte anlitar tjänster
- arrangera multiprofessionell familjeträning som innefattar föräldragrupsverksamhet (stöd av personer i samma situation)
- ordna hembesök hos mammor som väntar sitt första barn och alla familjer som fått barn och komma överens om andra hembesök efter behov, framför allt i familjer som behöver särskilt stöd
- samarbeta med olika aktörer i kommunen, den specialiserade sjukvården och andra viktiga aktörer för att främja hälsan i familjer som väntar barn och samordna den verksamhet som olika aktörer erbjuder
- vara insatt i kommunens tjänster för familjer som väntar barn och vid behov styra familjen till dessa tjänster (också utkomststöd).

Kommunen ska tillhandahålla tjänster för gravida kvinnor och familjer som väntar barn i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen¹ och statsrådets förordning om rådgivningsverksamheten². I dessa tjänster ingår mödrarådgivning som beaktar familjens behov och där den gravida kvinnans och familjens hälsa följs upp och främjas utgående

från vetenskaplig evidens. Kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för den kommunala basservicen (också hälso- och sjukvårdstjänsterna) och ledningen för att främja invånarnas hälsa och välfärd. Mödrarådgivningen ska ha tillräckligt med yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvård för att trygga en så god hälsa som möjligt för den gravida kvinnan och hennes familj och de tjänster som anges i lagstiftningen, inklusive riktat stöd till familjer som behöver särskilt stöd. Med tanke på jämlikheten bland familjer som väntar barn ska kommunen se till att servicen håller en jämn kvalitet och att praxis är enhetlig. Verksamheten vid mödrarådgivningarna utvecklas i enlighet med Kaste-programmets (2012–2015) riktlinjer som en del av ett multiprofessionellt nätverk och tjänsterna samordnas till en fungerande helhet.

Kommunen och hälsovårdscentralen ska arrangera kompletterande utbildning för de anställda och se till att de har möjligheter att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet. Mödrarådgivningens verksamhet ska utvecklas på ett systematiskt sätt och verksamhetens kvalitet, resultat, verksamhetsprocesser och förutsättningar ska följas upp och utvärderas regelbundet. De som ansvarar för mödrarådgivningens verksamhet ska bidra till det kommunala och nationella beslutsfattandet ur ett hälsofrämjande perspektiv och delta i arbetet med handlingsprogrammet och välfärdsplanen. Det är kommunens skyldighet att följa kommuninvånarnas välfärd och samla information om den uppföljning som görs under graviditeten för beslutsfattandet och uppföljningen både på kommunal och nationell nivå.

2.2 PRINCIPER

Den finländska mödrarådgivningens verksamhet bygger på hälso- och sjukvårdslagen¹ och statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga². Verksamheten regleras också av barnskyddslagen.³ Författningarna finns i bilaga 4.

De principer som styr mödrarådgivningens verksamhet bygger på mänskliga rättigheter, lagstiftning och nationella social- och hälsopolitiska riktlinjer. Dessa principer iaktas i all verksamhet.

Barns och föräldrars rättigheter

Enligt Förenta nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter⁸ (1989) är målet att barnet har rätt till särskilt skydd och särskild omvårdnad såväl före som efter födseln. Riskfaktorer som anknuter till graviditeten och förlossningen och som hotar fostrets eller barnets hälsa och utsätter barnet för risk för skador ska förebyggas under hela graviditeten. Även om barnet är medlem i den familj och gemenskap där det föds, har hälso- och sjukvårdspersonalen i uppgift att bedöma familjens individuella behov av hjälp och stöd. Ett nyfött barn är sårbart och behöver särskild omvårdnad. Föräldrarna stöttas med alla metoder så att de kan beakta barnets behov och främja barnets hälsa och välbefinnande. Det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social- och

hälsovårdstjänster och främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjen och andra som svarar för omsorgen om ett barn så att de kan trygga barnets välfärd och individuella uppväxt. Fostret har dock ännu inte själv några juridiska rättigheter och därför är det till exempel inte möjligt att ge mamman tvångsvård för missbruk. Om det finns grundad anledning att misstänka att ett ofött barn omedelbart efter sin födsel kommer att behöva stödåtgärder inom barnskyddet ska en föregripande barnskyddsanmälan göras (bilaga 4).

Centralt i föräldrarnas rättigheter är deras sexuella rättigheter som anknyter till den sexuella och reproduktiva hälsan. De hänvisar allmänt till deklARATIONEN om sexuella rättigheter⁹ som det internationella förbundet för familjeplanering (IFFP) avgav år 2008. De sexuella rättigheter som antecknats i deklARATIONEN bygger på FN:s deklARATION om de mänskliga rättigheterna och andra internationella avtal. Var och en har sexuella rättigheter. Såväl individer som par har rätt att medvetet och ansvarsfullt besluta om frågor som anknyter till den egna sexualiteten, att knyta nära mänskliga relationer, att bilda familj och skaffa barn och att förebygga könssjukdomar och oönskade graviditeter. Dessa rättigheter får inte begränsas genom påtryckning, diskriminering eller våld.

Säkerhet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ ska hälso- och sjukvårdens verksamhet vara högkvalitativ, säker och ändamålsenligt genomförd. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har yrkesetiska skyldigheter¹⁰ som förutsätter att personen i sin yrkesverksamhet tillämpar allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning. Patientens rättigheter till god vård, gott bemötande, information och självbestämmanderätt gäller också de kvinnor som är klienter vid mödrarådgivningen.¹¹ Fostrets rättsskydd realiseras via den gravida kvinnans rättsskydd och grundläggande rättigheter, då den gravida kvinnan tryggas tillräckliga och ändamålsenliga social- och hälsovårdstjänster.¹² Detta förutsätter också att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ger kvinnan en utredning om hennes hälsa, vårdens betydelse, olika vårdalternativ och deras sannolika effekter på henne själv och på det barn som ska födas. Ett nyfött barn har samma rättigheter som andra patienter. Beslut om vård av ett nyfött barn fattas i samråd med barnets vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare.

De regelbundet återkommande hälsoundersökningarna på mödrarådgivningen skapar en grund för identifiering av graviditetsriskerna och behovet av stöd. I graviditeter och livssituationer som kräver ytterligare uppföljning erbjuds den gravida kvinnan och hennes familj extra besök på läkarens och hälsovårdarens/barnmorskans mottagning vid mödrarådgivningen. Vid behov remitteras och styrs kvinnan och hennes familj till fortsatt vård. Den gravida kvinnan, barnets pappa eller en annan förälder och hela familjen ska känna sig trygg i väntan på barnet, dess födelse och omsorg och uppleva att det är en erfarenhet som berikar familjelivet. Målet är också att skapa förutsättningar för en känsla av grundläggande trygghet för barnet. Detta förutsätter att barnet får omsorg och kärlek, att interaktionen mellan barnet och föräldern är öppen och att fostran är konsekvent och utgår från barnet.

Främjande av hälsa

Vid mödrarådgivningen innebär främjande av hälsa sådan verksamhet som riktar sig till gravida kvinnor och deras partner, gemenskap och livsmiljö och vars mål är att upprätthålla och förbättra hälsan, arbetsförmågan och funktionsförmågan i de familjer som väntar barn. I arbetet med att främja hälsan ingår att påverka bakgrundsfaktorerna till den gravida kvinnans, hennes partners och det kommande barnets hälsa, att förebygga sjukdomar, olycksfall och andra hälsoproblem, att stärka den psykiska hälsan och att minska ojämlikheten i hälsa mellan befolkningsgrupper. Vid en mödrarådgivning som arbetar för att främja hälsan riktas resurserna på ett systematiskt och hälsofrämjande sätt.

Med tanke på individen och familjen är hälsofrämjandet en verksamhet som stärker individens och familjens resurser och vid behov ger upphov till förändringar. I arbetet med att främja hälsan betonas vikten av att vara medveten, motiverad och aktiv, att ta hand om, att ta ansvar, att klara sig och att det finns en möjlighet till förändring.⁴ De möjligheter gravida kvinnor, kvinnor som fött barn och deras partner har att främja den egna hälsan och hälsan i den närmaste omgivningen förbättras om de får stöd för att göra hälsosamma val och om hälsans bakgrundsfaktorer stärks. Människor bär också själva ansvaret för att främja den egna hälsan och det egna välbefinnandet. Förhållanden och tjänster som stärker hälsan och välbefinnandet, arbete som förebygger problem och stöd som ges i ett tidigt skede är kostnadseffektiva och ofta också resultatgivande sätt att påverka befolkningens hälsa och välfärd.⁵⁻⁷

Arbete som främjar hälsan förutsätter att kommunen har verksamhet som överstiger förvaltningsgränserna och att aktörerna inom mödravården har enhetliga riktlinjer mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. För att kommunen ska kunna ha ett målmedvetet hälsofrämjande arbete behövs information om hälsan hos de familjer som väntar barn, de behov som anknyter till hälsan och välfärden och förändringar i dessa behov och dessutom uppgifter om servicesystemets förmåga att svara mot befolkningens hälsorelaterade behov. För att främja hälsan behövs ett brett deltagande, politiskt stöd och ansvarstagande av olika samhällspolitiska sektorer.

Fokus på klienten och familjen

Vid en klientorienterad mödrarådgivning bemöts klienterna på ett jämlikt, individuellt och hänsynsfullt sätt och deras självbestämmanderätt respekteras. Klienterna bemöts på ett sätt som främjar att deras behov och önskemål framgår. De får stöd för sin delaktighet när tjänsterna planeras och feedback ges och tas tillvara. Vid familjecentrerad verksamhet ligger fokus förutom på mammans hälsa och välbefinnande också på hälsan och välbefinnandet hos pappan eller en annan partner och hela familjen. För det barn som föds är familjen den viktigaste utvecklingsmiljön och familjens resurser är av betydelse för alla familjemedlemmars hälsa och välbefinnande.

Vid en klientorienterad och familjecentrerad mödrarådgivning framskrider man på ett sätt som lämpar sig för familjens situation. Verksamhet som utgår från behovet gör det förebyggande arbetet mer ändamålsenligt och även effektivt. Uppgifter som beskriver befolkningens behov beaktas redan när tjänsterna planeras och tillhandahålls. Då har den anställda uppgifter om familjernas behov och kan granska familjens situation ur föräldrarnas perspektiv och svara mot föräldrarnas behov när det gäller att växa in i föräldraskapet och stödja barnets utveckling. Till en klientorienterad verksamhet hör aktiv insamling av klientfeedback och en mekanism för behandling av den.

Gott samarbete med föräldrarna

En god samarbetsrelation uppmuntrar föräldrarna att lyfta fram sina egna åsikter och lösningar och gör det möjligt att identifiera föräldrarnas behov och delaktighet i frågor som gäller dem själva och familjen. Arbetet med att bygga upp en samarbetsrelation som baserar sig på ett slags partnerskap börjar vid den första kontakten mellan den anställda på mödrarådgivningen och föräldrarna och fortsätter och fördjupas under hela graviditeten. För att skapa en relation är det viktigt att lyssna aktivt, att visa respekt, att vara närvarande och att visa ett genuint intresse för hur föräldrarna mår och har det. Att någon lyssnar och respekterar bygger upp ett förtroende, vilket gör det möjligt att ta upp svåra frågor. Det är viktigt att den anställda visar att han eller hon är på familjens sida. Fokus ligger hela tiden på uppgifterna om den gravida kvinnans hälsa och faktorer som skyddar och äventyrar det kommande barnets hälsa och välbefinnande.

När familjens behov av stöd upptäcks i ett tidigt skede, kan familjen få stöd i rätt tid inom primärvården och efter behov också inom specialtjänsterna. En förutsättning för tidig identifiering är att man individuellt sätter sig in i den gravida kvinnans och familjens stödbehov. För att ett tillräckligt stöd ska kunna ordnas krävs i allmänhet inriktning av tjänsterna. Det är motiverat att reservera tillräckligt med tid för detta.

Vid mödrarådgivningen får den gravida kvinnan och hennes familj aktivt stöd för sina resurser och de faktorer som skyddar och stärker resurserna. Dessutom strävar man efter att minska faktorer som belastar familjen. Faktorer som stärker resurserna, till exempel hälsosamma levnadsvanor och en bra parrelation, främjar den gravida kvinnans och hennes partners hälsa och välbefinnande och likaså en sund uppväxt och utveckling hos det barn som föds. Dessutom skyddar de alla familjemedlemmar mot ofördelaktiga effekter. Kvinnans inställning till det egna moderskapet kan ge krafter eller också öka stressen, om uppfattningen om ett gott moderskap inte är realistisk. Vid mödrarådgivningen behandlas frågan på ett sätt som minskar stressen. Med tanke på det barn som ska födas stärks resurserna bland annat av att föräldrarna mår bra och att varje förälder intar en aktiv roll som förälder och tar hand om barnet. Andra viktiga faktorer är tidig interaktion, fostran som utgår från barnet och att familjen får stöd av sina närstående.

Evidensbaserad och enhetlig praxis

För att verksamheten vid mödrarådgivningen ska vara högkvalitativ, säker och ändamålsenligt genomförd måste verksamheten basera sig på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner¹. Med verksamhet som baserar sig på evidens avses genomtänkt användning av den bästa tillgängliga aktuella informationen i det beslutsfattande som gäller en enskild klients, en klientgrupps eller befolkningens hälsa och vård och vid genomförandet av verksamheten. Målet är att svara mot behovet hos mödrarådgivningens klienter genom att använda metoder och vårdpraxis som konstaterats vara effektiva. Evidensbaserad verksamhet förenhetligar mödrarådgivningarnas rutiner och således också den service klienterna får. Den förbättrar verksamhetens effektivitet och effekt och personalens kompetens och bidrar till att hejda kostnaderna. Ur klientens perspektiv bidrar evidensbaserad verksamhet och dess effektiva metoder till att vården ger ett bättre resultat. Enhetlig praxis på rådgivningen och förlossningssjukhuset ökar trygghetskänslan hos föderskan och hennes familj.

Vid evidensbaserad verksamhet behövs information som erhållits på olika nivåer och från olika källor som stöd för beslutsfattandet. Utöver uppgifter om effektiviteten används också uppgifter som samlats in av mödrarådgivningens klienter om deras situation, önskemål och erfarenheter. Dessutom behövs den yrkesskicklighet som personalens kliniska erfarenhet ger och som framträder som en förmåga att förena uppgifter från olika källor och skraddarsy lösningarna utgående från klienten. Uppgifter om servicesystemets möjligheter och bland annat resurserna finns med i varje beslut.¹³⁻¹⁴ Den evidensbaserade verksamheten får stöd av nationella anvisningar och av rekommendationerna God medicinsk praxis och rekommendationerna för vårdarbetet som bygger på komprimerad och utvärderad information.

Jämlikhet, rättvisa och kontinuitet i servicen

Mödrarådgivningens tjänster ska tillhandahållas i hela landet på ett systematiskt sätt, på en enhetlig nivå och med beaktande av både individens och familjens behov så att befolkningen har en jämlik tillgång till tjänster. Som universell service ingår rådgivningsverksamheten i det arbete som ökar den sociala rättvisan och minskar ojämlikheten i hälsa och välfärd. Principen om jämlikhet styr till att inrikta mödrarådgivningens tjänster utgående från familjernas behov och att tillhandahålla ett riktat stöd i samband med graviditeter och familjesituationer som kräver ytterligare uppföljning.

På mödrarådgivningen avser kontinuitet att klientens hälsovård fortsätter på ett enhetligt, smidigt och planerligt sätt under mödrarådgivningsperioden och när klienten flyttar från en enhet till en annan, till exempel från rådgivningen till moderskaps- polikliniken och förlossningssjukhuset och tillbaka, liksom också från mödrarådgivningen till barnrådgivningen.¹⁶⁻¹⁷ Kontinuiteten tryggas med hjälp av information och gemensamt överenskommen praxis mellan mödrarådgivningarna inom området, mellan mödrarådgivningen och förlossningssjukhuset och mellan mödrarådgivningen och

barnrådgivningen. Kontinuiteten tryggas också på så sätt att de anställda inte i onödan byts ut på mödrarådgivningen och så att samma hälsovårdare fortsätter också på barnrådgivningen.¹⁸ På samma sätt är det viktigt att trygga kontinuiteten i läkarnas verksamhet. Bristande kontinuitet gör klienten osäker och tär på klientens resurser som borde riktas mot det barn som ska födas och den nya familjesituationen.

Ett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete

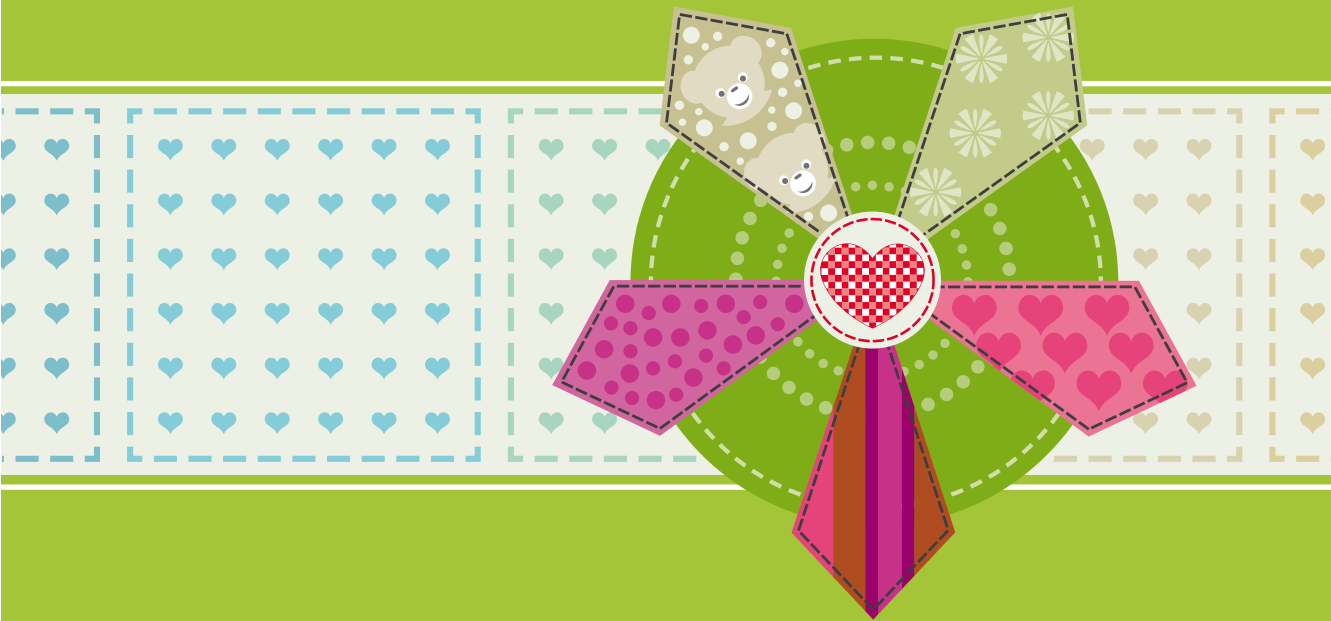
Vid planeringen och genomförandet av de återkommande hälsoundersökningarna och den hälsorådgivning som ges på mödrarådgivningen utnyttjas sakkunskapen hos den personal som arbetar med övriga barnfamiljer i kommunen och den personal som arbetar inom den specialiserade sjukvården. Olika aktörers arbete samordnas så att tjänsterna bildar en helhet som motsvarar familjernas behov. Viktiga samarbetspartner för mödrarådgivningen är hälsovårdscentralernas specialarbetare, till exempel näringsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, familjearbetare och yrkespersonal inom mun- och tandvård.

Samarbetspartner inom övriga förvaltningsområden är bland annat socialvården, barnskyddet och barnrådgivningarna. Samarbetspartner inom tredje sektorn är till exempel mödra- och skyddshemmen och A-klinikerna. Efter behov sammankallar mödrarådgivningens personal en multiprofessionell arbetsgrupp för att behovet av särskilt stöd ska kunna utredas närmare och stöd ska kunna ordnas för den gravida kvinnan och familjen. På samma sätt som vid välfärdsrådgivningen kan det också vid mödrarådgivningen finnas en multiprofessionell arbetsgrupp som gör det möjligt att snabbt ge familjerna stöd utan remisser.

Inom mödravården måste det finnas ett nära multiprofessionellt samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att mödrarådgivningens och förlossningssjukhusets personal ska ha enhetliga riktlinjer för vården och en helhetsuppfattning om servicen. Informationskedjan måste vara obruten, vilket bland annat innefattar enhetlig remisspraxis, konsultationsmöjlighet, utbyte av information och enhetlig information. Samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar inom sitt område för samordningen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens och primärvårdens behov. Målet är att primärvården och den specialiserade sjukvården ska bilda en funktionell helhet. Kunskap om det arbete som mödravårdens olika aktörer utför, kännedom om aktörerna, gemensamma utbildningar och systematisk ledning underlättar samarbetet och samordningen av tjänster.

Källor

1. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326>
2. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110338>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2007/20070417>.
4. Prochaska JO. 2006. Moving beyond the trans-theoretical model. *Addiction* 101(6), 768–778.
5. Social- och hälsovårdsministeriet 2008. Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:16. Helsingfors.
6. Social- och hälsovårdsministeriet 2008. Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011 Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:7. Helsingfors.
7. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.
8. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) lapsen oikeuksien yleissopimus 1989. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
9. Sexual Rights: An IPPF declaration 2008. International Planned Parenthood Federation. <http://ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration>.
10. Social- och hälsovårdsministeriet 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994.
11. Social- och hälsovårdsministeriet 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 559/1992. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>
12. ETENE. 2010. Kannanotto synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettisistä perusteista, 25.3.2010.
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes BR, Richardson WS. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71–72.
14. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare* 3 (8), 207–215.
15. Lehtomäki L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden talon tavoiksi. *Acta Universitatis Tamperensis* 1426, Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.
16. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C & McKendry R. 2003. Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal* 327, 1219–1221.
17. Hakulinen-Viitanen T, Koponen J, Julin A-M, Perälä M-L, Paunonen-Ilmonen M & Luoto R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede*, 19, 326–337.
18. Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P, Rautava P. 2012. Does the organizational model of the maternity health Clinic have an Influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, 96. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/96>.



3 STÖD FÖR FÖRÄLDRASKAPET

3.1 MÅNGA OLIKA FAMILJEFORMER

Att vara förälder och vårdnadshavare är juridiskt sett separata roller som är oberoende av varandra.¹ Föräldraskapet kan vara biologiskt eller socialt. Vårdnadshavare är barnets föräldrar eller de som anförtrotts vårdnaden om barnet. Vårdnaden upphör då barnet fyller 18 år, eller tidigare om barnet ingår äktenskap.

Familjerna träffar mödrarådgivningens hälsovårdare/barnmorska flera gånger, och ett nära förhållande kan uppstå mellan familjen och den anställda.² I de fall då familjemodellen avviker från den traditionella kärnfamiljen som utgår från ett heteropar, är det viktigt att skapa en förtrolig klientrelation. Det är viktigt att inte anta någonting förrän klienten eller familjen själv berättat om sin situation. Genom att ställa öppna frågor undviks förutfattade antaganden, och svarsmöjligheterna begränsas inte på förhand. Även i handledningssituationer, till exempel i samband med familjeträning eller förlossningsförberedelse, är det bra att komma ihåg att det förmodligen finns representanter för olika familjeformer bland deltagarna, såsom kvinnor som väntar barn ensamma, regnbågsfamiljer, bonusfamiljer, fosterfamiljer, familjer med två kulturer och familjer som väntar ett adoptivbarn eller flerlingar. Trots att det institutionella erkännandet av olika familjeformer har gått framåt, kan mångfald lätt uppfattas som en risk i stället för en resurs eller en styrka i rådgivningsverksamheten.³

Bonusfamiljer

Med en bonusfamilj avses ett förhållande mellan två vuxna, där den ena partnern eller båda tidigare levt i samboförhållande eller äktenskap.⁴⁻⁵ Till en bonusfamilj hör vanligen också ett eller flera barn, som är med då de vuxna ingår ett förhållande eller flyttar ihop och som bor i bonusfamiljen, antingen hela tiden eller en del av tiden. Till en början är bonusfamiljen snarare två familjer som med tiden formas till en egen familj.

Familjer med bara en förälder

Var femte familj är en enföräldersfamilj.⁶ I vissa fall har den vuxna ensam adopterat ett barn. I början kan enföräldersfamiljen drabbas av en krisperiod, och då kan familjen ha nytta av både professionellt stöd och stöd av personer i samma situation. Efter krisen är livet trots allt jämförbart med livet i andra barnfamiljer. En enföräldersfamilj kan också behöva ekonomiskt stöd och hemhjälp. Kvinnor som väntar barn ensamma kan behöva särskilt stöd och förståelse på rådgivningen.

Familjer med två kulturer

Familjer med två kulturer avser i allmänhet sådana familjer där makarna är födda i olika länder. Antalet familjer med två kulturer har tredubblats inom loppet av tjugo år, och år 2011 bodde 64 000 familjer av denna typ i vårt land.⁶ I familjer med två kulturer kan problem uppstå bland annat på grund av olika syn på parförhållandet och föräldraskapet, olika modersmål, partners invandringsprocess och anpassning till den nya kulturen. Familjens sociala nätverk kan vara begränsat på grund av att partners släktingar, närstående och vänner bor i ett annat land.¹⁰ Det är viktigt att bägges synvinklar, önskemål och sätt att förverkliga sitt föräldraskap tas i beaktande. (Se kap. Mångkulturella familjer.)

Flerlingsfamiljer

Med flerlingsfamilj avses familjer där alla barn eller en del av dem är tvillingar eller trillingar. År 2011 föddes omkring 1 700 tvillingar eller trillingar i Finland.¹¹ Det kan komma som en överraskning för familjen att fostren är flera och det kan orsaka varierande känslotillstånd.¹² Det är vanligt att föräldrarna oroar sig för de kommande barnens hälsa, familjens ekonomiska situation och hur de ska orka med flera barn. Familjen behöver ett positivt och uppmuntrande stöd, kontinuitet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården, tillräcklig kunskapsbaserad förberedelse inför flerbördsgraviditeten och förlösningen och hänvisning till stöd av familjer i samma situation. Flerlingsfamiljer upplever att spädbarnsåldern är den mest utmanande perioden, och då är det viktigt att se till att familjen får tillräckligt med praktiskt stöd i hemmet. (Se kap. Flerbördsgraviditet.)

Regnbågsfamiljer

Med regnbågsfamilj avses till exempel familjer som består av ett kvinnopar eller ett manspar eller av dessa två par tillsammans, men även transpersoners barnfamiljer inkluderas i regnbågsfamiljerna.^{2, 12}

I alla situationer är det bästa för barnet att rådgivningen ger alla blivande föräldrar stöd för att växa in i sin roll som förälder. Detta förutsätter att man utreder vilka personer som hör till familjen och vilka roller de har. Varje familj har sitt eget sätt att tala om sina egna roller. I vissa familjer kallas bägge mödrarna för mamma, i andra familjer benämns föräldrarna på olika sätt. Regnbågsfamiljerna är sårbara på grund av att parförhållandet i dessa familjer kanske får ett mindre stöd än vanligt av den sociala omgivningen och familjetjänsterna.

Adoptivföräldrar

Varje år adopteras cirka 200 barn födda utomlands och cirka 30–50 barn födda i Finland.⁶ Därtill sker adoption inom familjen och i fosterfamiljer och adoption av vuxna. I dessa fall är det inte fråga om familjebildning utan om en juridisk åtgärd.^{14–15} Det

är vanligt att adoptivföräldrar längtat efter ett barn i flera år och att de genomgått en långvarig adoptionsprocess. Det är bra att familjer som väntar ett adoptivbarn får träffa rådgivningens hälsovårdare/barnmorska och får information om hur barnet ska vårdas och om föräldraskapet. Då är det möjligt att planera hur de ska hämta barnet och i samband med internationella adoptioner också kontrollen vid inresan. Adoptivföräldrar beskriver ofta de första åren som en mycket intensiv period då de verkligen behövt hjälp och stöd. Information om hur barn lämnas till adoption fås via socialvården på adoptionsrådgivningen och på Rädde barnen rf:s regionkontor.

Fosterföräldrar

Enligt statistiken var 5 840 barn och unga placerade i fosterfamiljer år 2011.⁶ Fosterföräldrarna kan själva vara barnlösa och har därför inte erfarenhet till exempel av en graviditet.^{16–17} Stödet från rådgivningen är viktigt för många fosterföräldrar, särskilt för dem som inte har egna biologiska barn, och därför ska personalen på rådgivningarna ha tillräckligt med information om rollen som fosterförälder. Fosterföräldrarna kan uppleva osäkerhet och har nödvändigtvis inte tillräckligt med information om graviditeten eller erfarenhet av hur babyn ska skötas. I Finland förbereds fosterföräldrarna med hjälp av utbildningsprogrammet Pride.¹⁸ Utbildningen utgår ifrån att olika aktörer och tjänster samarbetar för att stödja fosterfamiljen. Även rådgivningstjänsterna utgör en del av stödet inom familjevården.

Familjer där den ena föräldern dött

Att bli änka/änkling under graviditeten och/eller som småbarnsförälder är en exceptionell situation, där änkan/änklingen och den efterlevande familjen behöver ett mångsidigt stöd.^{19–21} Partners död upplevs ofta som en traumatisk kris som innebär att livet förändras permanent. Känslan av att ha kontroll över livet kan försvinna och framtiden måste planeras på nytt. Att bli änka/änkling innebär ofta en förlust av den ekonomiska tryggheten och förändringar i det sociala nätverket, att ensam ansvara för vardagen, att vara ensamstående förälder och att mista partners fysiska närhet. Då änkan/änklingen och familjen erbjuds stöd är det viktigt att stödet är helhetsbetonat, att det ges vid rätt tidpunkt, att det svarar mot de individuella behoven och att stödet är kontinuerligt och långvarigt. En ung änka/änkling har sällan personer med likadana erfarenheter i sin närmaste krets och kan känna att hon/han blir ensam med sina tankar och upplevelser. Stöd av personer i samma situation är en viktig stödform för många unga änkor/änklingar.

REKOMMENDATION

- ▶ Råd familjerna att kontakta en organisation som representerar den egna familjen för att få stöd av familjer i samma situation (www.moniimuotoisetperheet.fi).
- ▶ Vid grupphandledning används ett så könsneutralt språk som möjligt och ett språk som är neutralt med tanke på parförhållandet. Vid individuell mottagning används de benämningar som klienterna själva vill att ska användas.
- ▶ Kartlägg flerlingsfamiljernas stödnät och hänvisa vid behov föräldrarna till hemtjänsten för barnfamiljer.
- ▶ Hänvisa personer som överväger adoption att via socialvården kontakta adoptionsrådgivningen eller Rädda barnen rf:s regionkontor.
- ▶ Hälsovårdaren/barnmorskan träffar de blivande adoptivföräldrarna innan barnet hämtas och ger bland annat råd för hur man sköter ett litet barn och information om läkemedel som eventuellt kan behövas under resan.
- ▶ För en kvinna som blivit änka under graviditeten arrangeras extra besök på rådgivningen för att kvinnan ska få stöd under graviditeten och för föräldraskapet. Hälsovårdaren/barnmorskan säkerställer att änkan har fått krishjälp och styr vid behov kvinnan vidare till krisarbetet och ger information om olika alternativ för professionell hjälp. Änkans nätverk av närstående och de närståendes möjligheter att ge stöd kartläggs tillsammans med änkan. Behovet av hemtjänst kartläggs och änkan får hjälp med att skaffa hemhjälp.

Källor

1. Justitieministeriet 1983. Lag angående vårdnad om barn och umgängesrätt 1983/361. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1983/19830361>
2. Jämsä J (toim.) 2008. Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. PS-kustannus. Jyväskylä.
3. Homanen R. 2013. Doing Pregnancy, the Unborn, and the Maternity Healthcare Institution. Monografiaväitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Naistutkimus. Acta Electronica Universitatis Tamperensis: 1273. Tampere University Press.
4. Broberg M. 2010. Uusperheen voimavarat ja lasten hyvinvointi. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 52/2010. Väestöliitto. Helsinki.
5. Malinen V, Larkela PV. 2012. Parisuhde – uusperheen ydin. ISBN 978-952-226-094-9. VL-Markkinointi.
6. Statistikcentralen 2012. Finlands officiella statistik (FOS): Familjer [e-publikation]. ISSN=1798-3223. Helsinki: Statistikcentralen [hänvisat: 25.3.2015]. http://tilastokeskus.fi/til/perh/index_sv.html
7. Tuominen E. 2013. Totaaliyhärit ry, puheenjohtaja. Henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2013.
8. Haataja A. 2009. Kuka on yksinhuoltaja? Yksinhuoltajien määrä ja profiili eri aineistojen valossa. Teoksessa Yksinhuoltajuus Suomessa. Forssen K, Haataja A, Hakovirta M (toim.). Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 50/2009. Helsinki.

9. Yhden Vanhemman Perheiden Liitto. <http://www.yvpl.fi/etusivu/>.
10. Oksi-Walter P, Roos J, Viertola-Cavallari R. 2009. Monikulttuurinen perhe. Kustannus Oy Arkki. Helsinki.
11. Institutet för hälsa och välfärd 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>
12. Finlands fleringsfamiljer rf. http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/tiedostot/ruotisi_info.pdf
13. Sateenkaariperheet - Regnbågsfamiljer rf. <http://www.sateenkaariperheet.fi/index.php?item=3>
14. Adoptivfamiljer rf. <http://www.adoptioerheet.fi/sv>
15. Lapinleimu H, Peltola V, Raaska H, Lapinleimu J, Sinkkonen J, Mäkipää S, Elovainio M. 2012. Ulkomailta adoptoidun lapsen maahantulotarkastus. Suomen Lääkärilehti 10, 775–786.
16. Hakkarainen P, Kuukkanen H, Piispanen H. 2012. Parasta perhehoitoa – perhehoidon tietopaketti. Perhehoitoliitto ry. ISBN: 978-951-98132-3-3
17. Förbundet för Familjevård i Finland rf. http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoitoliitto_ry/referat_pa_svenska/forbundet_for_familjevård_i_finland
18. Pesäpuu ry. Lastensuojelun erityisosaamisen keskus. <http://www.pesapuu.fi/pride-ohjelma/pride-valmennus/>.
19. Kempainen S, Suomen nuoret lesket ry. 2010. Leskiopas – opas nuorena leskeytyneelle. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/wp-content/uploads/2011/05/leskiopas13.6.2012.pdf>.
20. Uittomäki S, Laimio A, Mynttinen S. 2011. Mitä tukea lasta, kun läheinen on kuollut? – Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/wp-content/uploads/2010/06/opaskirjanetti.pdf>.
21. Suomen nuoret lesket ry. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/>.

3.2 MÄN SOM KLIENTER VID MÖDRARÅDGVNINGEN

Att männen deltar i mödrarådgivningens verksamhet gynnar hela familjen på flera olika sätt, både direkt och indirekt. Att pappan deltar stärker till exempel mammans känsla av att hon duger och främjar en sund tillväxt och utveckling hos barnet (se kap. Föräldrarnas resurser och tidig interaktion och Familjeträning). Att mannen deltar i familjeträningen eller pappagrupsverksamheten kan också öka föräldrarnas förutsättningar för att besluta att pappan är den som ska ta ut en stor del av föräldraledigheten. Pappans föräldraledighet har i sin tur avsevärda främjande effekter på jämställdheten mellan könen.

Eftersom mödrarådgivningarna traditionellt erbjuder tjänster för gravida kvinnor och eftersom så gott som hela personalen på mödrarådgivningen består av kvinnor, kan männen känna ett utanförskap på mödrarådgivningen.¹ Det kan leda till att papporna inte deltar nästan alls. Känslan av utanförskap kan öka på grund av attityder som innebär att det är naturligt och självklart att mamman är den som i första hand ska ta hand om baby.² Därför är det viktigt att tillsammans med föräldrarna diskutera att pappor precis lika bra som mammor kan ta hand om småbarn, och att papporna och mammorna kan göra det på olika sätt, men ändå lika bra.

REKOMMENDATION

- ▶ Sträva efter att ordna mottagningstiderna flexibelt så att också kvällsmottagning kan erbjudas och fler pappor har möjlighet att delta i de besök som görs under graviditeten.
- ▶ Uppmuntra papporna att delta i de besök som görs under graviditeten, i pappagrupsverksamhet och i skötseln av det barn som föds. Med hjälp av konkreta exempelkalkyler kan papporna uppmuntras att ta ut föräldraledighet.
- ▶ Uppmuntra alla pappor att delta i en omfattande hälsoundersökning där bägge föräldrarnas hälsa och välbefinnande klarläggs med hjälp av olika metoder. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid sådana pappor som inte omfattas av studerande- och företagshälsovården.
- ▶ Frågor om utsatthet för våld i nära relationer ska ställas jämlikt till både män och kvinnor (då den andra föräldern inte är närvarande), och frågor som gäller familjevåld och fysisk åga av barn behandlas också i övrigt utan förhandsantaganden om vem som kunde vara våldsvärkare.
- ▶ Registrera pappornas deltagande systematiskt i datasystemen så att deltagaraktiviteten och de positiva effekterna av deltagandet kan följas upp statistiskt.³
- ▶ Väntrummen ska planeras så att hela familjens behov beaktas.

Källor

1. Malmi P. 2008. Discrimination against Men: Appearance and Causes in the Context of a Modern Welfare State. Lapland University Press. Rovaniemi. <http://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=277968c1-0dd2-44c3-8c87-0625f73a5049> [luettu 6.1.2012].
2. Vuori J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
3. Heiskanen M, Ruuskanen E. 2010. Tuhansien isojen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa. Heuni. Raportti 66. Helsinki.

3.3 FÖRÄLDRARNAS RESURSER OCH TIDIG INTERAKTION

Parrelationens betydelse för föräldraskapet

Parrelationens kvalitet och varaktighet har en central roll i föräldraskapet. Personer som lever i ett bra parförhållande är ofta nöjda med sitt föräldraskap och sin relation till barnet.¹ Parrelationen och föräldraskapet står i ömsesidig relation till varandra. För att parrelationen ska bestå måste bägge parterna genomgå olika utvecklingsfaser efter förälskelsen. Dessa faser innebär att förhållandet stadgas, att bägge blir självständiga och att ett slags partnerskap tar form. Att paret kommunicerar tillräckligt och att de delar sina egna och gemensamma saker resulterar i ett slags partnerskap. Parrelationen kan också betraktas med hjälp av roller. Till dessa roller hör att vara partner, vän och älskare, att ta hand om vardagen, att värna om förhållandet och att respektera gränser.² Känslan av samhörighet är den centrala stöttepelaren i parrelationen. Öppen kommunikation mellan paret, en känsla av stabilitet och en gemensamt överenskommen arbetsfördelning i familjen hänger samman med tillfredsställelsen i parrelationen.

Efter att barnet fötts kan tillfredsställelsen i parrelationen minska på grund av den belastning som bland annat orsakas av barnets vård, hushållsarbete och brist på stöd.³⁻⁴ Å andra sidan kan tillfredsställelsen också öka, framför allt om paret delar på ansvaret för hushållsarbetet och vården av barnet, om kommunikationen mellan paret är öppen och bägge känner samhörighet och får stöd av någon utanför familjen.⁵⁻⁶ Upplevd stress är en viktig orsak till att tillfredsställelsen minskar.⁷

Efter att barnet fötts ska föräldrarna utvidga förhållandet mellan två personer till ett förhållande mellan minst tre personer, där också parrelationen tas i beaktande. Det är viktigt att föräldrarna vårdar sin parrelation under graviditeten och även efter att barnet fötts. När papporna är nöjda med sin parrelation engagerar de sig i föräldraskapet och deltar de också oftare aktivt i barnets vård.⁸ Å andra sidan förbättras också parrelationen genom pappans och barnets samvaro, eftersom det minskar den stress som mamman upplever.

Att växa in i rollerna som mamma och pappa

Framför allt att vänta eller få sitt första barn innebär en förändring för både män och kvinnor. Paret måste växa in i rollen som mamma och pappa och förbinda sig till föräldraskapet. Interaktionen mellan de vuxna utvidgas till en interaktion med babyen. De fem viktigaste uppgifterna i föräldraskapet är att ge kärlek, att lära om livet, att lära om människorelationer, att sätta gränser och att försörja.² Det viktigaste målet när man växer in i rollen som förälder är att känna att man duger, dvs. att ha ett förtroende för den egna förmågan. Det är viktigt eftersom denna känsla bland annat är kopplad till en minskad känsla av stress och goda hälsosvanor.⁹

Hos kvinnor och män präglas moderskapet och faderskapet av olika slags psykiska upplevelser och känslor allt från det tidiga föräldraskapet. Uppfattningen om moderskapet eller faderskapet och babyn har ett oskiljbart samband med den blivande mammans och pappans uppfattningar och erfarenheter som gäller de egna föräldrarna. Uppfattningarnas innehåll och struktur anger hur väl mamman eller pappan lyckats anpassa sig till de psykologiska utmaningar som graviditeten medför. En positiv uppfattning om sig själv, partnern, graviditeten, babyn och hela familjen har ett samband med hur nöjd föräldern är med sitt föräldraskap, sina färdigheter att ta hand om babyn, sin parrelation och hela familjens verksamhet och livshantering.¹⁰

De förändringar som sker i kroppen under graviditeten, kontakten mellan fostret och mamman och förlossningen förbereder kvinnan för det tidiga moderskapet. Motstridiga och omtumlande känslor är vanliga hos kvinnan i början av graviditeten. När graviditeten framskrider, och framför allt när kvinnan kan känna babyns rörelser, har hon olika slags inre bilder av babyn och av sig själv som mamma. Dessa bilder skapar känslor gentemot babyn och gör att hon fäster sig vid den. I slutet av graviditeten styr kvinnan sin uppmärksamhet mot framtiden. I sina tankar förbereder kvinnan sig inför förlossningen och upplever interaktion med barnet.¹¹

Mannen växer in i föräldraskapet i egen takt och på ett annorlunda sätt än kvinnan. Under graviditeten och spädbarnstiden är den viktigaste utmaningen för mannen att stå ut med ett slags utanförskap i relationen mellan kvinnan och fostret/babyn. Ju tryggare mannen upplevt att han själv blivit omskött i det tidiga skedet, desto bättre tål han känslan av utanförskap.¹² Att mannen engagerar sig i faderskapet är av betydelse för honom själv, för parrelationen^{8, 13-14} och för barnets senare utveckling.¹⁵ Till exempel pappans emotionella närhet till barnet främjar relationen mellan pappan och barnet och ökar även tillfredsställelsen i parrelationen.

Tidig interaktion

En nyfödd baby är öppen för interaktion redan från födseln och utvecklas genom interaktion med andra människor. Föräldrarnas viktigaste uppgift är att skapa en öppen, ömsesidig och trygg relation till barnet. Babyn kommunicerar genom sina känslor. Genom att dela känslotillstånd med babyn visar föräldern att hon/han förstår babyns behov. På samma sätt är babyn känslig för hur föräldrarnas känslor tar sig till uttryck och blir förvirrad om situationen motsätter sig förväntningarna. Den tidiga interaktionen är ömsesidig: föräldern och barnet reagerar på varandras känslor. Den styr babyns och senare barnets övergripande utveckling, såsom hjärnfunktionerna, den kognitiva och socioemotionella utvecklingen och den somatiska hälsan. Tidig interaktion är utgångspunkten för en grundläggande trygghet och tillit, självkänsla, självbild och empatiförmåga och utgör grunden för barnets senare situationer av växelverkan. Den är en förutsättning för en trygg och tillgiven relation som skapar en stark grund för utvecklingen av barnets psykiska hälsa.¹⁶⁻¹⁷

För att interaktionen ska vara ömsesidig och sensitiv måste föräldern ha en god reflektionsförmåga.¹⁸ Detta innebär att föräldern har en förmåga att överväga och förstå erfarenheterna och känslorna bakom beteendet, både sitt eget och barnets beteende.^{19–20} En reflektiv förälder kan leva sig in i hur barnet ser på saker och förstå hur det egna beteendet och känslouttrycken inverkar på barnet. En god reflektionsförmåga förstärker kommunikationen mellan familjemedlemmarna och minskar och förebygger missförstånd och problem i interaktionen.^{21–23}

Faktorer som ökar och minskar föräldrarnas resurser

De centrala faktorer som ökar eller minskar resurserna i familjer som väntar eller har fått barn anknyter till följande teman: föräldrarnas egna barndomserfarenheter, hälsan och levnadsvanorna, parförhållandet, uppgiften att växa in i rollen som mamma, pappa och förälder, barnets vård och fostran och stödet från familjens stödnätverk. Resurserna påverkas också av arbetssituationen och den ekonomiska situationen, boendet och framtidsutsikterna.^{24–25}

Föräldraskapet i sig utgör en slags belastning, trots att babyn är väntad och mår bra. Under tiden som småbarnsförälder upplever mammorna mer rollkonflikter, hälsoproblem, problem i parrelationen och känslor av otillräcklighet i föräldraskapet än vad papporna gör.^{4,26} Mamman kan bli överansträngd, i synnerhet om hon ensam måste ansvara för vården av barnet och hushållsarbetet efter det att hon återgått till arbetslivet, eller om föräldrarna inte får det stöd som de behöver av släktingar och vänner.

Om mamman upplever stark psykisk belastning utsätts också fostret för mammas stresshormoner via moderkakan, vilket kan påverka utvecklingen av barnets centrala nervsystem. Mammans känslor av ångest och stress under graviditeten kan också bland annat påverka graviditetens längd,^{27–28} barnets födelsevikt,^{27,29} och barnets psykosociala utveckling.³⁰ En allvarlig sjukdom (t.ex. cancer), psykiska problem, våld och missbruk hos föräldrarna påverkar resurserna för föräldraskapet och parrelationen och därigenom även barnets hälsa och välbefinnande. Även fattigdom, arbetslöshet och en osäker arbetssituation har en koppling till föräldrarnas problem i parrelationen och i föräldraskapet.^{31–32}

Stöd för föräldraskapet

Många föräldrar växer in i föräldraskapet i och med barnets födelse. Alla föräldrar behöver stöd för att växa in i rollen som förälder, att vara verksam som förälder och att fostra barnet. När föräldraskapet börjar är det viktigt att stödja föräldrarnas psykiska hälsa och känsla av att de duger och kan, eftersom den tidiga vården och familjereaktionerna formar barnets sociala, kognitiva och emotionella utveckling.^{33–34} Psykosociala symtom hos barnet beror ofta på att föräldrarna upplever stress.^{35–36}

Föräldrar som är osäkra och känner oro och rädsla inför föräldraskapet har nytta av den information och det emotionella stöd som erbjuds vid de återkommande hälsoundersökningarna på mödra- och barnrådgivningen och i samband med familjeträningen, och även av sådant stöd som fås av personer i samma situation och som till exempel ordnas av tredje sektorn. Med hjälp av en intervju som stödjer tidig interaktion (VaVu) är det möjligt att främja en positiv interaktion mellan föräldrarna och barnet under graviditeten och efter att barnet fötts.³⁷ Den tidiga interaktionen kan stödjas till exempel genom att man stärker mammans reflektiva förmåga, vilket innebär att barnet är i mammans tankar. Detta har visat sig vara en fungerande vårdform bland annat för mammor som använder alkohol eller andra droger³⁸ och stödjer också alla föräldrar i föräldraskapet.

För att göra det lättare att ta upp familjens resurser på mödrarådgivningen kan du använda den blankett som behandlar resurser i familjer som väntar barn, och senare på barnrådgivningen den blankett som behandlar resurser i barnfamiljens vardag. Blanketterna innehåller påståenden om bland annat föräldrarnas egna barndomserfarenheter, om att växa in i föräldraskapet, om parrelationen, hälsan och hälsovanorna och om framtidsutsikterna.^{24, 39} Blanketterna aktiverar föräldrarna till att samtala om sådana ämnesområden som kanske inte annars kommer upp till diskussion. Föräldrarna kan ha nytta av att de också mitt i all brådska stannar upp och funderar över sitt eget liv och sina resurser. Att vara medveten om den egna situationen och om de faktorer som förstärker och belastar resurserna kan vara till hjälp för att vid behov ändra på familjens situation. Även barnen och oftast hela familjen har nytta av det. När man stärker föräldrarnas resurser får de stöd för att främja en sund uppväxt och utveckling hos det egna barnet. Det är dock inte ett självändamål att fylla i blanketterna, utan deras uppgift är att stödja diskussionen och framför allt föräldrarnas egna reflexioner.

REKOMMENDATION

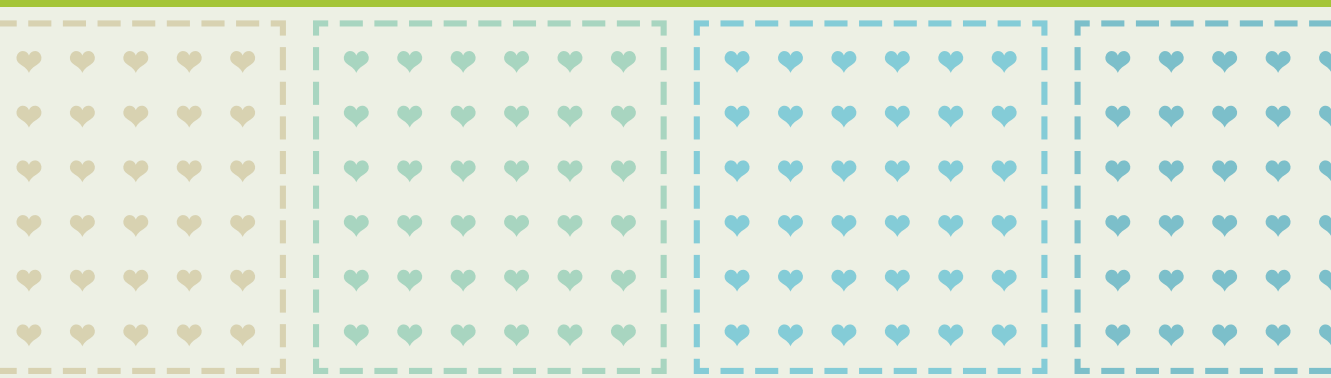
- ▶ Under graviditeten ska föräldrarna få stöd för att växa in i föräldraskapet och även hela familjens resurser ska stödjas. På så sätt påverkas också hälsan och välbefinnandet hos det barn som föds. Dialogisk interaktion med föräldrarna är en förutsättning för att stärka resurserna.
- ▶ Tala med alla föräldrar om hur viktigt det är ta hand om parrelationen såväl under graviditeten som efter att barnet fötts. För att identifiera faktorer som ökar eller belastar familjens resurser kan du använda den blankett som behandlar resurser i familjer som väntar barn och den blankett som behandlar resurser i barnfamiljens vardag.

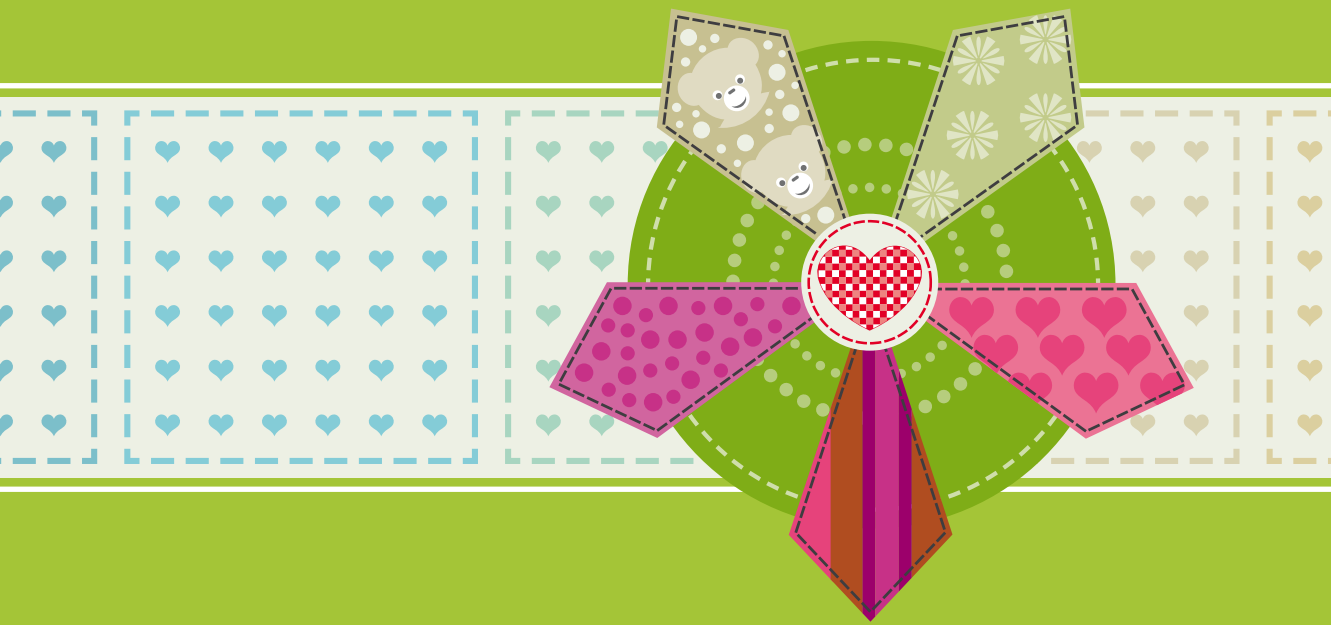
- ▶ En intervju som stödjer tidig interaktion under graviditeten ska helst göras under den sista trimestern och en intervju som stödjer interaktion efter förlossningen görs i mån av möjlighet 4–8 veckor efter förlossningen. Vid intervjuerna används de blanketter som tagits fram för att stödja tidig interaktion.
- ▶ Hänvisa vid behov föräldrarna till parrelationskurser eller parrådgivning som arrangeras av organisationer (bl.a. Väestöliitto) eller till att söka tidig hjälp vid fostrings- och familjerådgivningen eller familjerådgivningscentralen.
- ▶ Vid de återkommande hälsoundersökningarna inleds diskussioner om att växa in i föräldraskapet och om hur barnets födelse kommer att påverka familjelivet, och dessa diskussioner fortsätter sedan vid familjeträningen, i andra föräldragrupper och senare på barnrådgivningen.
- ▶ Hänvisa vid behov föräldrarna till öppen gruppverksamhet, som exempelvis ordnas av MLL, Folkhälsan och församlingarna, så att de får ett starkare stöd av personer i samma situation.

Källor

1. Malinen K, Kinnunen U, Tolvanen A, Rönkä A, Wierda-Boer H, Gerris J. 2010. Happy spouses, happy parents? Family relationships among Finnish and Dutch dual earners. *Journal of Marriage and Family* 72(2), 293–306.
2. Ylitalo P. (toim.) 2011. Roolikartta vanhemmuuden, parisuhteen ja itsenäistymisen tueksi. Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
3. Ahlborg T, Misvaer N, Möller A. 2009. Perception of marital quality by parents with small children. A follow-up study when the firstborn is 4 years old. *Journal of Family Nursing* 15(2), 237–263.
4. Widarsson M, Engström G, Rosenblad A, Kerstis B, Edlund B, Lundberg P. 2012. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01288.x.
5. Kiehl EM, Carson DK, Dykes A-K. 2007. Adaptation and resiliency in Swedish families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 329–337.
6. Aktan NM. 2012. Social support and anxiety on pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research* 21(2), 183–194.
7. Bodenmann G, Charvoz L, Bradbury TN, Bertoni A, Iafraite R, Giuliani C, Banse R, Behling J. 2007. The role of stress in divorce: A three-nation retrospective study. *Journal of Social & Personal Relationships* 24(5), 707–728.
8. Hawkins AJ, Lovejoy KR, Holmes EK, Blanchard VL, Fawcett E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
9. Monteith B, Ford-Gilboe M. 2002. The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health promoting lifestyle practices in families with preschool children. *Journal of Family Nursing* 8(4), 383–407.
10. Salonen A. 2010. Parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. Evaluation of an internet-based intervention. *Acta Universitatis Tamperensis* 1547. Tampere.
11. Canella BL. 2005. Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 50(1), 60–68.
12. Sarkkinen M, Juutilainen K. 2011. Synnytyksen jälkeinen masennus. Teoksessa Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J (toim.) 2011. Masennus, 337–353. Duodecim.
13. Horsley R, Canfield K, O'Donnell SL, Roid G. 2008. Fathers closeness: Its effect on married men's sexual behaviors, marital, and family satisfaction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15(1), 59–76.

14. Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäolo, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimus 15. Helsinki.
15. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.
16. Berlin LJ, Cassidy J, Appleyard K. 2008. The influence of early attachments on other relationships. Teoksessa Cassidy J, Shaver PR 2008. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 333–347. New York and London: Guilford Press.
17. Thompson RA. 2008. Early attachment and later developments. Teoksessa Cassidy J, Shaver PR, *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 348–365. New York and London: Guilford Press.
18. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. 2002. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
19. Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys, 459–466. *Duodecim* 6.
20. Pajulo M. 2004. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisuudessa kiintymyssuhteessa. *Duodecim* 21, 25432–550.
21. Slade A, Sadler L, DeDios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. 2005. Minding the baby: A reflective parenting programme. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74–100.
22. Fonagy P. 2008. The mentalization-focused approach to social development. Teoksessa Busch N (toim.). *Mentalization. Theoretical considerations, research findings and clinical implications*. New York: The Analytic Press.
23. Larmo A. 2010. Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. *Duodecim* 126(6), 616–622.
24. Pelkonen M, Hakulinen T. 2002. Voimavaraja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202–212.
25. Nyström K, Öhring K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46 (3), 319–330.
26. Moller K, Hwang CP, Wickberg B. 2008. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(1), 57–68.
27. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 27(5), 604–615.
28. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen H-U. 2010. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development* 86, 305–310.
29. Talge NM, Neal C, Glover V. 2007. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 245–261.
30. Dunkel Schetter C, Tanner L. 2012. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry* 25(2), 141–148.
31. Leinonen J, Solantaus TR, Punamäki R-L. 2003. Social support and the quality of parenting under economic pressure and work load in Finland: The role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology* 17, 409–418.
32. Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. 2004. Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 40, 412–429.
33. Thompson A, Hollis C, Dagger DR. 2003. Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems. Results from a British national cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12, 84–91.
34. Steward-Brown SI, McMillan A. 2011. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workplace 2 of the Data-Prev project. *Health Promotion International* 26 (Suppl. 1), doi:10.1093/heapro/dar056. http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1/i10.full.pdf+html.
35. Coffelt NL, Forehand R, Olson AO, Jones DJ, Gaffney CA, Zens MS. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31, 593–605.
36. Sarkkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–1576.
37. Puura K, Hastrup A. 2014. VaVu – en intervju-baserad metod för stödande av den tidiga interaktionen I boken: Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (redig.) 2014. *Hälsoundersökningar inom barnrådgivningen och skolhälsovården. Metodhandbok. Institutet för hälsa och välfärd*, 103–109.
38. Pajulo M, Kalland M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim* 122, 2603–2611.
39. Kaljunen L, Pelkonen M, Hakulinen-Viitanen T. 2006. Voimavaralomakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaroisuuden tunnistamiseksi. *Hoitotiede* 3(18), 131–140.





4 LEVNADSVANOR OCH RÅDGIVNING

4.1 KOST OCH NÄRING

Information om kost och näring under graviditeten och amningen ingår i hälsorådgivningen

Kostrådgivning under graviditeten och amningen är en del av den hälsorådgivning som ges vid mödrarådgivningen. Enligt de gällande finländska näringsrekommendationerna under graviditeten och amningen behöver kvinnor som iakttar en hälsosam och balanserad kost inte handledas till att göra särskilda ändringar i kosten.¹ Det som medför utmaningar för handledningen är förebyggandet och behandlingen av övervikt och fetma, stödet till unga och lågutbildade familjer och individuell handledning av kvinnor som iakttar en särskild diet. Under graviditeten och amningen ökar behovet av flera näringsämnen, och därför måste kvinnan fästa större vikt vid kosten än tidigare.

Kostens betydelse under graviditeten

Det är känt att mammans kost under graviditeten har långvariga effekter på barnet, och dess effekt på fostrets utveckling varierar i olika skeden av graviditeten. Känt är att mammans kost bland annat påverkar barnets födelsevikt², graviditetens längd³, barnets hjärnutveckling och barnets inlärning.⁴ Det finns ny evidens för hur kosten under fostertiden påverkar generna, hormonhalterna, nervsystemets utveckling och sjukligheten i barndomen och i vuxen ålder.^{2,5-6} Barn som växer långsamt under fostertiden och som föds med låg vikt (avvikelse från medelkurvan < 2 SD eller < 2 500 g) verkar ha en större mottaglighet än andra för bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes.⁷⁻⁸ På samma sätt har barn med hög födelsevikt (avvikelse från medelkurvan > 2 SD) en förhöjd mottaglighet för bland annat fetma⁹ och typ 1-diabetes.¹⁰ WHO:s strategi för kost, motion och hälsa lyfter fram att också kosten före graviditeten är av betydelse för att förebygga kroniska sjukdomar.¹¹

Näringsrekommendationer under graviditeten och amningen

De finländska näringsrekommendationerna för barn i spädbarns- och lekåldern samt havande och ammande mödrar publicerades år 2004.¹ Efter att rekommendationerna utkom har särskilda anvisningar getts för graviditeten, bland annat om D-vitaminpreparat, lever och maträtter som innehåller lever (www.ravitsemusneuvottelukunta.fi). I näringsrekommendationerna ges enskilda rekommendationer bland annat om mängden frukt och grönsaker, men i övrigt kan den rekommenderade kosten utformas på flera olika sätt. För att garantera babyens säkerhet finns det skäl att undvika vissa födoämnen och drycker eller att begränsa användningen av dem under graviditeten

och amningen (tabell 1, bilaga 5). Eftersom kvinnan under graviditeten och amningen endast behöver en måttlig mängd extra energi, ska det ökade behovet av vitaminer och mineralämnen (tabell 2, bilaga 6) tillgodoses huvudsakligen genom att *förbättra kostens näringsstäthet, dvs. genom att utöka kosten med sådana livsmedel som innehåller lite energi men mycket essentiella näringsämnen*. Sådan mat är till exempel alla bär, frukter och grönsaker, fullkorn och fettfria och mycket magra mjölk- och köttprodukter. Under amningen beror behovet av extra energi på mängden bröstmjök och lagrat fett. Ju mer lagrat fett det finns i kroppen, desto mindre extra energi behöver mamman få av maten. Under amningen påverkar mammans kost framför allt mängden vattenlösliga vitaminer (B- och C-vitamin) i bröstmjölken och dess fettkvalitet.

Nya nordiska näringsrekommendationer godkändes år 2013¹² och utgående från dem gavs nya finländska rekommendationer år 2014¹³. Dessutom kommer nya finländska näringsrekommendationer för barn, gravida kvinnor och ammande mammor att färdigställas sommaren 2015. Tyngdpunkten har överförs från näringsämnen till mat; vi äter ju mat och inte näringsämnen. Den rådgivning som ges på matnivå är mer konkret och lättare att iaktta. Den motiverar gravida kvinnor att hitta lösningar genom de dagliga kostvalen och inte med hjälp av näringspreparat, till exempel att välja fisk istället för fiskoljekapslar och färska grönsaker istället för multivitaminpreparat.¹⁴

Grönsaker, frukt och bär utgör grunden för hela kosten

*Grönsaker, frukt och bär utgör grunden för hela kosten och under graviditeten rekommenderas minst 5–6 portioner per dag.*¹ Grönsaker, frukt och bär har många kända hälsofrämjande effekter.^{15–16} Konsumtionen av grönsaker, frukt och bär under graviditeten varierar kraftigt mellan olika befolkningsgrupper, framför allt beroende på den egna och partners utbildning.^{17–18}

Folat

En tillräcklig halt av folsyra i mammans plasma är nödvändigt för utvecklingen av embryots neuralrör. Från det att graviditeten börjar tar det ungefär fyra veckor för neuralröret att bildas, och då sluts neuralröret. Det är viktigt att trygga en tillräcklig tillförsel av folsyra redan före graviditeten (se kap. Läkemedel, vaccinationer och hälsokostpreparat). De folater som finns i födan förstörs lätt vid matlagning på grund av syre och upphettning. Därför är det viktigt att inkludera rikliga mängder av de viktigaste folatkällorna – färska grönsaker, frukter och bär – i den dagliga kosten. Också fullkornsprodukter, såsom rågbröd, innehåller en viss mängd folater.

Fullkornsprodukter ger järn och fibrer

Fullkornsprodukter, framför allt rågbröd och fullkornsgröt, är utmärkta fiberkällor och innehåller rikligt med järn och B-vitaminer. Hos finländska kvinnor kommer 32 procent av det dagliga folatintaget från spannmålsprodukter, medan andelen järn är ännu större och utgör 47 procent.¹⁹ *Rekommendationen är att äta lättsaltat fullkornsbröd och an-*

dra fullkornsprodukter, såsom gröt och mysli, vid nästan varje måltid.¹³ Att dagligen äta bakverk som innehåller hårda fetter, till exempel kex och wienerbröd, är inte att rekommendera. Det är mycket tillrådligt att under graviditeten byta ut fiberfattigt bröd mot fullkornsbröd, till exempel rågbröd.

Järn

Hos en stor del av alla gravida kvinnor sjunker blodets hemoglobinhalt på grund av att blodvolymen ökar (hemodilution) och behovet av järn ökar. En god järnbalans under graviditeten förutsätter järndepåer på uppskattningsvis 500 mg.¹³ Kosten kan uppfylla ungefär hälften av järnbehovet under graviditeten, medan den andra hälften måste fås från mammans järndepåer eller från järntillskott. Om hemoglobinnivån är låg i början av graviditeten (understiger 110 g/l) övervägs järnmedicinering efter graviditetsvecka 12 (tabell 2, bilaga 6). Risken för järnbrist är störst bland unga mammor vars kost innehåller endast lite energi och bland vegetarianer som har en ensidig kost. *Bra källor till järn är kött och fullkornsprodukter, framför allt rågbröd.*

Mjölksprodukter ger protein, kalcium och D-vitamin

Under graviditeten rekommenderas dagligen 8 dl fettfria flytande mjölkprodukter för att trygga en tillräcklig tillförsel av kalcium och för att komplettera tillförseln av D-vitamin¹, men det är viktigt att fästa uppmärksamhet vid socker- och fetthalterna.¹⁹ Mjölksprodukterna är också viktiga källor till protein, jod och andra mineralämnen och B-vitaminer, och de verkar ha en koppling till en bättre viktkontroll.²⁰

D-vitamin

För att kroppen ska kunna uppfylla fostrets kalciumbehov måste D-vitaminhalten i serum vara tillräcklig under graviditeten. En otillräcklig tillförsel av D-vitamin är förknippat med en dålig viktökning under graviditeten, störningar i utvecklingen av fostrets benstomme och risk för kroniska sjukdomar hos barnet.^{21–22} Under graviditeten och amningen ger kosten inte tillräckligt med D-vitamin och därför behövs tillskott. *Under graviditeten och amningen rekommenderas D-vitamintillskott så att den dagliga mängden D-vitamin uppgår till 10 mikrogram (10 µg, 400 IU) året om (tabell 2, bilaga 6). Dessutom rekommenderas att den dagliga mängden D-vitamin inte överstiger 50 µg per dygn på grund av eventuella skadeverkningar. Risken för brist på D-vitamin är störst hos personer som på grund av miljö, kultur eller hälsoskäl får väldigt lite solljus och som endast får i sig lite vitamin via kosten. Särskilda riskgrupper är invandrarkvinnor, framför allt beslöjade kvinnor.*

Fisk två–tre gånger per vecka för att säkerställa tillförseln av viktiga fettsyror och D-vitamin

Gravida kvinnor bör äta fisk åtminstone två gånger per vecka och variera mellan olika fiskarter.^{1, 13} Genom att variera mellan olika slags fisk behöver man inte särskilt fundera på eventuella halter av miljögifter (särskilda anvisningar finns på Eviras webbplats²³). Under graviditeten lönar det sig att välja till exempel siklöja, sej, sik och odlad regnbågsforell.

Fisk är speciellt viktigt under graviditeten på grund av de n-3-fleromättade fettsyror som fiskfettet innehåller och den höga halten av D-vitamin. Flera undersökningar har visat att fisk i mammans kost under graviditeten har ett positivt samband med barnets visuella och kognitiva utveckling.⁶ Det finns också tecken på att konsumtion av fisk under graviditeten har ett positivt samband med graviditetens längd och födelsevikten och att risken för för tidig förlossning minskar.

Synliga och mjuka fetter

För att fostret ska utvecklas normalt behövs en riklig tillförsel av essentiella fettsyror och deras långkedjade derivat. Fleromättade fettsyror (linolsyra och alfa-linolen-syra) är essentiella bland annat för utvecklingen av fostrets nervsystem, synförmåga och immunsystem.⁴ Behovet är särskilt stort under den sista trimestern och under de första levnads-månaderna då barnets hjärna utvecklas.

Minst två tredjedelar av fettets ska komma från mjuka fetter och högst en tredjedel från hårda fetter. Den fettkvalitet som anges i rekommendationerna kan nås med hjälp av vegetabilisk olja och askförpackat margarin som innehåller rikligt med vegetabilisk olja. Det är lätt att kontrollera det synliga fettets kvalitet och mängd, och därför är det viktigt att inte utelämna detta fett i kosten. Vegetabiliska oljor, margarin och fisk är de huvudsakliga källorna till n-3-fettsyror. Fisk är den viktigaste källan till långkedjad dokosa-hexaensyra och eikosa-pentaensyra. Man har kunnat påvisa att kvaliteten på det fett som intas under graviditeten och framför allt en tillräcklig tillförsel av långkedjade fettsyror har en positiv koppling bland annat till graviditetens längd, en minskad risk för för tidig förlossning och till barnets visuella och kognitiva utveckling.²⁴ De fettdepåer som samlats i kroppen före och under graviditeten reglerar bröstmjölkens fettsyresammansättning och därigenom också tillförseln av fettsyror hos barnet.

Utmaningar vid kostrådgivningen

Unga, lågutbildade och rökande gravida kvinnors kost ligger allra längst ifrån rekommendationerna. Lågutbildade kvinnor äter mindre frukt och grönsaker än andra. Hos unga gravida kvinnor innehåller kosten vanligen mycket socker, men endast lite kostfiber.^{17, 25} Närings tillskott används ofta fel: D-vitamintillskott används inte tillräckligt, medan andra preparat används mer än nog.^{17, 25}

Hos ungefär hälften av alla feta kvinnor (se kap. Vikt) har fetman uppkommit i samband med graviditeten.²⁶ *Ohälsosam kost är en viktig orsak till överdriven viktökning under graviditeten.*^{27–28} Å andra sidan lider 2–10 procent av alla unga kvinnor av någon slags ätstörning och äter för lite, vilket kan påverka graviditetsförloppet.²⁹ Det är viktigt att viktökningen är tillräcklig under graviditeten hos underviktiga och mycket unga kvinnor, eftersom en för låg viktökning kan bromsa upp fostrets tillväxt. Viktökningen är otillräcklig i mitten och i slutet av graviditeten om den understiger 1 kg per månad. De förändringar som graviditeten medför kan göra att problem med ätandet och viktkontrollen blir aktuella. Det är bra att få kontroll över ätstörningarna redan innan en graviditet börjar planeras.

Största delen av vegetarianerna är laktovegetarianer som använder mjölkprodukter. Lakto-ovo-vegetarianer äter förutom mjölkprodukter också ägg, medan semivegetarianer ibland äter vitt kött eller fisk. Veganer äter inga animaliska livsmedel och deras kost har därför ett näringsvärde som avsevärt avviker från övriga vegetariska dieter. *Enligt näringsrekommendationerna är vegankost inte att rekommendera för gravida och ammande kvinnor. Om en gravid kvinna trots det vill fortsätta med vegankost under graviditeten är det viktigt att säkerställa att hon regelbundet får B12-vitamin från en tillförlitlig källa och tar preparat som innehåller kalcium, D-vitamin och vid behov också järn och zink eller äter livsmedel som i tillräcklig utsträckning kompletterats med dessa näringsämnen.* Också tillförseln av protein och essentiella fettsyror (alfalinolensyra) blir lätt otillräcklig hos kvinnor som äter vegankost. Kvinnor som äter vegankost under graviditeten ska få handledning av en näringsterapeut. I stället för absolut veganism är det tryggare att iaktta en laktovegetarisk eller semivegetarisk diet.

Den nuvarande uppfattningen är att undvikande av allergiframkallande födoämnen under graviditeten och amningen inte minskar risken för allergiska sjukdomar hos barnet, inte ens i de familjer där allergirisken är stor. En uteslutningsdiet kan tvärtom ha skadliga effekter på mammans och barnets näringstillförsel, eftersom den gör maten ensidig och rentav kan främja att allergi bryter ut då den leder till en obalans i kosten. Uteslutningsdieter hör till behandlingen av konstaterad matallergi och ska övervakas av en läkare eller en näringsterapeut.

Kostrådgivningen i praktiken

Individuell kostrådgivning utgår från att klarlägga hela familjens behov, önskemål och förändringsvilja, graviditeten och behandlingen av en eventuell sjukdom. Kom överens om målen genom att samtala med familjen. På ett rådgivningsmöte behandlas i allmänhet ett eller två ämnesområden. Handledaren klarlägger familjens nuvarande matvanor till exempel med hjälp av en enkät om måltiderna (www.thl.fi/kasvunkumppanit: Työn tueksi > Lomakkeet > Lomakkeet neuvolatyöhön) och ber den gravida kvinnan och hennes partner att bedöma sin nuvarande kost, framför allt vad som är bra redan nu. Att upptäcka välfungerande faktorer i den nuvarande kosten och att ge positiv feedback stärker motivationen och förbättrar samarbetet. Först efter det granskas de fakto-

rer som behöver ändras i kosten och var det är bäst att börja dessa förändringar. Därefter utarbetar den gravida kvinnan, hennes partner och handledaren i samarbete en konkret handlingsplan.^{30–32}

Handledningen är åskådlig och praktisk (teman är t.ex. valet av livsmedel och matlagning) och innehåller lämpligt med information. Den framskrider genom att samtala, fråga, lyssna på familjen och ge positiv feedback. Med hjälp av lämpliga övningar kan motivationen stärkas och beteendeförändringar främjas. När handledningen fördelas på flera besök stärks också genomförandet av förändringen. Man har konstaterat att förändringar som sker i små steg varar längst. Vid sidan av individuell handledning går det också bra att tillämpa grupphandledning. Det är viktigt att införliva kostrådgivningen i den övriga uppföljningen, genomföra den i ett multiprofessionellt samarbete och planera den så att den fortsätter efter graviditeten. Smarta familjen-kortet är ett bra redskap när du vill ta upp olika frågor vid den hälsorådgivning som riktar sig till mammornas och hela familjens kost och andra levnadsvanor (<http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sydanliitto/smartafamiljen>).^{30–32}

REKOMMENDATION

- ▶ Vi rekommenderar att en kortfattad förfrågan om kosten riktas till alla gravida kvinnor i början av graviditeten (www.thl.fi/kasvunkumppanit: Työn tueksi > Lomakkeet > Lomakkeet neuvolatyöhön).
 - ▶ Kostrådgivningen riktas till hela familjen. Vid rådgivningen beaktas föräldrarnas livssituation och möjligheter och deras intresse och attityder till att äta hälsosamt.
 - ▶ Vid kostrådgivningen betonas rekommenderade kostval, fokus ligger inte på enskilda näringsämnen.
 - ▶ Fäst särskild vikt vid rådgivningen av kvinnor med under- eller övervikt, unga, lågutbildade, rökare och kvinnor som iakttar en särskild diet. Kostrådgivningen görs i samarbete med en näringsterapeut.
 - ▶ Det är viktigt att se till att den person som ger kostrådgivning har tillräckligt med utbildning i kostfrågor.
-

Källor

1. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, terveysosasto.
2. Moore VM, Davies MJ. 2005. Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. *Reprod Fertil Dev* 17, 341–8.
3. Christian P. 2010. Micronutrients, birth weight, and survival. *Annu Rev Nutr* 30, 83–104.

4. Cetin I, Alvino G, Cardellicchio M. 2009. Long chain fatty acids and dietary fats in fetal nutrition. *J Physiol* 587, 3441–51.
5. Hanson MA, Gluckman PD. 2011. Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *Int J Gyn Obst* 115(Suppl 1), 3–5.
6. Koletzko B, Symonds ME, Olsen SF. 2011. Early Nutrition Programming Project; Early Nutrition Academy. Programming research: where are we and where do we go from here? *Am J Clin Nutr* 94(Suppl 6), 2036–43.
7. Gale EA. 2002. The rise of childhood type 1 diabetes in the 20th century. *Diabetes* 51, 3353–61.
8. Langley-Evans SC, McMullen S. 2010. Developmental origins of adult disease. *Med Princ Pract* 19, 87–98.
9. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. 2012. Systematic review and meta-analysis of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child* 97, 1019–26.
10. Harder T, Roepke K, Diller N, Stechling Y, Dudenhausen JW, Plagemann A. 2009. Birth weight, early weight gain, and subsequent risk of type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 15, 1428–36.
11. World Health Organization (WHO). 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva.
12. Nordic Council of Ministers 2014: Nordic Nutrition Recommendations 2012 - Integrating nutrition and physical activity. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>
13. Mat ger hälsa! Finska näringsrekommendationer 2014. Helsingfors: Jord- och skogsbruksministeriet. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/naringsrekommendationer_2014_web.pdf
14. Erkkola M, Virtanen SM. 2013. Suositeltavat ruokavalinnat raskauden aikana. *Suomen lääkäri* 68, 739–45.
15. Boeing H, Bechthold A, Bub A ym. 2012. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 9 (painossa).
16. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. 2011. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev* 12, 143–50.
17. Arkkola T, Uusitalo U, Pietikäinen M ym. 2006. Dietary intake and use of dietary supplements in relation to demographic variables among pregnant Finnish women. *Br J Nutr* 96, 913–20.
18. Uusitalo L, Uusitalo U, Ovaskainen ML ym. 2008. Sociodemographic and lifestyle characteristics are associated with antioxidant intake and the consumption of their dietary sources during pregnancy. *Public Health Nutr* 11, 1379–88.
19. Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H, Pietinen P (toim). 2008. Finravinto 2007 -tutkimus – The National FINDIET 2007 Survey. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B23/2008.
20. Louie JC, Flood VM, Hector DJ, Rangan AM, Gill TP. 2011. Dairy consumption and overweight and obesity: a systematic review of prospective cohort studies. *Obes Rev* 12, 582–92.
21. Nurmatov U, Devereux G, Sheikh A. 2011. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 127, 724–33.
22. Kovacs CS. 2008. Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *Am J Clin Nutr* 88(suppl), S520–S8.
23. <http://www.evira.fi/portal/se/livsmedel/information+om+livsmedel+/livsmedelsfaror/begransningar+i+anvandningen+av+livsmedel/rekommenderade+intag+av+fisk/>
24. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT ym. 2007. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br J Nutr* 98, 873–7.
25. Erkkola M, Karppinen M, Knip M, Virtanen S. 2001. Raskaudenaikainen ravitsemus – kohtaavatko suositukset ja käytäntö? *Duodecim* 117,149–55.
26. Gunderson EP, Abrams B, Selvin S. 2000. The relative importance of gestational gain and maternal characteristics associated with the risk of becoming overweight after pregnancy. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24,1660–8.
27. Olafsdottir AS, Skuladottir GV, Thorsdottir I, Hauksson A, Steingrimsdottir L. 2006. Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *Int J Obes* 30, 492–9.
28. Uusitalo U, Arkkola T, Ovaskainen ML ym. 2009. Unhealthy dietary patterns are associated with weight gain during pregnancy among Finnish women. *Public Health Nutr* 12, 2392–9.
29. Ward VB. 2008. Eating disorders in pregnancy. *BMJ* 336, 93–6.
30. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Edita. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi
31. Piirainen T, Isolauri E, Huurre A, Hoppu U, Laitinen K. 2004. Ravitsemus- ja terveystuella äitiys- ja lastenneuvolassa. *Terveystuella äitiys- ja lastenneuvolassa. Terveystuella äitiys- ja lastenneuvolassa.* Suom Lääkäri 59, 2047–53.
32. Taimisto N. 2011. Ravitsemuskeskustelu äitiystuella ensimmäisellä. *Kliinisen ravitsemustieteen pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Lääketieteen laitos.* http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120064/urn_nbn_fi_uef-20120064.pdf.

4.2 AMNING

Helamning innebär att barnets föda endast består av modersmjölk och de vitamin- och läkemedelspreparat, till exempel D-vitamin, som barnet behöver.¹ Ett barn som delammas får utöver modersmjölk också annan föda, såsom modersmjölkersättning eller fast tilläggsföda. Med amningshandledning avses rådgivning, stöd och handledning som ges av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och som syftar till att möjliggöra och främja amning.

Hos ett friskt, fullgånget barn som fötts med normal vikt räcker amningen till för att tillgodose näringsbehovet ända upp till ett halvt års ålder och är amningen en del av en hälsosam kost upp till minst ett års ålder. Amningen stödjer barnets normala tillväxt, utveckling och hälsa. Den minskar barnets risk för att insjukna i olika inflammatoriska sjukdomar, såsom luftvägs- och öroninflammation, också i västländer. Dessutom anses amningen vara kopplad till en minskad risk för plötslig spädbarnsdöd.²⁻³

Också den ammande mamman har nytta av amningen, eftersom den bland annat hjälper vid viktkontrollen och minskar risken för att senare insjukna i bröstcancer.⁵ Amningen stödjer den tidiga interaktionen.⁶⁻⁷ Den gör att mamman blir känsligare för barnets signaler och den bidrar också till tillgivenhet.

Den gällande rekommendationen är att helamningen fortsätter ända fram till sex månaders ålder och delamningen vid sidan av fast föda fram till minst ett års ålder.^{1,8} För alla finländska barn rekommenderas dessutom D-vitamintillskott från och med två veckors ålder.⁹

I Finland fullföljs amningen inte enligt rekommendationerna. Framför allt helamningen ligger klart under målsättningen. Enligt en riksomfattande utredning från år 2010 fick 71 procent av de nyfödda tilläggsmjölk på förlossningssjukhuset.¹⁰ Totalt 92 procent av alla barn yngre än en månad amrades, men endast 47 procent helammades. Totalt 34 procent av alla ettåriga barn fick fortfarande modersmjölk. Föräldrarnas ålder, utbildningsbakgrund och rökning har en koppling till amningen.

Amningshandledningens mål och innehåll

Amningshandledningen inleds redan före graviditeten och fortsätter utan avbrott ända fram till avvänjningen. Amningshandledning ges till alla mammor.¹¹ Det finns stark vetenskaplig evidens för att helamning kan främjas och amningstiden förlängas i samarbete mellan den specialiserade sjukvården och primärvården.¹²

Målet med den amningshandledning som ges under graviditeten är att öka kunskapen om amning och att stärka en positiv inställning.¹³ Finländska föräldrar som väntar barn har fortfarande bristfällig kunskap om mjölkutsöndringen, modersmjölkens tillräcklighet och amningsrekommendationerna.¹⁴

De första veckorna efter förlossningen är viktiga med tanke på amningen. Då är det speciellt viktigt att få handledning och stöd av yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården. Tyngdpunkten i amningshandledningen ligger på att ge praktisk handledning (t.ex. amningsställning, amningsfrekvens, tolkning av babyens beteende) och att stärka

mammans tillförsikt. På förlossningssjukhuset iakttas vårdpraxis enligt Världshälsorganisationens (WHO) och Unicefs initiativ för amningsvänliga sjukhus. Vid utskrivningen från förlossningssjukhuset ska familjen ha beredskap att bedöma om babyn får tillräckligt med näring och även veta vem som kan kontaktas vid problem med amningen. Det finns skäl att göra det första hembesöket efter förlossningen inom en vecka efter barnets födelse.¹³

Amningshandledningens metoder och inriktning

Amningshandledningen kan bestå av olika metoder, såsom individuell handledning, interaktiv handledning i smågrupper, broschyrer och undervisningsfilmer.¹³ Framför allt sådan handledning som ges ansikte mot ansikte är effektiv.^{11,15}

Det material som används vid amningshandledningen ska iakttä gällande näringsrekommendationer och stödja den övergripande vården av barnet och den tidiga interaktionen. Kommersiellt material om matning av spädbarn ska på förhand godkännas av THL. Godkännandet finns markerat på materialet. Om materialet handlar om matning med ersättning, får materialet endast delas ut till familjer och skötare för vilka ersättningsmatning är aktuellt.¹⁶

Mammorna önskar att amningshandledningen ska vara uppmuntrande, realistisk och praktisk. För att amningshandledningen ska vara effektiv är det viktigt att reservera tillräckligt med tid, att visa ett intresse och att lyssna. Det är därför viktigt att se till att vårdrelationen är kontinuerlig och att olika aktörer har en enhetlig handledning.¹⁷

De närstående, partnern, den egna mamman och vännerna hör till de viktigaste personerna som stödjer amningen. Framför allt partners attityder inverkar på amningens längd.¹⁸ Det är därför viktigt att ta med partnern och eventuellt andra närstående i amningshandledningen redan under graviditeten. Stöd av personer i samma situation kompletterar den amningshandledning som yrkespersonalen ger.¹⁹ Det är bra om rådgivningen har sådant samarbete som ger möjlighet till stöd av personer i samma situation och att rådgivningen styr familjerna till detta stöd.

Hälso- och sjukvården ska försöka identifiera de mammor som möjligen avvänjer sina barn för tidigt, och dessa mammor ska erbjudas ett riktat stöd. I riskgruppen finns till exempel ensamstående, kvinnor med ett litet socialt skyddsnät, unga mammor och mammor som hör till minoritetskulturer. En svår förlossningsupplevelse, amningsproblem och osäkerhet om mjölkens tillräcklighet kan också vara tecken på ett ökat behov av amningshandledning. Utöver stöd av personer i samma situation kan amningen också stöttas genom intensifierad individuell handledning och hembesök.¹³

I de fall där graviditeten behöver följas upp inom den specialiserade sjukvården har förlossningssjukhusen ett särskilt ansvar för amningshandledningen under graviditeten. Familjerna förbereds på en situation där mamman eller den nyfödda behöver särskild observation eller är tvungna att vara åtskilda efter förlossningen. Tillsammans med föräldrarna går man då igenom vilken inverkan detta har på att amningen kommer igång och hur mjölkutsöndringen kan sättas igång om barnet inte kan amma. Familjerna garanteras ett tillräckligt och professionellt stöd också efter förlossningen.

Amningshandledningen kräver utbildning

Alla de personer som arbetar med familjer som väntar barn behöver utbildning i amning och amningshandledning. Utbildningen ska innehålla information om amningens hälsoeffekter, faktorer som påverkar inledandet av amningen och mjölkutsöndringen och amningsproblem.¹³ Dessutom ska utbildningen också utveckla deltagarnas interaktions- och handledningsfärdigheter.¹⁷ En god grundutbildning i amningshandledning är en sådan utbildning som följer WHO:s och Unicefs initiativ om amningsvänliga sjukhus om som omfattar 20 timmar.¹³

REKOMMENDATION

- ▶ Amningshandledning ges systematiskt i samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården med iakttagande av det nationella handlingsprogrammet för att främja amning.
 - ▶ Amningshandledning ges till alla familjer redan under graviditeten. Faktorer som påverkar amningens början, mjölkutsöndringen och mjölkens tillräcklighet, liksom också de vanligaste amningsproblemen och lösningar ska gås igenom vid de återkommande besöken på mödrarådgivningarna, vid familjeträningen och vid hembesöken. Information om frågor som gäller mjölkdonation ska ges redan vid rådgivningen.
 - ▶ Amningshandledningen fortsätter ända fram till avvänjningen.
 - ▶ Strävan är att vid rådgivningen och på förlossningssjukhuset identifiera de gravida kvinnor eller nyblivna mammor som behöver särskilt stöd för amningen och att erbjuda dem riktad handledning.
 - ▶ Det är också viktigt att se till att personalen har tillräcklig utbildning i amning.
-
-

Källor

1. Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Terveys ja hyvinvoinnin laitos THL, Raportti 32/2009.
2. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, Boston. AHRQ Publication No. 07-E007, April 2007.
3. Järvenpää AL. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. Suomen lääkärilehti 64(23), 2089–2093.
4. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TIA, Rasmussen KM. 2008. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. The American Journal of Clinical Nutrition, 88(6), 1543–1551.
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 coun-

- tries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* 360, 187–195.
6. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. 2006. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. *Pediatrics* 118(5), e1436–e1443.
 7. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, Swain JE. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(8), 907–915.
 8. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11.
 9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys. 2011. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukseen muutoksia. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23892 (8.10.2012).
 10. Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Raportti 8/2012.
 11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
 12. Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. 2005. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet* 366, 1094–1100.
 13. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. www.hotus.fi (8.10.2012).
 14. Laanterä S, Pietilä AM, Pölkki T. 2010. Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(4), 320–329.
 15. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. 2011. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica* 100(4), 534–537.
 16. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om informationsmaterial om föda för spädbarn och småbarn 267/2010. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100267>
 17. The Joanna Briggs Institute. 2010. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals 14:1–4. Suomennos ja sovellus osoitteessa www.hotus.fi (8.10.2012).
 18. Meedya S, Fahy K, Kable A. 2010. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* 23(4), 135–145.
 19. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. 2011. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11.

4.3 MUNHÄLSAN

För en familj som väntar sitt första barn ska kommunen ordna minst en bedömning av munhälsan och behovet av vård, och denna bedömning görs av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården genom en intervju och vid behov med andra metoder.¹ Denna skyldighet finns inte när det gäller omförderskor och därför finns det skäl att fästa vikt vid deras munhälsa och vård vid mödrarådgivningen. Om en gravid kvinna regelbundet har låtit kontrollera sina tänder och fått den vård som behövs, fortsätter mun- och tandvården på samma sätt som tidigare. Om tänderna har kontrollerats och vårdats oregelbundet eller om det har gått mer än tre år sedan föregående kontroll, är det på sin plats att en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården bedömer den gravida kvinnans munhälsa och vid behov styr henne till vård.

Gravida kvinnor kan vara mottagliga för tand- och tandköttsjukdomar. Om kvinnan tar väl hand om munnen och tänderna under graviditeten, orsakas inga bestående skador i munhälsan. Barnet kan utsättas för hål i tänderna, om mamman eller andra personer som sköter barnet har tänderna i dåligt skick.³ Det kan också hända att de blivande föräldrarnas munhälsosvanor behöver förbättras. Barnet lär sig både bra och dåliga vanor genom att ta modell av föräldrarna.⁴⁻⁵

På grund av illamående i början av graviditeten kan surt innehåll från magen upprepade gånger komma upp i munnen, vilket utsätter tänderna för erosion, dvs. kemiska frätskador på tandytan. Också halsbränna utsätter för erosionsskador.⁶ Med tanke på tandhälsan varar graviditeten dock en så kort tid att allvarliga skador i allmänhet inte hinner uppkomma. Vid kräkningar och/eller sura uppstötningar är det inte bra att borsta tänderna genast, eftersom det kan tära på tandemaljen.⁶ För att motverka illamående och halsbränna rekommenderas ibland små mellanmål. Om måltiderna innehåller mycket socker kan de utsätta tänderna för karies.⁷ Under graviditeten är tänderna mer mottagliga än vanligt för kariesskador, eftersom saliven är surare än normalt och dess förmåga att motverka syreattacker är sämre än normalt.² Om matvanorna är hälsosamma och tänderna sköts och hålls rena, kan små kariesskador korrigeras av sig själva så att plombering inte behövs. Risken för karies minskar genom daglig användning av xylitolprodukter.⁷

Tandköttsinflammation är vanligt under graviditeten. Hormonförändringar under graviditeten ger inte upphov till sjukdom, men de förvärrar tandköttsinflammation som redan existerar. Också en liten irritation kan ge upphov till blödande tandkött. Inflammationen kan också vara förknippad med lokal tandkötthyperplasi. Om den är kraftig kan man tala om en utväxt på tandköttet under graviditeten (pyogent granulom). På tandkliniker behandlas tandköttsinflammation framför allt genom att eliminera lokala irriterande faktorer. Egenvården innebär att man iakttar en klanderfri munhygien. Vanligen försvinner vävnadsförändringarna inom några månader efter förlossningen. Graviditeten ökar inte risken för parodontit, dvs. risken för inflammation i tändernas bindväv, eftersom de inflammatoriska förändringar som beror på graviditeten i allmänhet begränsar sig till tandköttet.²

Parodontit hos en gravid kvinna kan vara förknippad med för tidig förlossning och en låg födelsevikt hos barnet.⁸ Det finns dock ingen hållbar vetenskaplig evidens för att behandling av parodontit under graviditeten minskar sannolikheten för för tidig förlossning eller låg födelsevikt.⁹

REKOMMENDATION

- ▶ Råd förstföderskor och deras partner att reservera tid vid en tandklinik för undersökning och vård av mun- och tandhälsan.
- ▶ Vid mödrarådgivningen ska uppmärksamhet också fästas vid munhälsan och munhygien hos omföderskor.
- ▶ Ge gravida kvinnor handledning i god tandvård som går ut på att borsta tänderna noggrant minst två gånger per dag med fluortandkräm och att regelbundet rengöra tandmellanrummen.
- ▶ Råd gravida kvinnor att äta vid planerade måltider och att undvika småätande mellan måltiderna.
- ▶ För att släcka törsten rekommenderas vatten. Sockerhaltiga och sura drycker rekommenderas inte som törstsläckare.
- ▶ Risken för karies minskar, om xylitolprodukter används dagligen åtminstone efter tre måltider (sammanlagt minst 5 g xylitol per dag).
- ▶ Vid problem i munhygien hänvisas även omföderskor till en munhygienist eller tandläkare.
- ▶ Vi rekommenderar att familjeträningen också ska innehålla en föreläsning som behandlar munhälsan under graviditeten och efter barnets födelse och som hålls av en yrkesperson inom mun- och tandvården och en föreläsning som gäller hälsosam kost och som hålls av en näringsterapeut.
- ▶ Redan i samband med de rådgivningsbesök som görs under graviditeten är det viktigt att framhäva hur stor betydelse det har för barnets munhälsa att föräldrarna föregår med gott exempel.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasaa/2011/20110338>
2. Laine MA. 2002. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 60(5), 257–264.
3. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. 2011. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc* 142(2), 173–183.
4. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. 2006. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand* 64(5), 286–292.
5. Mattila M-L, Rautava P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa? *Duodecim* 123, 819–823.
6. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. 2008. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 77(8), 1139–1144.
7. Karies (hallinta) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. [http://www.kaypahoito.fi/viitattu 18.5.2012](http://www.kaypahoito.fi/viitattu%2018.5.2012)].
8. Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Chambrone LA. 2011. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *J Clin Periodontol* 38(9), 795–808.
9. Chambrone L, Pannuti CM, Guglielmetti MR, Chambrone LA. 2011. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 38(10), 902–914.

4.4 MOTION

Motion under graviditeten upprätthåller eller förbättrar konditionen och kan förebygga en alltför stor viktökning under graviditeten.¹⁻² Största delen av alla gravida kvinnor upplever ryggbesvär som kan lindras genom fysioterapi, akupunktur eller vattengymnastik.³ Dessutom kan motion lindra förstoppning, trötthet och bensvullnad som hör till graviditeten.⁴ Regelbunden motion kan också minska ångest- och depressionssymtom under graviditeten och höja humöret.⁵⁻⁶

Motion under graviditeten kan minska risken för graviditetsförgiftning, men tills vidare finns ingen tillräcklig evidens.⁷ Under graviditeten förbättrar motionen sockeromsättningen på samma sätt som hos icke-gravida personer.⁸ Motion hjälper därför kvinnor som har graviditetsdiabetes att få sjukdomen under kontroll, även om det sannolikt inte går att förhindra uppkomsten av graviditetsdiabetes genom förändrade levnadsvanor som inlets under graviditeten.⁹⁻¹⁰ Motion under graviditeten kan minska risken för senare folksjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, osteoporos och cancer både hos den gravida kvinnan och hos barnet.¹¹

Motion med måttlig effekt är tryggt för friska gravida kvinnor, men i vissa fall finns det skäl att undvika motion (tabell 1).

Om inga kontraindikationer föreligger, rekommenderas motion med måttlig effekt sammanlagt minst 150 minuter i veckan fördelat på flera dagar. Om den gravida kvinnan inte har motionerat före graviditeten är det viktigt att börja gradvis (cirka 15 minuter per dag 3 dagar i veckan). Senare kan motionen utökas till minst 30 minuter per dag.

Motionen har en lämplig effekt när man kan tala under träningen och man blir lite andfådd. Det är viktigt att dricka tillräckligt när man motionerar. Lämpliga motionsformer är till exempel rask promenad, stavgång, skidning och simning, oavsett hur långt graviditeten framskridit. Det är bra att träna muskelstyrkan två gånger per vecka till exempel genom att gymnastisera eller gå på gym. Kvinnor som motionerat regelbundet före graviditeten kan beroende på hur de mår fortsätta med sina tidigare

TABELL 1. Absoluta och relativa kontraindikationer mot motion under graviditeten¹²⁻¹⁴

Absoluta kontraindikationer	Relativa kontraindikationer
Risk för för tidig förlossning (sammandragningar i livmodern som kräver behandling)	Hotande missfall under den första trimestern
Outredd blödning i slidan	Flerbördsgraviditet
Systemsjukdom hos mamman som förutsätter att motionen begränsas	Preeklampsi
Föreliggande moderkaka i slutet av graviditeten	Graviditetshepatos
För tidig fostervattenvavgång	
Konstaterad svaghet i livmoderhalsen	
Fördröjning i fostrets tillväxt	

motionsgrenar, vid behov lite lättare och med beaktande av följande anvisningar. Efter graviditetsvecka 16 trycker livmodern på de stora blodkärlen som återvänder till hjärtat när man ligger på rygg och därför bör eventuellt illamående förutses under motionen. Det är dessutom viktigt att undvika sådana motionsgrenar där det finns risk för att man faller, där man snabbt byter riktning eller kan få ta emot slag, till exempel boxning, fallskärmshoppning, ishockey, snabba bollspel, träning där man ligger på mage och dykning.

Rekommendationen är att motionsstunden avbryts, om den gravida kvinnan får blödningar från de inre könsorganen eller kraftiga och smärtsamma sammandragningar, det finns en misstanke om att fostervattnet gått, kvinnan har huvudvärk, svindel, andnöd eller blir kraftigt andfådd och får smärtor i bröstet. Också kraftig trötthet, en känsla av kraftlöshet och smärtor eller svullnad i vaderna (möjlig ventrombos) är symptom som gör att det är bäst att avbryta motionsstunden.

Motion med måttlig effekt påverkar inte amningen och inte heller bröstmjölkens kvalitet eller mängd och därför är det också tryggt att fortsätta motionera efter förlossningen. Regelbunden motion efter förlossningen är bra för mammans kondition och humör och för att återställa vikten.^{1, 11} Återhämtningen efter förlossningen är individuell och mamman kan stegvis börja motionera genast när hon känner att hon orkar, oavsett om förlossningen skett vaginalt eller genom kejsarsnitt. Det är bra att ta upp motionsfrågor, liksom också träning av bäckenbottenmusklerna, i samband med efterundersökningen.

REKOMMENDATION

- ▶ Motionen tas upp redan vid de första besöken på rådgivningen och diskussionen fortsätter under hela graviditeten och gärna också i samband med besöken på barnrådgivningen.
- ▶ Motionsrådgivningen inleds så att de nuvarande motionsvanorna och fördelarna med motion tas upp både med den gravida kvinnan och med hennes partner. Diskutera tillsammans bägge föräldrarnas mål, behov och möjligheter att utöka motionen och gör sedan tillsammans slutligen upp en konkret och genomförbar motionsplan.
- ▶ Genomförandet bedöms och vid behov omformas planen i samband med senare besök.
- ▶ Det går bra att använda stödmaterial som hjälp för arbetet (UKK-institutets uppföljningskort för kost och motion i dagboksform och Hjärtförbundets Smarta familjen-material).
- ▶ Gravida kvinnor som inte tidigare motionerat ska uppmuntras att gradvis röra på sig allt mer upp till 150 minuter i veckan.

- ▶ Gravida kvinnor som motionerar aktivt kan fortsätta med det, till exempel jogga och simma. Däremot undviks sådana motionsgrenar där det finns risk för att man faller, där man snabbt byter riktning eller kan få ta emot slag, till exempel boxning, fallskärmshoppning, ishockey, snabba bollspel, träning där man ligger på mage och dykning.
- ▶Handledningen i att träna musklerna i bäckenbotten inleds redan under graviditeten.

Källor

1. Streuling I, Beyerlein A, Rosenfeld E, Hofmann H, Schulz T, von Kries R. 2011. Physical activity and gestational weight gain: a meta-analysis of intervention trials. *BJOG* 118(3), 278–84. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02801.x. Epub 2010 Dec 7.
2. Muktabhant B, Lumbiganon P, Ngamjarus C, Dowswell T. 2012. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No: CD007145. DOI:10.1002/14651858.CD007145.pub2.
3. Pennick V, Young G. 2007. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (review). *Cochrane database of systematic reviews*, issue 2, Art No: CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.pub2
4. Duckitt K. 2011. Exercise during pregnancy. Eat for one, exercise for two. *Br Med J* 343:d5710.
5. Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG, Santiago-Muñoz P, Johnson NL, Trivedi MH, Freeman MP. 2011. Antenatal depression: a rationale for studying exercise. *Depress Anxiety* 28(3), 234–42. doi: 10.1002/da.20777. Epub 2010 Dec 13.
6. Daley AJ, MacArthur C, Winter H. 2007. The role of exercise as a treatment of postnatal depression: a review. *J Midwifery Women's Health* 52, 56–62.
7. Meher S, Duley L. 2006. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic reviews*, issue 2. Art No: CD005942. DOI: 10.1002/14651858.CD005942.
8. Gradmark A, Pomeroy J, Renström F, Steingra S, Persson M, Wright A, Bluck L, Domellöf M, Kahn SE, Mogren I, Franks PW. 2011. Physical activity, sedentary behaviors and estimated insulin sensitivity and secretion in pregnant and non-pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 11:44.
9. Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo A, Kolu K, Raitanen J, Ojala K, Mansikkamäki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T, Tulokas S. 2011. Primary Prevention of Gestational Diabetes Mellitus and Large-for-Gestational-Age Newborns by Lifestyle Counseling – A Cluster-Randomized Controlled Trial. *PLoS Medicine*, 8:e1001036
10. Mottola MF. 2008. The role of exercise in the prevention and treatment of gestational diabetes mellitus. *Current diabetes reports* 8, 299–304.
11. Hopkins SA, Cutfield WS. 2011. Exercise in pregnancy: weighing up the long-term impact on the next generation. *Exercise and Sport Science Reviews* 2011, 39, 120–7.
12. ACOG. 2002. Committee Opinion no 267: exercise during the pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 99, 171–3.
13. Artal R, O'Toole M. 2003. Guidelines of the American College of Obstetricians and 828 Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med* 37(1), 6–12.
14. Käypä Hoito suositus, Liikunta. 27.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s1>

Annat material:

- Smarta familjen – Metod för motions- och kosthandledning vid rådgivningen och inom skolhälsovården. <http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/syd-anliitto/smartafamiljen>
- UKK-institutets material om motion: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_raskauden_ainakana
http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_synnytyksen_jalkeen

4.5 SEXUELLT VÄLBEFINNANDE

Att vara gravid och att få barn påverkar på många sätt individens sexuella välbefinnande och parrelationen.¹⁻² Fysiologiska och psykologiska förändringar under graviditeten kan minska sexlusten.² Å andra sidan kan också sexlusten och känslan av välust bli starkare, då de symtom som förekommit i början av graviditeten minskar i mitten av graviditeten och blodvolymen i bäckenområdet ökar, vilket innebär att det genitala området blir känsligare och dess slemhinnor fuktigare.³

Om partners sexlust är olika kan det skapa spänningar i relationen.^{2, 4-5} En gravid kvinna kan oroa sig för att hon inte kan uppfylla partners sexuella önskemål eller känna att hennes egna sexuella önskemål inte uppfylls.^{2, 4} Partnern kan bli förvånad över de förändringar som sker i kvinnans sexualitet. Partnern kan njuta av den gravida kvinnans ökade sexlust eller uppleva att den är hotfull, rentav till den grad att den orsakar sexuella problem för partnern.⁶ En gravid kvinna kan ha smärtor vid samlag, och en del smärtor kan bero på problem med att slemhinnorna inte hålls fuktiga och problem med att bli upphetsad och nå tillräcklig sexuell tillfredsställelse.² Det har kanske förekommit problem hos bägge partnerna redan före graviditeten. Bakom sexuella problem kan finnas sexuellt utnyttjande eller våld som upplevts i barndomen eller ungdomen,⁷ aborter eller missfall⁸⁻⁹ och barnlöshetsbehandlingar.¹⁰ Sexuella störningar som beror på allvarliga somatiska och psykologiska orsaker ska alltid uteslutas och vid behov ska klienten remitteras till en specialist på sexualitet.¹¹

Rädsla för att samlaget kan vara skadligt för graviditeten eller för barnets hälsa kan vara en orsak till att sexlivet avtar.¹²⁻¹³ Samlag medför dock sällan risker för graviditeten.¹⁴ Om det är fråga om en fördröjning i fostrets tillväxt eller föreliggande moderkaka, finns det skäl att tala med läkaren om att avstå från samlag. Samlag ska undvikas åtminstone tillfälligt, om det förekommer blödningar i slidan. På grund av en ökad risk för livmoderinfektion ska samlag undvikas, om fostervattnet gått i förtid. Samlag ska också undvikas om för tidig förlossning hotar eller om kvinnan tidigare haft en för tidig förlossning eller om en tråd satts in för att stödja livmodermunnen.¹⁴⁻¹⁶ I slutet av graviditeten är det bra att välja samlagsställning så att trycket på livmodern inte blir för starkt.¹⁴ Det är bra att komma ihåg att sexualiteten också består av annat än samlag. Sexuell tillfredsställelse kan nås på många olika sätt. Ett av många sexuella uttrycksätt och en metod för att främja den sexuella hälsan är att smeka sig själv, i de fall då det inte är möjligt att ha ett sexliv med partnern.

Fysiologiska förändringar som anknyter till graviditeten och förlossningen utsätter bäckenbotten för funktionsstörningar, till exempel prolaps, urin- och avföringsinkontinens och därigenom också svårigheter i sexlivet. Träning av bäckenbottenmusklerna kan ha positiva effekter på sexlivet.¹⁷⁻¹⁸ Massage av mellangården under de fyra sista graviditetsveckorna minskar sprickningarna och kan lindra smärtan efter förlossningen och därigenom ha en positiv inverkan på den sexuella hälsan.¹⁹⁻²⁰

Graviditeten och barnets födsel kan också föra paret närmare varandra. Ansvaret för det barn som föds hjälper vissa par att bli mer självständiga och ansvarsfulla, vil-

ket innebär att parrelationen fungerar bättre när individen mognar.^{5,21} Den ömsesidiga kommunikationen och interaktionen mellan paret, en känsla av samhörighet, tid tillsammans och fördelning av hushållsarbetet är nyckelfaktorer i en lycklig parrelation och speciellt viktigt när paret tillsammans löser problem och konflikter som anknyter till parrelationen och sexualiteten.^{22–25}

Alltför höga förväntningar på parrelationen och sexlivet och brist på information kan öka problemen.^{6,26} En känsla av välbehag i parrelationen främjar förmågan att uttrycka sig och kommunicera på ett konstruktivt sätt också när det gäller negativa känslor. Emotionell kontakt anses stimulera till sexuella reaktioner mer än fysisk beröring. Det är känt att konflikter som anknyter till olösta känslor bidrar till att försvaga sexuella reaktioner och därigenom den upplevda sexuella tillfredsställelsen.^{5,24,27} Viktigt i paret interaktion är att bägge uttrycker sig på ett öppet och tydligt sätt och aktivt och godkännande lyssnar på varandra. Föräldrarnas välbefinnande, attityder, verksamhet och modeller i frågor som gäller mänskliga relationer och sexualitet ger barnet en bild av om parrelationen och dess sexualitet är någonting eftersträvanvärt, älskvärt och sådant som barnet också själv vill vara med om i vuxen ålder.

REKOMMENDATION

- ▶ Den gravida kvinnan och hennes partner ska få information om sexuallivet under graviditeten. Sexuallivet ska också tas upp med par som är av samma kön.
 - ▶ De frågor som ska beaktas såväl vid varje rådgivningsbesök som vid familjeträningen är hur sexuallivet fungerar och hur eventuella barnlöshetsbehandlingar, missfall, aborter, sexuellt utnyttjande eller sexuellt våld inverkar på sexualiteten.
 - ▶ Frågor som gäller den gravida kvinnans kroppsbild och sexuella behov ska diskuteras.
 - ▶ Diskutera eventuella sexuella funktionsstörningar tillsammans med den gravida kvinnan och hennes partner och hänvisa vid behov paret till en yrkesperson i sexualfrågor och parrelationer.
-
-

Källor

1. Reuna V. 1998. Perhebarometri. Vastuu perheen arjessa. Väestöntutkimuslaitos E 4/1998. Väestöliitto. Helsinki.
2. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petrug E. 2006. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 46, 282–287.
3. Avery MD, Frantzych CR. 2000. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 45, 227–237.
4. Huang YC, Mathers NJA. 2006. Comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review* 53, 197–204.
5. Schnarch D. 2009. *Intimacy & Desider. Awaken The Passion in Your Relationship*. Beaufort Books. New York.
6. Pacey S. 2004. Couples and the first baby: responding to new parents sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol 19, No. 3.
7. Saewyc EM, Bearinger LH, Blum RW, Resnic MP. 1999. Sexual intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Woman: Does Sexual Orientation Make a Difference? *Family Planning Perspectives* 31(3), 1271–31.
8. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg Ö. 2005. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 8, 1–14.
9. Tuomaala S. 2002. Ruumiita mahdollisuuksien rajoilla, kokemuksia, kertomuksia ja keskustelua abortista. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
10. Punamäki R-L, Repokari L, Vilksa S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J, Tulppala M. 2006. Maternal mental health and predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: Does former infertility matter? *Infant Behavior & Development* 29, 230–242.
11. Vuola T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? *Duodecim* 119, 261–266.
12. Hobbs K, Bramwell R, May K. 1999. Sexuality, Sexual behaviour and Pregnancy. *Sexual and Marital Therapy* 14, 37–383.
13. Reinholm M. 2000. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko. Väestöliitto. Helsinki.
14. Kurki T. 1994. Vaikuttaako yhdyntä raskauden kulkuun. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110(18), 1681.
15. Ryttyläinen K, Valkama S. 2010. *Seksuaalisuus hoitotyössä*. Edita. Helsinki.
16. Raudaskoski, T. 2012. *Henkilökohtainen tiedonanto*. Sähköpostikeskustelu 11.11.2012.
17. Dean N, Wilson D, Herbison P, Glazener C, Aung T, Macarthur C. 2008. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor exercises and incontinence: a cross-sectional study six years post-partum. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 48, 302–11.
18. Aukee P, Tihtonen K. 2010. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(20), 2381–6.
19. Beckmann MM, Carret AJ. 2006. Antental perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub2.
20. Ryttyläinen-Korhonen K. 2012. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välillään repeämisen ehkäisemiseksi. *Kättilöliitto*.
21. Kyyrönen K. 1983. Perhe kasvaa ja kehittyy kriisiensä kautta. WSOY. Helsinki.
22. Haavio-Mannila E, Kontula O. 2001. Seksin trendit meillä ja naapureissa. WSOY. Helsinki.
23. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E & Nissen E. 2005. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Garing Sci* 19, 381–387.
24. Kontula O. 2009. Parisuhdeonnan avaimet ja esteet. *Perhebarometri 2009*. Väestöntutkimuslaitos – Katsauksia E 38/2009. Helsinki.
25. Rönkä A, Malinen K, Lämsä T. 2009. *Perhe-elämän Paletti*. Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa. PS-kustannus. Jyväskylä.
26. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. 2004. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 56–64.
27. Schnarch D. 1997. *Passionate Marriage. Keeping Love & Intimacy Alive in Committed Relationships*. Henry Holt and company. New York.

4.6 SÄRSKILDA SITUATIONER SOM ANKNYTER TILL ARBETET

Största delen av alla gravida kvinnor kan fortsätta arbeta ända fram till att moderskapsledigheten börjar. Finländska studier har visat att gravida kvinnor i genomsnitt har 12 sjukfrånvarodagar.¹ Det är bra om den gravida kvinnan tillsammans med sin arbetsgivare kan utreda hurdana förändringar som behövs i arbetsmiljön redan när en graviditet planeras eller senast under den första trimestern. De risker som anknyter till graviditeten bedöms inom företagshälsovården i samarbete med rådgivningen.

Arbete som är skadligt under graviditeten

Vissa arbetssituationer kan ha en skadlig inverkan på fostrets utveckling, graviditetsförloppet och kvinnors eller mäns reproduktiva hälsa. Exempel på detta är strålning, anestesigaser, bly och derivat, kvicksilver och derivat, bekämpningsmedel, ämnen som orsakar risk för cancersjukdomar och tobaksrök i miljön.²⁻³ Om en gravid kvinna upplever att hennes arbetsuppgifter eller arbetsförhållanden äventyrar hennes egen eller fostrets hälsa och riskfaktorerna i arbetet inte kan elimineras, ska arbetsgivaren försöka flytta den gravida kvinnan till andra lämpliga uppgifter. Om det inte går att ordna annat arbete för kvinnan, kan särskild moderskapspenning och särskild moderskapsledighet övervägas.⁴

Särskild moderskapsledighet

Med stöd av sjukförsäkringslagen och statsrådets förordning⁴ har en gravid kvinna rätt till särskild moderskapspenning, om ett kemiskt ämne, strålning, en smittsam sjukdom eller någon annan motsvarande omständighet som hänför sig till hennes arbetsuppgifter eller arbetsförhållanden äventyrar hennes eller fostrets hälsa.⁴⁻⁵ Den särskilda moderskapsledigheten kan börja genast när graviditeten har bekräftats, och ledigheten kan fortsätta högst fram till det att moderskapsledigheten börjar. För utbetalning av särskild moderskapspenning förutsätts att kvinnan är arbetsför, att annat arbete inte kan ordnas för henne och att hon därför måste vara borta från arbetet. Kvinnan får inte heller vara i något annat förvärvsarbete eller i eget arbete, med undantag för arbete som utförs i det egna hushållet. I visstidsanställningar kan särskild moderskapsledighet beviljas endast för den tid som anställningen gäller. Också en företagare eller en kvinna som utför annat eget arbete har rätt att få särskild moderskapspenning.

Skeden i ansökan om särskild moderskapspenning:

- Riskfaktorerna utreds inom företagshälsovården.
- Till ansökan om särskild moderskapspenning fogas ett intyg över graviditeten utfärdat av en läkare, hälsovårdare, barnmorska eller sjukskötare.
- Den läkare som sköter företagshälsovården på arbetsplatsen eller någon annan läkare som känner den försäkrades arbetsförhållanden ger ett utlåtande om den risk som orsakas för mammans eller fostrets hälsa (SV 97r).

- Dessutom bifogas ett besked av arbetsgivaren (SV 96r) om att arbetstagaren är frånvarande från arbetet och att arbetstagaren inte har kunnat flyttas till andra uppgifter.
- En motsvarande utredning förutsätts i tillämpliga delar av dem som utför eget arbete.
- Ansökan om särskild moderskapspenning fylls i (SV 9r).

Nattarbete och andra särskilda situationer

En kvinna kan inte förpliktas till nattarbete under graviditeten, om läkaren bedömer att det är skadligt för hälsan. Om det inte är möjligt att övergå till en arbetsrytm utan nattskift, kan läkaren genom ett intyg konstatera att det är nödvändigt att avstå från nattarbete på grund av den anställdas säkerhet eller hälsa och rekommendera sjukledighet. Särskild moderskapsledighet fås inte på basis av nattarbete, och om arbetet inte kan omorganiseras kan läkaren därför bedöma behovet av sjukledighet.^{2,6}

Enligt EU:s direktiv är dessutom följande arbetsuppgifter förbjudna för gravida kvinnor: arbete i övertryck (tryckreglerade lokaler och dykning), arbetsuppgifter som exponerar för *Toxoplasma gondii* eller rubellavirus (exkl. kvinnor med immunitet), arbete som exponerar för bly och dess derivat och underjordiskt gruvarbete.⁶⁻⁷ EU-direktivet innehåller också allmän information om hur andra fysikaliska agenser – bland annat stötar, vibrationer, rörelser, manuell hantering av laster, buller, extrem hetta eller kyla – eventuellt kan påverka graviditetsförloppet. Arbetshälsoinstitutets rådgivningstjänst för graviditet och arbete (Raskaus ja työ -neuvontapalvelu) ger information om arbetsförhållanden lämplighet under graviditeten (www.ttl.fi).

REKOMMENDATION

- ▶ Sådana risker i arbetsuppgifterna eller arbetsmiljön som anknyter till den reproduktiva hälsan bedöms i samarbete mellan rådgivningen och företagshälsovården vid behov redan före graviditeten eller senast under de första graviditetsveckorna.
-
-

Källor

1. Peltomäki-Vastamaa A, Luoto R, Rinne M, Nygård CH. 2012. Äitiys ja työkyky – Raskausajan sairauspoissaolot ja koettu työkyky vuoden kulltua synnytyksestä. Teoksessa Luoto, Kauppinen, Luotonen (toim.) Perhevapaalta takaisin työelämään. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 42, Työterveyslaitos, Helsinki.
2. Taskinen H. 2010. Lisääntymisterveys ja erityisäitiysvapaa. Lääkäriin käsikirja, ykt01126 (043.019).
3. Taskinen H, Linbohm M-L, Frilander H. 2006. Ohjeet vaaran arvioimisesta erityisäitiysvapaan tarvetta harkitessa. Työterveyslaitoksen julkaisu- ja Helsinki.
4. Social- och hälsovårdsministeriet 2004. Sjukförsäkringslag 1224/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041224>
5. Social- och hälsovårdsministeriet 2004. Statsrådets förordning om verkställighet av sjukförsäk-

- ringslagen 1335/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2004/20041335>
6. Euroopan parlamentti 1992. Direktiivi 92/85/ETY: toimenpiteistä raskaana olevien ja äskettäin synnyttäneiden tai imettävien työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen kannustamiseksi työssä. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0085:FI:HTML>.
 7. Alanen A. 2010. Toksoplasma-, parvovirus- ja sytomegalovirusinfektiot raskauden aikana. *Duodecim* 126(2), 159–66.

4.7 LÄKEMEDEL, VACCINATIONER OCH HÄLSOKOSTPREPARAT

Läkemedel och vaccinationer

Graviditet

Onödig användning av läkemedel ska undvikas under graviditeten, men i många situationer har den gravida kvinnan en sjukdom som måste behandlas med läkemedel. Den gravida kvinnans välbefinnande är viktigt med tanke på utvecklingen hos fostret och det barn som ska födas, och därför får en viktig läkemedelsbehandling av en underliggande sjukdom (t.ex. astma, diabetes, epilepsi) inte avbrytas på grund av graviditeten. Också infektioner måste behandlas på ändamålsenligt sätt. De flesta antibiotika kan användas också under graviditeten. Långvarig medicinering planeras redan före graviditeten så att man kan välja det alternativ som är säkrast också för fostret. Det är bäst att före användningen kontrollera med läkaren att också läkemedel avsedda för kortvarigt bruk är säkra för fostret. Till exempel för behandling av allergiska symtom, migränfall och febernedsättning finns det läkemedel som tryggt kan användas också under graviditeten^{1–5} (tabell 1). Läkemedelsverkets handbok från år 2008 behandlar läkemedlens säkerhet under graviditet och amning.¹

Fostrets kropp bildas mellan början av graviditetsvecka 5 och slutet av graviditetsvecka 11 räknat från den sista menstruationen, och denna tidsperiod är därför känslig också med tanke på uppkomsten av missbildningar. Endast få läkemedel ökar klart risken för missbildning (risken ökar t.ex. av isotretinoin som används mot akne, metotrexat som används mot reumatism och av en del epilepsiläkemedel). Efter denna period växer och mognar barnet ända fram till födseln och inga egentliga strukturella missbildningar bildas då längre. Kroppen mognar och utvecklas dock under hela graviditeten, och till exempel fostrets centrala nervsystem är mottagligt för skadeverkningsar under hela graviditeten.

Rutinmässig vaccination rekommenderas inte under graviditeten, men vaccin som innehåller inaktiverade (döda) sjukdomsalstrare kan ges under graviditeten och i vilket skede som helst då det finns skäl att vaccinera. Vaccin som innehåller inaktiverade sjukdomsalstrare orsakar ingen fara för fostret, men vid vaccination finns det alltid risk för en överkänslighetsreaktion. Det finns till exempel stark evidens för fördelarna med influensavaccination av gravida kvinnor, och därför rekommenderas influensavaccinet för alla gravida kvinnor.⁶ Också vaccination mot hepatit är tryggt i riskgrupper el-

ler vid resor till ett högriskområde, likaså tetanusvaccination i samband med ett smutsig sår. Vaccin som innehåller levande sjukdomsalstrare (t.ex. MPR, vattkoppor) ska inte ges under graviditeten. Vaccin mot gula febern innehåller levande försvagade sjukdomsalstrare, men kan ändå övervägas om kvinnan måste resa till ett område där gula febern förekommer.

Folsyra

För att fostret ska utvecklas normalt är det viktigt med en tillräcklig tillförsel av folat (som finns i födan) och folsyra (som finns i vitaminpreparat) i gruppen B-vitaminer. Flera undersökningar har visat att en tillräcklig tillförsel av folsyra minskar risken för medfödda missbildningar, framför allt neuralrörsdefekt.⁷⁻¹⁰ Tillförseln av folat från födan är låg hos finländska kvinnor i fertil ålder.¹¹ Rekommendationen är att alla kvinnor som planerar en graviditet, utöver en mångsidig kost, också påbörjar ett dagligt vitamintillskott med 0,4 milligram folsyra redan 1–3 månader före graviditeten. Det är motiverat att påbörja tillskottet tidigt så att en tillräcklig tillförsel av folsyra kan säkras redan under de tidiga graviditetsveckorna när fostrets kropp tar form. Om neuralrörsdefekt konstaterats i en tidigare graviditet, hos mamman själv eller hos den närmaste släkten, höjs den rekommenderade dosen till 4,0 milligram per dag. Också i andra riskgrupper (t.ex. diabetes, epilepsiläkemedel) är dosen vanligen större än normalt (1–4 mg/dag).^{5,12} Tillskott av folsyra rekommenderas fram till graviditetsvecka 12.

Amning

Största delen av läkemedlen sprids till mjölken. Hos det ammande barnet är läkemedelshalterna vanligen ändå låga och exponeringen medför sällan problem. De problem som läkemedel under amningen kan medföra inträffar sannolikare hos spädbarn yngre än en månad, vars läkemedelsmetabolism ännu inte utvecklats och vars njurutsöndring är bristfällig. På samma sätt som under graviditeten är det bra att också under amningen kontrollera läkemedlets säkerhet med en läkare. Mammans läkemedelsbehandling ger dock sällan anledning till att avsluta amningen.¹³ Det är ofta möjligt att byta ut ett läkemedel som är problematiskt med tanke på amningen till ett säkrare läkemedel. Vaccin som ges till mamman medför ingen risk för det ammande barnet.

Hälsokostpreparat

Innehållet i hälsokostpreparat (kosttillskott, växtbaserade preparat) kan variera och de kan innehålla biologiskt aktiva ämnen vars säkerhet under graviditeten inte har undersökts. Eftersom kvaliteten på hälsokostpreparat inte övervakas systematiskt kan de också innehålla klart skadliga ämnen, såsom miljögifter. Hälsokostpreparat ska undvikas under graviditeten och amningen.

TABELL 1. Vanliga symtom och sjukdomar och lämpliga läkemedel för behandlingen av dem under graviditet och amning

Symtom eller sjukdom som behandlas	Lämpligt läkemedel	Att observera
Akne	Lokal behandling: bensoylperoxid, klindamycin	Låg systemabsorption
Allergi	Preparat för lokal behandling (ögon- och näsdroppar) Antihistaminerna loratadin och cetirizin	Antihistaminpreparat som innehåller pseudoefedrin rekommenderas inte
Atopi	Lokala kortikosteroidsalvor	Doseras endast på det hudområde som behandlas
Svampinfektion	Lokala läkemedel (klotrimazol, mikonazol, tiokonazol), flukonazol	Låg systemabsorption Engångsdosen (150 mg oralt) är trygg
Springmask	Pyruvin	Absorberas inte i tarmarna
Smärta och feber	Paracetamol Ibuprofen Smärtlindrande gel som appliceras på huden (diklofenak, piroxikam, salicylsyra)	Trygg i alla skeden av graviditeten Febernedsättning med hjälp av läkemedel rekommenderas, om febern överstiger 38 grader Regelbunden och upprepad användning av antiinflammatoriska läkemedel ska undvikas när en graviditet planeras och från och med graviditetsvecka 28 (kan påverka ägglossningen; förändringar i blodcirkulationen under fostertiden, effekter på fostrets njurfunktion) Låg absorption vid lokal användning
Snuva, hosta	Xylometazolin, oximetazolin, nässpray Hostmedicinens effekt osäker	Viktigt att följa doseringsanvisningarna (läkemedlets egenskaper som gör att blodkärlen drar ihop sig) Många hostmediciner innehåller ämnen vars säkerhet under graviditet och amning inte har undersökts Upprepad användning av preparat som innehåller kodein rekommenderas inte under amning Preparat som innehåller etanol ska undvikas
Halsbränna	I första hand antacida eller sukralfat som inte absorberas H2-blockerare: ranitidin (graviditet), famotidin (amning) Protonpumpshämmare: omeprazol, pantoprazol, lansoprazol	
Diarré	Orala rehydreringslösningar Mikrobpreparat (mjölksyrabakterier, Saccharomyces Boulardi)	
Förstoppning, hemorrojder	Volymökande läkemedel Laktulos, makrogol (Bisakodyl) Prednisolon-cinkokain	Absorberas inte i tarmarna I första hand endast för tillfälligt bruk

Varifrån får jag information?

I anslutning till HUSLAB:s giftinformationscentral finns den riksomfattande tjänsten Teratologisk information som ger råd kring risker med läkemedel och andra yttre exponerande faktorer under graviditeten och amningen. Informationen betjänar vardagar kl. 9–12 på numret 09 4717 6500.

REKOMMENDATION

- ▶ Läkemedel används under graviditeten endast om det är klart befo- gat.
 - ▶ En förutsättning för att fostret ska må bra är att den gravida kvinnan mår bra, och en sjukdom som kräver behandling måste behandlas på ett bra sätt också under graviditeten.
 - ▶ Redan i det skedet när kvinnan börjar planera en graviditet lönar det sig att planera läkemedelsbehandlingen så att den är så lämplig som möjligt också under en graviditet.
 - ▶ Ett dagligt tillskott av folsyra rekommenderas för alla kvinnor som planerar en graviditet.
-
-

Källor

1. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Lääkelaitos, Edita Prima, Helsinki. <http://www.fimea.fi>.
2. Malm H. 2011. Kipulääkkeet ja raskaus. Suomen Lääkärilehti 43, 3221–3224.
3. Malm H. Lääkkeiden käyttö raskauden aikana. Lääkäriin käsikirja. <http://www.terveysportti.fi>.
4. Rasmussen SA. 2012. Human teratogens update 2011: can we ensure safety during pregnancy? Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 94, 123–128.
5. Seshadri S, Oakeshott P, Nelson-Piercy C, Chappell LC. 2012. Prepregnancy care. BMJ 344, e3467.
6. Rokottajan käsikirja, THL 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/.
7. MRC Vitamin Study Research Group: Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. 1991. Lancet 338,131–137.
8. Czeizel AE, Dudas I. 1992. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med 327, 1832–1835.
9. Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Moore CA, Wang H, Mulinare J, Zhao P ym. 1999. Prevention of neural tube defects with folic acid in China. N Engl J Med. 341, 1485–1490
10. Shaw GM, Schaffer D, Velie EM, Morland K, Harris JA. 1995. Periconceptional vitamin use, dietary folate, and the occurrence of neural tube defects. Epidemiology, 6, 219–226.
11. Finravinto-tutkimus 2007. <http://www.ktl.fi>.
12. Stefanovic V, Nieminen A. 2010. Kaikki raskautta suunnittelevat tarvitsevat foolihappolisää. Duodecim 4, 126:337.
13. Malm H. 2008. Lääkkeet ja imetys. Duodecim 124, 632–639.

4.8 ALKOHOL OCH DROGER

Alkohol

Graviditet

Riklig alkoholkonsumtion kan ha en skadlig inverkan på fertiliteten och öka risken för missfall. Alkoholen överförs fritt genom moderkakan och fostret har samma alkoholkoncentration som mamman. Fostret kan skadas av alkohol på många sätt, beroende på tidpunkten och mängden alkohol. Gränsen för riklig konsumtion, och samtidigt en klar riskgräns, är 5 portioner alkohol per gång eller 10 portioner per vecka, men också mindre mängder kan skada fostret. Det finns ingen trygg gräns för alkohol. Det bästa alternativet är att helt avstå från alkohol under graviditeten. Eftersom fostrets organ börjar utvecklas redan i ett tidigt skede, då mamman i allmänhet inte ens vet att hon är gravid, lönar det sig att undvika riklig konsumtion av alkohol redan när en graviditet planeras.

Riklig konsumtion av alkohol under den första trimestern ökar risken för anatomiska avvikelser hos fostret, framför allt missbildningar i hjärtat, det centrala nervsystemet, skelettet och urinvägarna.¹ I alla skeden av graviditeten kan exponeringen ha en skadlig inverkan på det centrala nervsystemets utveckling. Svårighetsgraden varierar mellan allt från lindriga inlärnings- och beteendestörningar till allvarliga utvecklingsstörningar. Alkoholen har också en skadlig inverkan på fostrets tillväxt, och skador i det centrala nervsystemet och bestående tillväxtrubbningar är desto svårare ju längre mamman druckit under graviditeten.² Fosterskador som orsakats av alkohol och som konstaterats före skolåldern förekommer i västländerna hos 2–5 födda barn av hundra.³ I Finland föds därmed årligen ett par tusen barn som före skolåldern får symtom för att de exponerats för alkohol under fostertiden.

Fetalt alkoholsyndrom (fetal alcohol syndrome, FAS) är en fosterskada som är förknippad med litet huvud, försenad tillväxt, fördröjning i utvecklingen och typiska ansiktsdrag. Långvarig och riklig alkoholkonsumtion under graviditeten medför en risk på omkring 5–10 procent för att fostret får fetalt alkoholsyndrom i hela dess omfattning.⁴ Individuella skillnader som anknyter till arvsmassan, till exempel alkoholmetabolismen och fostrets känslighet, inverkar på vilka foster som skadas.

Amning

Upprepad eller riklig användning av alkohol under amningen kan direkt (interaktionen mellan mamman och barnet) och via mjölken ha en skadlig inverkan på barnets utveckling. Alkoholkoncentrationen i blodomloppet motsvarar den koncentration som finns i mjölken. I samband med en matning får barnet i sig ungefär 5 procent av en alkoholportion relaterad till mammans vikt. Alkohol ska också undvikas under amningen. Om mamman har druckit alkohol ska amning undvikas så länge som det finns alkohol i blodomloppet.⁵ Även om exponeringen förblir liten vid en engångsföreteelse och tillfällig konsumtion, kan ofta upprepade och rikliga alkoholkonsumtioner utsätta barnet också för skadliga mängder alkohol.

Källor

1. Autti-Rämö I. 2011. Alkoholins aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. *Duodecim* 127, 1634–1636.
2. Halmesmäki E, Autti-Rämö I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54–60.
3. May PA, Fiorentino D, Coriale G, Kalberg WO, Hoyme HE, Aragón AS ym. 2011. Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. *Int J Environ Res Public Health* 8, 2331–2351.
4. Ornoy A, Ergaz Z. 2010. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *Int J Environ Res Public Health* 7, 364–379.
5. Malm H. 2008. Lääkkeet ja imetys. *Duodecim* 124, 632–639.

Tobak

Graviditet

Tobak försämrar fertiliteten både hos kvinnor och män och även resultatet av fertilitetsbehandlingar åtminstone hos män. Avvänjning ska utgöra en del av fertilitetsbehandlingen hos rökare. Nikotin är ett ämne som kraftigt drar ihop blodkärlen, och dess effekt riktar sig också till moderkakans blodkärl. När moderkakans blodcirkulation rubbas försvåras fostrets syretillförsel. Utöver nikotin utsätts fostret genom tobaksrök också för kolmonoxid (kolos), vilket gör att syretillförseln till fostrets vävnader ytterligare försämras. Tobaksröken innehåller också otaliga andra skadliga ämnen som tränger igenom moderkakan och varav en del är karcinogener som orsakar cancer.

Rökning under graviditeten ökar klart risken för missfall, som är ungefär tvåfaldig i förhållande till den allmänna ”bakgrundsrisken” för missfall (cirka 15 %). Rökning under den första trimestern kan också öka risken för missbildning (läpp- och gomspalt, hjärtfel). Rökning medför också en 2–3 gånger större risk för tillväxtrubbningar hos fostret jämfört med ett barn till en mamma som inte röker. Det har konstaterats att fostrets tillväxt normaliseras om mamman slutar röka under den första hälften av graviditeten.^{1–2}

Att mamman röker ökar avsevärt sjukligheten och dödligheten under den perinatale perioden. Risken för för tidig förlösning fördubblas och risken för föreliggande moderkaka och för tidig lossning av moderkakan ökar ungefär 2,5-faldigt jämfört med en mamma som inte röker. Flera undersökningar har visat att rökning minskar risken för preeklampsi, men i slutet av graviditeten försvinner den skyddande effekten. Rökande patienter med preeklampsi löper en mångdubbel risk för att moderkakan lossnar för tidigt.²

Barn till kvinnor som rökt under graviditeten är också mer mottagliga för hälsoproblem som framkommer senare. Risken för plötslig spädbarnsdöd är femfaldig jämfört med hos barn till mammor som inte röker.¹ Luftvägsinfektioner och astma är vanligare, även om åtminstone en del av dessa problem förklaras av att barnen utsätts för tobaksrök också efter förlösningen. Även övervikt och högre blodtryck i barndomen än hos andra barn har kopplats till exponering för tobaksrök under fostertiden. Risken för störningar i den psykiska utvecklingen, koncentrationssvårigheter och inlärings-svårigheter är förhöjd.^{3–4}

Snus. Den som använder snus utsätts inte för tobakens skadliga förbränningsprodukter (kolmonoxid, polycykliska aromatiska kolväten osv.), men den höga nikotinnivån i plasma som snuset medför är långvarigare än vid rökning. Det har konstaterats att användning av snus ökar risken för en fördröjd tillväxt hos fostret och för tidig förlösning, och när det gäller skadeverkningarna kan snuset jämföras med rökning.⁵

Rökavvänjning. Rökningen ska tas upp till diskussion med varje klient. För många är tillökningen i familjen den största källan till motivation för att sluta röka, men osäkerheten kring om rökstoppet lyckas eller inte väcker många frågor, bekymmer och rentav skuld känslor. Att ge empatisk handledning och visa att man bryr sig om och till exempel att göra en motiverande intervju är därför mycket viktiga metoder som mödråtgivningen tillämpar vid rökavvänjning. Möjligheten att lyckas förbättras genom praktisk handledning där kvinnan lär sig att förutse situationer som lockar till rökning och hur hon ska agera efter återfall, liksom också genom stöd och uppmuntran av handledaren.⁶⁻⁷ Det finns olika preparat för rökavvänjning, och mest erfarenhet av dem under graviditeten finns när det gäller nikotinpreparat. Nikotinersättning övervägs om mamman röker mer än 10 cigaretter per dag och om handledningen och rådgivningen inte gett resultat. Vid behandling med nikotinersättning är nikotintopparna vanligen lägre än vid rökning, och exponering för de karcinogena föreningar som finns i tobaksröken undviks. I första hand används preparat med kortvarig effekt, såsom nikotintuggummi, nikotinsugtabletter eller nikotinpreparat som inhaleras. Plåster rekommenderas inte.⁶ Om plåster ändå anses nödvändigt på grund av ett frekvent doseringsbehov, ska det i mån av möjlighet avlägsnas till natten.

Nikotinmetabolismen ökar under graviditeten, och det finns ingen övertygande evidens för ersättningsbehandlingens effekt under graviditeten.⁷ Om nikotinersättning används under graviditeten ska det alltid ske under noggrann observation av en läkare eller hälsovårdare. Samtidig rökning ska absolut undvikas, eftersom nikotinhalten annars kan bli mycket hög. Det finns endast lite erfarenhet av andra nikotinersättningsbehandlingar (bupropion, vareniklin) under graviditeten och dessa rekommenderas inte.

E-cigaretter. E-cigaretternas vätskefilter innehåller oftast propylenglykol eller glycerin, och vätskan fås i olika smaker. Sådana varianter som innehåller nikotin får inte säljas i Finland. Eftersom sammansättningen i filtervätskan dock kan variera och dessa produkter inte övervakas på samma sätt som läkemedel, är det svårt att bedöma den risk de medför för fostret. E-cigaretter ska undvikas under graviditeten.

Om fostret utsätts för tobaksrök i inomhusluften ökar risken för låg födelsevikt och tillväxtrubbningar, och utöver det också risken för för tidig förlösning.⁹ Därför ska också pappan uppmuntras att sluta röka.

Amning

När mamman röker utsätts barnet förutom för nikotin också för andra skadliga ämnen både via modersmjölken och indirekt. Tobaksrök i inomhusluften ökar klart barnets risk för att insjukna i infektioner. Mjölken innehåller nikotin: halten är 2–3-faldig jämfört med den nikotinmängd som finns i mammans blodomlopp efter rökningen

och som högst är den ungefär en timme efter rökningen. Exponeringen för nikotin har uppskattats minska inom två timmar, men när det gäller andra skadliga kemiska ämnen har ingen motsvarande uppskattning kunnat göras.

Nikotinersättning och i första hand preparat med kortvarig effekt används under amningen, om mamman inte annars lyckas sluta röka.⁷ När nikotinpreparat används är den nikotinmängd som barnet får i sig via mjölken relativt låg och barnet utsätts inte för andra skadliga kemiska ämnen som finns i tobaksröken. Efter att mamman använt nikotintuggummi, nikotinsugtabletter eller nikotinpreparat som inhaleras rekommenderas i mån av möjlighet en paus på 2–3 timmar före amning. Andra läkemedelsbehandlingar (bupropion, vareniklin) rekommenderas inte för tobaksavvänjning under amningen.

Källor

1. Einarson A, Riordan S. 2009. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* 65, 325–330.
2. Tikkanen M. 2008. Tupakointi ja raskaus. *Duodecim* 124, 1224–1229.
3. Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. 2010. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 67, 841–849.
4. Rogers JM. 2009. Tobacco and pregnancy. *Reprod Toxicol* 28, 152–160.
5. England LJ, Levine RJ, Mills JL, Klebanoff MA, Yu KF, Cnattingius S. 2003. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol* 189, 939–943.
6. Käypä hoito: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. <http://www.terveysportti.fi>.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB ym. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Respir Care* 53, 1217–22.
8. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. 2012. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD010078.
9. Jaakkola S, Jaakkola JK. 2012. Passiivisen tupakoinnin terveyshaitat. *Duodecim* 128, 1097–1106.

Narkotika

Graviditet

Användning av narkotika är ofta förknippat med blandmissbruk av alkohol och andra droger, och det är svårt att bedöma vilka effekter en enskild drog har på fostret. Opiater (heroin, kodein, morfin) eller cannabisprodukter (cannabis, hasch) ökar inte avsevärt risken för missbildningar, men åtminstone heroin har ett klart samband med en risk för för tidig förlösning, låg födelsevikt och fosterdöd.^{1–3} Ett nyfött barn som under fostertiden utsatts för opiater kan ha svåra abstinenssymtom som kan uppkomma flera veckor efter födseln. Tetrahydrokannabinol (THC) i cannabis tränger genom moderkakan och orsakar jämfört med tobaksrökning högre kolmonoxidhalter i fostrets blodomlopp. Också cannabisprodukter har en skadlig inverkan på fostrets tillväxt.⁴

Bland stimulerande medel (amfetamin och dess derivat, kokain) kan åtminstone amfetamin och dess derivat medföra en förhöjd risk framför allt för missbildningar i hjärtat.⁵ Stimulerande medel har en skadlig inverkan på moderkakans blodcirkulation

och kan vara till skada för fostrets syreupptagning. Användning av amfetaminderivat och kokain är förknippat med en risk för för tidig förlossning, låg födelsevikt, för tidig lossning av moderkakan, symtom hos det nyfödda barnet och fosterdöd.⁶⁻⁹

De uppgifter som finns om eventuella långtidsverkningar vid exponering för narkotika under fostertiden är motstridiga.¹⁰ Konsekvensbedömningen försvåras när flera ämnen används samtidigt och av andra riskfaktorer som anknäver till levnadsvanorna och barnets livsmiljö. Det är inte känt att pappans narkotikabruk direkt har en skadlig inverkan på fostrets utveckling. De indirekta effekterna (social situation, problem i parrelationen, alkoholkonsumtion, familjevåld, infektioner) är däremot uppenbara.

Amning

Narkotikan överförs i mjölken och kan klart utgöra en fara för barnet.

Opiatavgiftning

Vid opiatavgiftning under graviditeten används buprenorfin eller metadon. Enligt de erfarenheter som finns utgör behandlingen ingen risk för fostret, om den sker i regelbunden övervakning och mamman inte missbrukar läkemedel eller använder narkotika. Bägge läkemedlen kan dock medföra även svåra abstinenssymtom hos det nyfödda barnet och dessa symtom kan kräva läkemedelsbehandling under de första levnadsveckorna.¹¹ Exponeringen för buprenorfin och metadon via modersmjölken är låg. Beslutet om att amma ska alltid fattas tillsammans med den behandlande läkaren och barnet måste följas upp för att eventuella skador ska kunna konstateras.

REKOMMENDATION

- ▶ Kvinnor i fertil ålder och deras partner ska i god tid få allmän information om hälsoriskerna med användningen av alkohol och andra droger när de besöker hälso- och sjukvården.
- ▶ Diskutera alkohol och andra droger med alla som besöker mödrarådgivningen.
- ▶ Det rekommenderas att berusningsdrickande undviks redan när en graviditet planeras.
- ▶ Senast då graviditeten bekräftats ska kvinnan helst helt och hållet avstå från alkohol.
- ▶ Hälsorådgivningen ska ge upplysning om alkoholens skadeverkningar.
- ▶ Kartlägg alkoholbruket hos gravida kvinnor och deras partner med hjälp av Audit-enkäten.

- ▶ Alkohol ska helst undvikas under amningstiden. Om kvinnan trots allt dricker alkohol, är rekommendationen att amning undviks så länge som kvinnan har alkohol i blodet och åtminstone 3–4 timmar efter att kvinnan druckit alkohol.
- ▶ Gravida kvinnor, ammande mammor och deras partner ska uppmuntras till att sluta röka. Om de inte lyckas, uppmuntras de till att minska på rökningen och vid behov att överväga substitutionsbehandling.
- ▶ Vid behandling med nikotinersättning under graviditeten och amningen används i första hand preparat med kortvarig effekt.
- ▶ Det är viktigt att följa upp ersättningsbehandlingen för rökavvänjning och att uppmuntra till rökavvänjning.
- ▶ Hälsorådgivningen ska ge information om rökningens skadeverkningar, stärka motivationen hos den som ska sluta röka och ge praktiska råd för hur återfallssituationer kan identifieras och hur man klarar av dem. Efter rökning rekommenderas en minst två timmar lång paus före amning.
- ▶ Gravida kvinnor och ammande mammor ska tillrådas att helt avstå från narkotika.
- ▶ En mamma som använder narkotika får inte amma, men en mamma som får substitutionsbehandling för narkotika kan amma, om hon övervakas noggrant, inte använder narkotika och inte missbrukar läkemedel.

Källor

1. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. 2012. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 119, 1070–1076.
2. Fajemirokun-Odudeyi O, Sinha C, Tutty S, Pairaudeau P, Armstrong D, Phillips T, Lindow SW. 2006. Pregnancy outcome in women who use opiates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 126, 170–175.
3. Little BB, Snell LM, Klein VR, Gilstrap LC, Knoll KA, Breckenridge JD. 1990. Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy. *J Reprod Med* 35, 1596–1602.
4. El Marroun H, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC ym. 2009. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48, 1173–1181.
5. McElhatton PR, Bateman DN, Evans C, Pughe KR, Thomas SH. 1999. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet* 354, 1441–1442.
6. Ladhani NN, Shah PS, Murphy KE. 2011. Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 205, 219.e1–7.
7. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. 2010. Metamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. *Obstet Gynecol* 116(2 Pt 1), 330–334.
8. Gouin K, Murphy K, Shah PS. 2010. Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *Am Obstet Gynecol* 204, 340.e1–12.
9. Oyelese Y, Ananth CV. 2006. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 108, 1005–1016.
10. Williams JH, Ross L. 2007. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16, 243–253.
11. Kahila H, Saisto T, Kivitie-Kallio S, Haukkamaa M, Halmesmäki E. 2007. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86, 185–190.

4.9 KOSMETIKA, TATUERINGAR OCH PIERCING

Användning av kosmetika under graviditeten

Kosmetika är både så kallade sminkprodukter och hygienprodukter. Vid användningen av kosmetika under graviditeten och amningen är det bra att hålla sig till rimliga mängder. Under graviditeten ökar blodcirkulationen i huden och då kan upptagningen av ämnen via huden i blodomloppet effektiveras. På så sätt kan kemiska ämnen som applicerats på stora hudområden absorberas genom huden och in i blodomloppet.

Den lagstiftning som gäller kosmetika bygger på att kosmetiska preparat ska vara trygga för användaren. Ett preparats säkerhet ska bedömas både utgående från egenskaperna i dess beståndsdelar och användningssättet. Lagstiftningen begränsar också användningen av många olika skadliga ämnen i kosmetika. Om ett ämne klassas som cancerframkallande, skadligt för könscellerna eller farligt med tanke på reproduktionen, får ämnet i princip inte finnas i kosmetiska produkter. Det är tillverkaren och EU-importören som bär ansvaret för att produkten överensstämmer med kraven och därigenom också för säkerheten. Det finns emellertid inte alltid heltäckande information om alla kemiska ämnen och säkerheten i olika kombinationer för att man med säkerhet ska kunna säga att de är helt problemfria.

Biverkningar av kosmetiska produkter har närmast varit irritations- och överkänslighetssymtom. Det är också känt att vissa kemiska ämnen som används i kosmetika har liknande effekter som det kvinnliga könshormonet östrogen, och det har förekommit misstankar om att exponering för sådana ämnen kan vara till skada för fostrets utveckling.¹⁻² Därför är det viktigt att använda kosmetika med måtta.³ Det är ändå viktigt att ta hand om den grundläggande hygien och det egna välbefinnandet också under graviditeten. Nordisk praxis varierar något, bland annat uppmanar Danmarks miljöministerium kvinnor att så lite som möjligt utsätta sig för kemikalier och kosmetika under graviditeten.⁴

Fuktighetskräm, deodorant, tandkräm och munskölj kan tryggt användas under hela graviditeten, men upprepad användning av jodhaltigt munskölj rekommenderas dock inte, eftersom joden via slemhinnorna kan tas upp i blodomloppet och vidare påverka fostrets sköldkörtelfunktion. När det gäller hudkräm som appliceras över stora områden på kroppen lönar det sig att i första hand välja doftfria baskrämer. Starka doftämnen och parfymer ska undvikas, eftersom de ofta innehåller ftalatföreningar som kan ha liknande effekter som östrogen.³

Hårfärger innehåller ofta allergener, huvudsakligen aromatiska aminer (fenylen-diaminer). I testförhållanden har man upptäckt att en del ämnen eventuellt kan ha en inverkan på arvsmassan. Hennafärger misstänks också ha egenskaper som vid yrkesmässig användning orsakar cancer. Färgkemikalierna har konstaterats tränga igenom huden och in i kroppen, och därför är halterna begränsade i hårfärgspreparat. De mest betydande biverkningarna av hårfärger är överkänslighetsreaktioner.^{3,5} Hårfärgernas och andra hårvårdsprodukters koppling till graviditetskomplikationer har undersökts bland kvinnliga frisörer. Ingen signifikant koppling till graviditetskomplikationer har

konstaterats, men enskilda studier har väckt misstanke om att de till exempel har ett samband med låg födelsevikt och för tidig förlossning.⁶⁻⁹ Framför allt vid helfärgning kommer färgämnet i kontakt med hårbotten och ämnen kan i viss mån tas upp i blodomloppet. Det är lätt att undvika exponering för kemikalier genom att minska på hårfärgningen. För barn och personer under 16 år rekommenderas hårfärgning inte alls.

Solkräm och brun utan sol-produkter kan med måtta användas under graviditeten.³ Bland solkrämer kan man välja produkter som innehåller ett så kallat fysikaliskt skydd och därmed mindre kemikaliska skyddsämnen. **I solkrämer som innehåller kemiska skyddsämnen** kan det finnas ämnen som i testförhållanden har påvisats fungera på ett liknande sätt som kvinnligt könshormon. Om man skyddar sig med hjälp av kläder minskar behovet av solkräm och det är därför det mest tillrådliga sättet att skydda sig mot solljus. Aktiv substans i brun utan sol-krämer är dihydroxiacetone (DHA). Även om användningen av DHA i kosmetika har klassats som säker och inga fosterskador har framgått i djurförsök, lönar det sig att begränsa användningen av brun utan sol-produkter i första hand till ett litet hudområde, till exempel ansiktet och halsen.

Också när det gäller **sminkprodukter** är det bra att hålla sig till rimliga mängder.³ Användningen av **konstnaglar** behöver inte nödvändigtvis undvikas under graviditeten, men om den gravida kvinnan till sitt yrke gör konstnaglar är det viktigt att klarlägga säkerheten i arbetsförhållandena.

Tatueringar och **piercing** är under graviditeten förknippat med liknande risker som också annars.¹⁰⁻¹¹ Vanligast är allergiska reaktioner och infektioner. De tatueringsfärger som används består generellt av kemikalier, vars säkerhet inte har klarlagts. Det finns inte heller studier av om färgerna överförs från mamman till fostret och vilka effekter de har på fostret. Därför är det bäst att undvika tatuering under graviditeten och vid planeringen av en graviditet.

Många aktörer går inte ens med på att tatuera en gravid kvinna. Under förlossningen kan stora tatueringar på nedre ryggen orsaka problem i samband med ryggbedövningen. Man ska helst inte sticka igenom tatueringsfärgen, eftersom det inte finns tillförlitlig information om färgämnets effekter på epidural- eller spinalrummet. Om en gravid kvinna har en tatuering på nedre ryggen kan den i vissa fall utgöra ett hinder för bedövning.¹²

REKOMMENDATION

- ▶ Kosmetiska preparat kan användas i rimliga mängder under graviditeten, men det är lätt att undvika onödig kemikalieexponering till exempel genom att minska användningen av onödiga kraftigt parfymade produkter.
- ▶ Om ett kosmetiskt preparat medför irritations- eller överkänslighetsymtom, är det viktigt att genast sluta använda det.

- ▶ Upprepad färgning av håret ska undvikas under graviditeten.
- ▶ Tatueringar och piercing ska inte tas under graviditeten eller när en graviditet planeras.
- ▶ Svart henna ska undvikas under alla omständigheter.
- ▶ Redan vid rådgivningen ska gravida kvinnor med stora tatueringar på nedre ryggen informeras om att tatueringen kan förhindra epidural- eller spinalanestesi i samband med förlossningen.

Källor

1. Fisher MM, Eugster EA. 2013. What is in our environment that effects puberty? *Reprod Toxicol*. Apr 16. doi:pii: S0890-6238(13)00082-8.
2. Meeker JD. 2012. Exposure to environmental endocrine disruptors and child development. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166, 952–8.
3. Teratologisk information. http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/Teratologisk_informations_tjanst/Sidor/default.aspx
4. Miljøministeriet. 2011. (http://www.mst.dk/Tips_til_gravide_og_ammende_om_kemikalier.) http://www.mst.dk/Borger/Temaer/Gravide_boern/9_gode_vaner_til_gravide_og_ammende/ [sivut päivitetty 21.03.2011, viitattu 19.3.2012].
5. Rantanen T. 2005. Hiusvärit ja niiden vaarat. *Allergia&Astma*, 1/2005. https://www.kosmetiikka-allergia.fi/prime_15.aspx.
6. Halliday-Bell JA, Gissler M, Jaakkola JJ. 2009. Work as a hairdresser and cosmetologist and adverse pregnancy outcomes. *Occup Med (Lond)*, 59, 180–4.
7. Parlett LE, Calafat AM, Swan SH. 2013. Women's exposure to phthalates in relation to use of personal care products. *J Expo Sci Environ Epidemiol* 23, 197–206.
8. Peters C, Harling M, Dulon M, Schablon A, Torres CJ, Nienhaus A. 2010. Fertility disorders and pregnancy complications in hairdressers – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 19, 5:24, 1–3.
9. Ronda E, Moen BE, Garcia AM, Sanchez-Paya J, Baste V. 2010. Pregnancy outcomes in female hairdressers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83, 945–951.
10. American Pregnancy Association. 2007. <http://www.americanpregnancy.org/pregnancyhealth/tatoos.htm>. [Viitattu 4.9.2012.]
11. Kluger N. 2010. Body art and pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153, 3–7.
12. Kuczowski KM. 2006. Labor analgesia for the parturient with lumbar tattoos: what does an obstetrician need to know? *Arch Gynecol Obstet* 274, 310–312.

4.10 RÅDGIVNING SOM ANKNYTER TILL DEN SOCIALA TRYGGHETEN

Samhället jämnar ut de kostnader som uppstår när ett barn föds med hjälp av olika ekonomiska stödformer och arrangemang för barnvård. Under graviditeten och när barnet föds och växer har föräldrarna med stöd av sjukförsäkringslagen¹ rätt till olika förmåner som betalas av Folkpensionsanstalten (FPA) och familjeledigheter som beviljas med stöd av arbetsavtalslagen². Med stöd av lagen om allmänt bostadsbidrag³ och lagen om utkomststöd⁴ beviljas dessutom förmåner som antingen betalas av FPA eller

boendekommunen. Med hjälp av förmåner och familjeledigheter har **bägge föräldrarna** möjlighet att sköta sina barn i olika livssituationer.

Utkomststöd söks hos boendekommunens socialbyrå och stödet är alltid behovsprövat och beviljas i allmänhet för en månad åt gången. Stödet beräknas utgående från klientens eller familjens nödvändiga utgifter och beviljas när de utgifter som berättigar till stöd överstiger den sökandes inkomster och tillgångar.⁵ Förmåner som FPA betalar till familjer är bostadsbidrag och föräldradagpenning, dvs. moderskapspenning, särskild moderskapspenning och föräldrapenning (betalas till den förälder som sköter barnet). I föräldrapenningen ingår också partiell föräldrapenning som innebär att bägge föräldrarna arbetar deltid och delar på föräldrapenningsperioden.⁶⁻⁸ Utöver dessa förmåner kan pappan också ta ut så kallad faderskapsledighet i sammanlagt 54 vardagar, och denna ledighet förkortar inte moderskaps- eller föräldraledigheten.⁸⁻⁹

Familjen får också barnbidrag för alla barn som är yngre än 17 år. Andra möjliga förmåner som FPA betalar till barnfamiljer är olika slags stöd när barnet blir sjukt, underhållsstöd för barn under 18 år, stöd för vård av barnet dvs. hemvårdsstöd, stöd för privat vård och partiell vårdpenning, moderskapsunderstöd, adoptionsbidrag för personer som adopterar från utlandet och militärunderstöd till värnpliktiga i militär- eller civiltjänst och deras familjer.

Mer information om innehållet i föräldradagpenningen och faderskapsledigheten, villkoren för beviljandet av dem och andra förmåner som FPA betalar till barnfamiljer finns på FPA:s webbplats i det avsnitt som gäller stöd till barnfamiljer under rubriken Förälder. Webbplatsen ger också närmare information om stödformer i situationer där den ena föräldern är distansförälder, paret är av samma kön, det är fråga om en flerlings- eller bonusfamilj, familjen behöver stöd för nödvändig utkomst och boendekostnader eller om den ena föräldern dör.⁸

Enligt arbetsavtalslagen² har den anställda rätt att ta ut familjeledighet under den tidsperiod då personen också kan få moderskaps-, särskild moderskaps-, faderskaps- eller föräldrapenning. Andra perioder som berättigar till familjeledighet är dessutom vårdledighet, partiell vårdledighet, tillfällig vårdledighet, kortvarig frånvaro av tvingande familjeskäl och frånvaro för vård av familjemedlem eller någon annan närstående. Familjeledighet begärs av arbetsgivaren.^{7,10}

Familjeledigheter (moderskaps-, faderskaps- och föräldraledighet) och anknytande inkomstöverföringar

Till de familjeledighetsförmåner som FPA betalar hör moderskapsunderstöd, moderskapspenning och särskild moderskapspenning som betalas till mamman (tabell 1).⁶⁻⁸

Föräldraledigheten börjar efter moderskapspenningsperioden. Under familjeledigheten betalar FPA **föräldrapenning** i 158 vardagar, dvs. barnet är ungefär nio månader gammalt när föräldrapenningsperioden slutar. Föräldrapenningsperioden börjar genast efter moderskapspenningsperioden.⁶⁻⁸

Förutsättningar för betalning av föräldrapenning:

1. mamman har gått på efterundersökning (5–12 veckor efter förlossningen) hos en läkare eller en hälsovårdare/barnmorska och sänder ett intyg över det till FPA
2. barnets mamma eller pappa eller bägge föräldrarna turvis kan ta ut föräldraledighet (ett undantag är flerlingsfamiljer som är berättigade till samtidig ledighet)
3. föräldern kan arbeta under föräldraledigheten, men under arbetsdagar betalas minimibeloppet för föräldrapenningen
4. flerlingsfamiljer får föräldrapenning under en längre tid
5. barnets mamma och pappa kan ta ut partiell föräldraledighet samtidigt, och då får bägge föräldrarna partiell föräldrapenning
6. föräldrar som lever i ett registrerat parförhållande kan sinsemellan komma överens om fördelningen av föräldraledigheten, när barnet föds eller adopteras till familjen efter att parförhållandet registrerats
7. företagare och familjer som flyttar till Finland från utlandet har rätt till föräldrapenning under vissa förutsättningar.^{6–8}

Till de andra förmåner som FPA betalar till barnfamiljer hör **barnbidraget** som börjar betalas ut månaden efter barnets födelse och betalas varje månad ända fram till att barnet fyller 17 år. Barnbidrag betalas för varje barn i familjen till den förälder som barnet bor hos.^{6–8}

TABELL 1. Förmåner som betalas till mamman och förutsättningar för dem

Moderskapsunderstöd	Moderskapspenning	Särskild moderskapspenning
<p>Graviditeten ska vara i minst 154 dygn.</p> <p>Gravida kvinnor och adoptivmammor till barn under 18 år omfattas av den sociala tryggheten i Finland.</p> <p>Villkoret är att den gravida kvinnan undersöks av en läkare eller på rådgivningen före utgången av den fjärde graviditetsmånaden.</p> <p>Alternativ: moderskapsförpackningen eller en summa pengar (140 euro år 2015).</p>	<p>Graviditeten ska vara i minst 154 dygn (minimi).</p> <p>Moderskapspenningsperioden börjar 30–50 vardagar före den beräknade tidpunkten för förlossningen.</p> <p>Moderskapspenningsperioden varar i 105 vardagar.</p> <p>Om kvinnan får lön under moderskapspenningsperioden, betalar FPA moderskapspenningen till arbetsgivaren.</p> <p>Moderskapspenningens belopp baserar sig på löneinkomsterna eller företagarens arbetsinkomster före graviditeten.</p> <p>Moderskapspenning betalas i förtid till en mamma som ska få barn, men inte efter att graviditeten avbryts.</p>	<p>Förutsättningen är att den gravida kvinnan i sitt arbete utsätts för kemiska ämnen, strålning eller smittsamma sjukdomar.</p> <p>Ett villkor är också att riskfaktorer inte kan undvikas i arbetet och att kvinnan inte kan flyttas till andra arbetsuppgifter.</p> <p>Rätten till förmånen upphör, om arbetsförhållandena förändras så att de är trygga med tanke på graviditeten eller om anställningen upphör.</p> <p>Särskild moderskapspenning betalas fram till att den egentliga moderskapspenningsperioden börjar.</p>

REKOMMENDATION

- ▶ I början av graviditeten kartläggs familjens ekonomiska situation vid mödrarådgivningen med tanke på graviditeten och barnets födelse och vid behov hänvisas familjen till stödtjänster (socialbyrån i boendekommunen, FPA).
 - ▶ För att konstatera graviditeten ska den gravida kvinnan undersökas av en läkare eller vid rådgivningen före utgången av den fjärde graviditetsmånaden så att hon ska få rätt till de sociala förmåner som FPA beviljar.
 - ▶ Då graviditeten varat 154 dagar (22 graviditetsveckor) eller längre, ska den gravida kvinnan vid mödrarådgivningen få ett intyg över graviditeten (SV 75r) för att kunna ansöka om förmåner. Samtidigt ges handledning för ansökan om förmåner för barnfamiljer och FPA:s webbrådgivning, telefonrådgivning och möjligheten att ansöka om förmåner elektroniskt på nätet. De FPA-förmåner som beviljas under graviditeten ska sökas senast i graviditetsvecka 32 (dvs. två månader före beräknad tid).
 - ▶ För att det inte ska bli något avbrott i utbetalningen av moderskapspenningen efter förlossningen, ska mamman 5–12 veckor efter förlossningen besöka rådgivningen för efterundersökning hos en läkare och/eller en hälsovårdare/barnmorska med ändamålsenlig utbildning. Över efterundersökningen ges ett intyg (SV 75r) som klienten sänder till FPA:s byrå.
-

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2004. Sjukförsäkringslag 1224/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041224>
2. Arbetsavtalslag 55/2001. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2001/20010055>
3. Lag om allmänt bostadsbidrag 938/2014. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2014/20140938>
4. Lag om utkomststöd 1412/1997. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1997/19971412>
5. Social- och hälsovårdsministeriet. Utkomststöd. <http://www.stm.fi/sv/utkomstskydd/utkomststod>
6. Social- och hälsovårdsministeriet. Understöd för barnfamiljer. <http://www.stm.fi/sv/utkomstskydd/barn>
7. Social- och hälsovårdsministeriet. Föräldradrigdhet ger möjlighet att vara med barnen. <http://www.stm.fi/sv/utkomstskydd/barn/foraldradrigdhet>
8. Folkpensionsanstalten (FPA). Stöd till barnfamiljer. <http://www.kela.fi/web/sv/foralder>
9. Lag om ändring av sjukförsäkringslagen 903/2012. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2012/20120903>
10. Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM). 2013. Perhevapaat. <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2386>



5 FAMILJETRÄNING

Enligt statsrådets förordning¹ ska multiprofessionell familjeträning arrangeras för familjer som väntar sitt första barn. Familjeträningen ska omfatta föräldragrupsverksamhet och även förlossningsförberedelse som kan ordnas på förlossningssjukhuset. Familjeträningens *mål, metoder och innehåll* presenteras i figur 1. Träningen omfattar evidensbaserad och behovsorienterad hälsorådgivning för föräldrar som väntar barn.¹⁻⁵

I Finland når familjeträningen nästan alla förstföderskor och deras partner.⁶⁻⁷ I Sverige deltar 7 procent av förstföderskorna inte alls i familjeträning under graviditeten.⁸⁻⁹ De vanligaste orsakerna till att förstföderskor inte deltar är att de saknar intresse, att tidpunkten är olämplig eller att de inte blivit kallade till familjeträning. Framför allt gravida kvinnor under 25 år och lågutbildade gravida kvinnor deltar mer sällan i familjeträningen än kvinnor över 25 år, högutbildade kvinnor och kvinnor som lever i ett stabilt parförhållande.¹⁰⁻¹² Blivande pappor har uttryckt att de gärna deltar i familjeträningen om den arrangeras efter arbetstid. Orsaker till att pappor inte deltar är också att de inte har tid, att platsen är olämplig eller att de inte upplever att de behöver stöd.¹³ Familjeträningen främjar välbefinnandet och förebygger problem. Sannolikt är att alla har nytta av den, även om det inte är lätt att påvisa genom vetenskaplig forskning. Däremot har man kunnat påvisa att deltagandet i familjeträning påverkar hälsan i medicinska och sociala riskgrupper.¹⁴ Fördelarna med familjeträningen förstärks då föräldragrupsverksamheten fortsätter efter att barnet fötts.¹⁵

Föräldrarnas engagemang kan stödjas genom olika gruppsamtal och uppgifter som görs i grupp.¹⁶⁻¹⁷ Träning erbjuds på de båda inhemska språken och den beaktar eventuella begränsningar i sinnesfunktionerna hos föräldrarna. Idealstorleken på en träningsgrupp är 6–8 par, eftersom en sådan grupp ger möjlighet att diskutera med andra deltagare.¹⁶ Kvinnor och män anser också att det är viktigt med separata kvinno- och mansgrupper och samtal inom dessa grupper. Det ideala antalet gruppträffar anses vara 6–8 gånger. Internet öppnar nya möjligheter och har påvisats aktivera de blivande papporna.¹⁸⁻¹⁹

Det finns två slag av vetenskaplig evidens för familjeträningens effektivitet. Å ena sidan har träningens effekter på förlossningen (bl.a. förlossningssättet) och föräldraskapet konstaterats vara oklara eller otillräckliga.^{14,20-21} Å andra sidan har effekterna av familjeträning i grupp förblivit oklara jämfört med den individuella handledningen.¹⁴ På grund av familjeträningens komplexitet är det svårt att bedöma dess effekter.²²

Då man jämför vanlig förlossningsförberedelse för förstföderskor och förberedelse med psykoprofylax, som går ut på andnings- och avslappningsövningar och siktar på en naturlig förlossning, kan man inte se något samband mellan den förberedande metoden och användningen av epiduralbedövning vid förlossningen. Psykoprofylax har inte heller någon positiv inverkan på förlossningsupplevelsen eller på den stress föräldrarna upplever i början.²³ Familjerna är emellertid nöjdare med den förberedelse som innehåller psykoprofylax än med den vanliga förlossningsförberedelsen.²⁴

Familjeträningens mål	<ul style="list-style-type: none"> • Att förbereda familjen inför förlossningen, amningen, barnets vård och fostran och föräldraskapet • Att stärka den kunskap och de färdigheter som gäller barnskötseln, föräldraskapet, hälsan och hälsovanorna • Att främja fostrets, den gravida kvinnans och hela familjens hälsa • Att stärka parrelationen och interaktionen mellan föräldrarna och barnet • Att ge familjerna möjlighet att få stöd av andra familjer i samma situation och att främja ömsesidig interaktion
Metoder	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionell familjegruppsverksamhet • Diskussioner, introduktioner, föreläsningar, demonstrationer, stöd av personer i samma situation
Känslotillstånd som blir starkare under graviditeten	<ul style="list-style-type: none"> • Olika känslor, förväntningar och tankar som uppkommer hos föräldrarna under graviditeten • Utmaningar som anknyter till att utveckla moderskapet och faderskapet • Inre bilder av babyen
Graviditetens slutskede och vanliga besvär samt symtom som kräver ytterligare uppföljning	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiska och psykiska förändringar under graviditeten och amningen • Besvär och symtom • Förberedelser för att ta sig till förlossningssjukhuset/förlossningssjukhusets anvisningar
Förlossningen	<ul style="list-style-type: none"> • Förlossningsförloppet och förberedelser inför förlossningen • Återhämtningen efter förlossningen
Utskrivning från sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> • Förberedelser inför hemkomsten från förlossningssjukhuset • Babyns utrustning • Familjens stödnätverk
Vården av babyen	<ul style="list-style-type: none"> • Matning: amning • Babyns säkerhet (att undvika misshandel, försummelse och skakning), hantering och nattande av babyen • Tidig interaktion
Föräldraskapet	<ul style="list-style-type: none"> • Pappans eller den andra förälderns betydelse och roll i familjen, ett jämlikt föräldraskap, att växa in i föräldraskapet • Pappans eller den andra förälderns roll vid amningen och vården av babyen • Stöd av sociala nätverk
Parrelationen	<ul style="list-style-type: none"> • Förändringar som barnet medför i parrelationen och familjelivet • Förändringar som föräldraskapet medför i parrelationen och sexualiteten, preventivmedel efter förlossningen • Konstruktiva gräl, förebyggande av våld i parrelationen och i nära relationer
Sinnesstämning	<ul style="list-style-type: none"> • Sinnesstämningen under graviditeten och efter att barnet fötts • Förebyggande, identifiering och behandling av depression efter graviditeten (båda föräldrarna)
Föräldrarnas hälsovanor	<ul style="list-style-type: none"> • Kost, motion och vila • Alkohol, tobak och andra droger • Munhälsa och daglig egenvård
Familjeledighet och förmåner som betalas av FPA	<ul style="list-style-type: none"> • Moderskaps-, faderskaps- och föräldraledighet och anknytande inkomstöverföringar • Annan familjeledighet och anknytande inkomstöverföringar • Intyg över efterundersökning (SV 75r) för förmåner som betalas av FPA
Familjetjänster i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Familjeplanering, sexuell och reproduktiv hälsa • Klientens övergång från mödrarådgivningen till barnrådgivningen • Andra familjetjänster: socialväsande och barnskydd, familjearbete, utkomststöd, hemhjälp för barnfamiljer, rådgivningsbyråer för familjer och fostringsfrågor, mödra- och skyddshem • Föräldragrupsverksamhet som arrangeras av organisationer, hjälp med barnskötseln

FIGUR 1. Familjeträningens mål, metoder och innehåll.

Familjeträningen har konstaterats ha en positiv inverkan på utvidgningen av det sociala nätverket och möjligheten att få stöd av personer i samma situation.^{10, 22, 25} I familjeträningen och föräldragrupperna är det möjligt att stödja föräldraskapet och framför allt att stärka föräldrarnas känsla av att de klarar av föräldraskapet genom att minska stressen.^{21–22, 26} Mannens aktiva närvaro och stöd har konstaterats främja den blivande mammans känsla av att hon klarar av sin uppgift.^{27–28} Pappans aktiva närvaro efter att barnet fötts främjar en sund uppväxt och utveckling hos barnet, minskar bland annat beteendestörningar hos pojkar och främjar barnets kognitiva utveckling.²⁹ Med hjälp av familjeträning och familjegrupsverksamhet kan man minska misshandel och försummelse av barn.³⁰

Levnadsvanorna under graviditeten (bl.a. kost, viktkontroll och användning av alkohol och droger) har långvariga effekter på både mammans och barnets hälsa (se kap. Levnadsvanor och rådgivning). Kostnaderna har konstaterats minska genom sådana interventioner inom hälsorådgivningen som syftar till ökad motion, hälsosam kost, viktkontroll, rökfrihet och minskad alkoholkonsumtion.³¹ Genom hälsorådgivning kan man bidra till att amningen inleds och till att amningstiden förlängs.^{20, 32} Framför allt lågutbildade kvinnor har nytta av den hälsorådgivning som ingår i träningen.³³

Förlossningsförberedelsens mål, metoder och centrala teman har sammanställts i figur 2. Trots att det inte finns någon evidens för när det är lämpligast att ordna förlossningsförberedelsen och hurdan innehåll och hurdan form den borde ha, finns det enighet om att den utöver information också ska ge psykiskt och emotionellt stöd som hjälper föderskan och hennes partner att förstå och identifiera sina egna sociala, emotionella, psykologiska och fysiska behov under graviditeten.^{3, 34–35} I en sporrande familjeträningsgrupp får de blivande föräldrarna tillit till sin egen förmåga, samtidigt som de upplever förlossningen positivare och anpassar sig bättre till de förändringar som föräldraskapet medför.³⁶

Kvinnor som nyligen fött barn anser att graviditeten och barnsängstiden är familjeträningens viktigaste ämnesområden.¹² De ämnesområden som enligt kvinnorna behandlas minst under familjeträningen är problem under graviditeten, risken för att föda ett sjukt barn, avvikande förlossning och återhämtningen efter förlossningen.

Målen för den förlossningsförberedelse som ingår i familjeträningen	<ul style="list-style-type: none"> • En övergripande och positiv förlossningsupplevelse • Familjerna får behovsorienterad, aktuell och evidensbaserad information om förlossningsförloppet och vårdrutinerna • Födorskans resurser stärks
Metoder	<ul style="list-style-type: none"> • Klientorienterad verksamhet • Inlärningsmetoder som bygger på delaktighet • Möjlighet att bli bekant med omgivningen där förlossningen ska ske • Stöd av personer i samma situation: t.ex. diskussioner i form av workshoppar för mammor/pappor/familjer
Förlossningsförloppet	<ul style="list-style-type: none"> • Normalt fysiologiskt förlopp vid en förlossning • Förlossningens skeden
Känsla av kontroll och smärtlindringsmetoder	<ul style="list-style-type: none"> • Känsla av kontroll: delaktighet och rätt att själv bestämma om den egna kroppen, omgivningen och vården • Pappans, stödpersonens och doulans roll • Läkemedelsfria smärtlindringsmetoder • Medicinska smärtlindringsmetoder
Födorskan medverkar aktivt	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktionen med den behandlande barnmorskan/läkaren • Självförtroende och förtroende för den egna förmågan att föda barnet • Ansvarstagande och delaktighet i beslutsfattandet • Förlossningsplan
De vanligaste medicinska interventionerna under en förlossning	<ul style="list-style-type: none"> • Åtgärder för att sätta igång förlossningen eller påskynda den • Åtgärder för uppföljningen av fostrets välbefinnande • Förlossning med sugklocka och kejsarsnitt: planerade och akuta
De första stunderna och dagarna efter barnets födsel	<ul style="list-style-type: none"> • Tidig interaktion, hudkontakt (även pappan eller stödpersonen) och den första amningen
Kontakt med förlossnings sjukhuset enligt praxis/vid behov och anvisningar för när kvinnan ska ta sig till förlossnings sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> • Förlossningssjukhusets stöd till familjen: rådgivning ökar känslan av trygghet och kontroll • Tecken på att förlossningen börjar, bl.a. sammandragningar • Fostervattenavgång • Blodblandad flytning • Minskade fosterrörelser

FIGUR 2. Mål, metoder och centrala teman i förlossningsförberedelsen.

REKOMMENDATION

- ▶ Familjeträning ordnas för familjer som väntar sitt första barn och föräldrarna uppmuntras att delta i träningen. Träning erbjuds också till omfödreskor, om familjen har ett särskilt behov av stöd, till föräldrar i en bonusfamilj, om någondera föräldern väntar sitt första barn, och till invandrare som väntar sitt första barn att födas i Finland.
 - ▶ Tvåspråkiga kommuner ordnar i mån av möjlighet multiprofessionell familjeträning i grupp också på det andra inhemska språket.
 - ▶ Verksamheten i föräldragrupper fortsätter efter förlossningen, eftersom frågor kring skötseln av barnet, barnets fostran och föräldraskapet då är aktuella.
 - ▶ Det är rådgivningens hälsovårdare/barnmorska som genomför familjeträningen. I mån av möjlighet deltar dessutom en familjearbetare, en specialarbetare vid hälsovårdscentralen (t.ex. psykolog, fysioterapeut, näringsterapeut, yrkesperson inom mun- och tandvården), en organisationsrepresentant (t.ex. MLL, Förbundet för mödra- och skyddshem, Finlands Flerlingsfamiljer rf), dagvårdspersonal och en familj som nyligen fått barn.
 - ▶ Om möjligt ska förlossningsförberedelsen också innehålla ett besök på förlossningssjukhuset. Om det inte går att ordna ett besök, ska föräldrarna få information om de möjligheter som förlossningssjukhuset erbjuder. En barnmorska vid förlossningssjukhuset kan ansvara för förlossningsförberedelsen.
 - ▶ Vid familjeträningen får föräldrarna träning inför förlossningen, barnsängstiden och ett aktivt och jämbördigt föräldraskap som stödjer barnets tillväxt och utveckling. Dessutom får de hälsorådgivning och tidsenligt skriftligt material. Diskutera också föräldrarnas uppfattningar om det egna föräldraskapet och det barn som ska födas.
 - ▶ I förberedelserna ingår diskussioner om hälsovanorna under graviditeten och hur de blivande föräldrarna tror att familjens levnadsvanor, kostvanor och alkohol- och drogvanor kommer att påverka hälsan och välbefinnandet hos det barn som ska födas.
 - ▶ Behovet av stöd hos de föräldrar som uteblir från familjeträningen ska utredas och dessa föräldrar uppmuntras att delta i en familjeträningsgrupp. I mån av möjlighet kan de också erbjudas individuell träning på rådgivningen.
 - ▶ Familjerna har olika utgångspunkter och därför krävs det att familjeträningen och gruppverksamheten hela tiden utvecklas, att den är mångsidig och att det finns olika slags alternativ.
-
-

Källor

1. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>.
2. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:14. Helsinki.
3. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveystieteiden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:17. Helsinki.
4. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård. Motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009) Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11. Helsingfors.
5. Midwifery Practice Manual 2009. The Joanna Briggs Institute. Antenatal: Parent Education 251–254.
6. Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005:22. Helsinki.
7. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008:24. Helsinki.
8. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20, 226–235.
9. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U. 2006. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica* 95, 1360–1369.
10. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84(5), 436–443.
11. Fabian H, Rådestad I, Rodriguez A, Waldenström U. 2008. Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. *Acta Paediatrica* 97, 1721–1728.
12. Hakulinen-Viitanen T, Koponen J, Julin A-M, Perälä M-L, Paunonen-Ilmonen M, Luoto R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiysneuvon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede*, 19, 326–337.
13. Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. 2004. New fathers' postbirth views of antenatal classes: Satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *The Journal of Perinatal Education* 13(3), 18–26.
14. Gagnon AJ, Sandall J. 2011. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub.2.
15. Bremberg S. 2004. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr 49.
16. Schmidt V, Myers K, Cooke M. 2002. Preparing expectant couples for new-parent experiences. A comparison of two models of antenatal education. *The Journal of Perinatal Education* 11(3), 20–27.
17. Svensson J, Barclay L, Cooke M. 2008. Effective antenatal education: Strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal Education* 17(4), 33–42.
18. Kouri P, Karjalainen-Jurvelin R, Kinnunen J. 2005. Commitment of project participants to developing health care services based on the internet technology. *International Journal of Medical Informatics* 74, 1000–1011.
19. Salonen A, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Järvenpää A-L, Isoaho H, Tarkka M-T. 2011. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery* 27(6), 832–841.
20. DiMario S ym. 2005. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>, accessed 28 December 2005).
21. Svensson J, Barclay L, Cooke M. 2009. Randomized-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 25(2), 114–125.
22. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odrizola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research* 59(3), 194–202.
23. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2009. 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* 116(9), 1167–76.
24. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2011. A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery* 27, 195–200.
25. Fielden JM, Gallagher LM. 2008. Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45, 406–417.

26. Lipman E, Boyle M. 2005. Social support and education groups for single mothers: A Randomized controlled trial of a community-based program. *CMAJ* 173 (12), 1451–1456.
27. WHO 2007. Fatherhood and health outcomes in Europe. WHO Regional Office for Europe. Denmark.
28. Hawkins AJ, Lovejoy KR, Holmes EK, Blanchard VL, Fawcett E 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
29. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.
30. WHO 2009. Violence prevention: the evidence. Overview. Geneva.
31. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveystiedon edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
32. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis C-L, Price I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36(2), 250–258.
33. Weiner EA, Billamay S, Partridge JC, Martinez AM. 2011. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *Journal of Perinatology* 31(2), 92–97.
34. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35, 497–509.
35. Haapio, S. 2012. Synnytysvalmennus 2000-luvulla. Metropolia. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnytysvalmennus.pdf> [viitattu 15.10.2012].
36. National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.



6 VANLIGA GRAVIDITETSBSVÄR

6.1 ILLAMÅENDE OCH MATSMÄLTNINGSPROBLEM

Tre av fyra gravida kvinnor drabbas av illamående och kräkningar i början av graviditeten.¹ Symtomen börjar i allmänhet under graviditetsveckorna 5–7, är som värst under veckorna 9–11 och upphör helt hos de flesta senast vecka 14.² Det är möjligt, men ovanligt, att illamåendet och kräkningarna pågår under hela graviditeten. Orsaken till graviditetsillamående är inte känd.

Ungefär 0,5–1 procent av alla gravida kvinnor drabbas av mycket kraftigt illamående och mycket kraftiga kräkningar, och då används termen hyperemesis gravidarum dvs. extremt graviditetsillamående.¹ Vid hyperemes börjar symtomen som vanligt graviditetsillamående, men efter ett par veckor kommer kräkningarna allt oftare och de ständigt återkommande kväljningarna orsakar också smärta i övre delen av buken.³ Det kan även förekomma blodstrimmor i kräkningarna. Om ingen mat eller dryck hålls in, kan den gravida kvinnan minska i vikt och torka ut. Hyperemes konstateras om den illamående gravida kvinnans vikt minskar med fem procent eller om ketonkroppar observeras vid urinscreeningen. Hyperemes som fortsätter obehandlad kan leda till allvarliga störningar i vätskebalansen och rentav vara livsfarlig. Hyperemes kräver akut sjukhusvård.

Halsbränna är vanligt under den senare hälften av graviditeten. Det beror på att livmodern orsakar ett mekaniskt tryck på magsäcken, att slutmuskeln mellan matstrupen och magsäcken mister sin spänst och att peristaltiken försämras.⁴ Förstoppning är vanligt under graviditeten och beror på förslappning av den glatta muskulaturen i tarmväggen och nedsatt peristaltik.

Illamående kan förebyggas genom tillräcklig vila, undvikande av irriterande lukter, smaker och situationer och genom små mellanmål.⁵ Även olika slags läkemedel kan lindra illamåendet (meklozin 25 mg x 2, B6-vitamin 10–25 mg x 3, antihistaminer, proklorperazin, metoklopramid), men det finns inte tillräcklig evidens för deras effekt.⁶ Mot halsbränna lönar det sig i första hand att använda antacida och sukralfat som inte tas upp genom matsmältningskanalen. Om ett tillräckligt terapivar inte uppnås med hjälp av vårdanvisningarna ovan, kan man i första hand använda H2-blockeraren ranitidin eller protonpumpshämmarna omeprazol eller emeprazol. Vid behandlingen av förstoppning kan laxermedel användas (s.k. bulklaxativ eller t.ex. laktulos eller magnesiumhydroxid).

REKOMMENDATION

- ▶ En gravid kvinna med kraftigt illamående (hyperemes) (5 % viktminskning och ketonkroppar i urinen) remitteras till akut korrigerande av vätskebalansen på sjukhus eller hälsovårdscentralens vårdavdelning. Också en gravid kvinna med lindrigt illamående kan ha nytta av intravenös vätsketillförsel och remittering till sjukhusvård.
- ▶ Lämplig icke-irriterande kost och små måltider med jämna mellanrum kan hjälpa åtminstone vid lindrigare magbesvär och halsbränna under graviditeten.
- ▶ Illamående under graviditeten kan i viss mån förebyggas genom tillräcklig vila, undvikande av irriterande lukter, smaker och situationer och genom att äta små mellanmål.
- ▶ Att motionerna tillräckligt, att dricka tillräckligt med vatten och att äta en fiberrik kost är rekommenderade och primära åtgärder vid förebyggande och behandling av förstoppning under graviditeten.
- ▶ Vid behov kan illamående, halsbränna och förstoppning under graviditeten också lindras med hjälp av läkemedel.
- ▶ Vid extra besök på rådgivningen får kvinnan stöd, handledning och metoder för att klara av illamåendet och problemen i matsmältningskanalen under graviditeten.
- ▶ Vid rådgivningen får kvinnan information om webbplatsen Lopu Jo! som ger aktuell information på finska om illamående under graviditeten (www.lopujo.fi).

Källor

1. Kytömäki K, Partonen T. 2010. Voimakas raskausoksentelu. Yleiskatsaus. Suomen Lääkärilehti 65(17), 1529–1534.
2. Aitokallio-Tallberg A, Ylikorkala O. 2011. Hyperemeesi. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 391–394. Kustannus Oy Duodecim.
3. Erkkola R. 2006. Raskauspahoinvointi ja hyperemeesi. Suomen Lääkärilehti 61(1–2), 35–39. Yleiskatsaus.
4. Jewell D, Young G. 2012. Interventions for treating constipation in pregnancy. Review. The Cochrane library, Issue 2.
5. Matthews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M, O'Mathúna DP. 2010. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Review. The Cochrane Database Syst Rev, Issue 9.
6. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.
7. Lopu Jo! Poistetaan raskauspahoinvointi maailmasta. Tai ainakin vähennetään sitä. <http://lopujo.fi>.

6.2 BESVÄR I HÅLLNINGS- OCH RÖRELSEORGANEN

Smärtor i blygdbensfogen och bäckenet

Bäckenet förenas framtill av blygdbensfogen (symfyssen) som består av brosk och två ligament på övre och undre sidan. Under graviditetens första hälft sker en förslappning i blygdbensfogen som ytterligare tilltar under de tre sista månaderna. Detta kan orsaka smärtor under graviditeten. Att blygdbensfogen och bäckenet blir slappare och rörligare beror förmodligen på hormonella förändringar och orsakas främst av relaxin som utsöndras från äggstockarna. Detta är i sig en godartad och rentav ändamålsenlig förändring. Kroppen förbereder sig på så sätt inför förlossningen, och bäckenet är inte längre styvt utan ger efter för fostrets storlek.¹ Vanliga symtom är smärtor i nedre ryggen, blygdbensfogen (symfyssen), nedre delen av buken, låren och ljumskvecken.

En överrörlig (instabil) blygdbensfog kan vara så smärtsam att den gravida kvinnan inte kan gå eller stålla sig stående under de sista veckorna av graviditeten. På grund av höfternas läge är så kallad ankgång typiskt. Direkt efter förlossningen är det vanligt att rörelser i benen orsakar svåra eller lindriga smärtor och att blygdbensfogen är öm. Symtomen lindras oftast efter förlossningen och försvinner inom några månader.² Ruptur av symfyssen är nuförtiden en ytterst sällsynt komplikation i samband med graviditet och förlossning.

REKOMMENDATION

- ▶ Det finns ingen känd bra behandling mot smärtor i blygdbensfogen och bäckenet under graviditeten, men vila underlättar symtomen. Det är tillåtet att röra på sig inom de gränser som smärtan tillåter.
 - ▶ Många kvinnor som under graviditeten lider av smärtor i blygdbensfogen och bäckenet säger att de har hjälp av ett stödbälte som gör bäckenet stabilare och av fysioterapi.
 - ▶ Kraftig smärta i blygdbensfogen och bäckenet under graviditeten kan behandlas med smärtstillande medel, till exempel paracetamol.
-
-

Källor

1. Keriakos R, Bhatta SR, Morris F, Mason S, Buckley S. 2011. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. *J Obstet Gynaecol* 31(7), 572–80.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) *Nai-stentaudit ja synnytykset*, 308–314. Kustannus Oy Duodecim.

Ont i ryggen

Smärtor i nedre ryggen är vanligt under graviditeten och beror delvis på att ligamenten förslappas (se ovan), men också på att den växande livmodern orsakar förändringar i belastningen på hållnings- och rörelseorganen.¹⁻² Det finns endast få nya forskningsrön om ryggsmärta och dess behandling under graviditeten.

REKOMMENDATION

- ▶ Stabiliserande fysioterapi och ergonomisk rådgivning anses vara till nytta vid behandling och förebyggande av ryggbesvär under graviditeten.
 - ▶ Utöver fysioterapi kan också simning och akupunktur hjälpa vid ryggbesvär under graviditeten.
 - ▶ Vid mycket svåra ryggbesvär under graviditeten går det också att använda ett stödbälte som ökar stabiliteten i bakre delen av bäckenet.
 - ▶ Vid sådana ryggsmärtor som ökar under natten lönar det sig att pröva en kilkudde som stödjer magen.
 - ▶ Mycket svåra ryggsmärtor under graviditeten kräver vila och behandlas med smärtstillande medel, till exempel paracetamol.
-
-

Källor

1. Alanen A. 1999. Raskaus ja selkä. Katsaukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 115(16), 1767.
2. Pennick V, Young G. 2007. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Review). The Cochrane library; issue 2.

6.3 FÖRÄNDRINGAR I HUDEN

Under graviditeten blir pigmentet i huden mörkare. Att mängden pigment ökar syns främst på magens nedre mittlinje, mellangården och bröstens vårtgårdar. Även födelsemärken blir mörkare och det kan uppkomma leverfläckar i ansiktet. Den ökade mängden pigment anses bero på ett hormon som stimulerar steroidhormoner och melanocyter. Efter förlossningen återtar pigmentområdena sin normala färg.¹

En annan vanlig hudförändring under graviditeten är bristningar (striae gravidarum) som främst uppkommer på magen, bröstet och låren. Hudbristningar förekommer hos nio av tio gravida kvinnor. Liknande hudförändringar är vanliga även hos icke-gravida flickor i puberteten, unga kvinnor och hos upp till en tredjedel av alla unga män.

De genetiska egenskaperna i bindväven och en snabb viktökning påverkar troligen uppkomsten av bristningar. Efter förlossningen blir bristningarna ljusare, men de försvinner inte helt och hållet. Det finns inga forskningsresultat som tyder på att bristningar kan förebyggas till exempel genom att smörja in huden.² Klåda är ett vanligt symptom under graviditeten, och till exempel i en tvillinggraviditet beror den på kraftig svullnad och töjning av huden.

REKOMMENDATION

- ▶ Om det under graviditeten förekommer klåda utan eksem, finns det skäl att undersöka eventuell kolestas genom laboratorieprov (se kap. Graviditetskolestas).
 - ▶ När kolestas har uteslutits som orsak till klåda under graviditeten, är det bra att behandla torr hy på normalt sätt med baskräm och att behandla besvärlig klåda med antihistaminerna loratadin och cetirizin.³
-

Källor

1. Brennan M, Young G, Devane D. 2012. Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy. Review. The Cochrane library, Issue 11.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus; muutokset ihossa. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 312. Kustannus Oy Duodecim.
3. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.

6.4 TRÖTTHET

I början av graviditeten är trötthet vanligt och många upplever att sömnbehovet ökar.¹⁻² Oftast minskar tröttheten under den andra trimestern, då många känner sig mycket välmående och energiska. I de svåraste fallen är det bra att den gravida kvinnan vilar så mycket som möjligt och försöker få hjälp med arbetet och skötseln av hemmet och tidigare barn. Vissa känner kraftig trötthet även i slutet av graviditeten, men det är inte en anledning till att sätta igång förlossningen tidigt eller att göra kejsarsnitt. Det finns endast knapphändiga forskningsrön kring ämnet. Ibland kan tröttheten ha ett samband med depression under graviditeten (se kap. Psykiska problem).

REKOMMENDATION

- ▶ Om tröttheten är mycket kraftig under graviditeten, är det bra att utreda om det till exempel kan bero på järnbrist eller nedsatt funktion i sköldkörteln.
 - ▶ Trötthet i slutet av graviditeten är i sig inte en tillräcklig grund för att sätta igång förlossningen.
-
-

Källor

1. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 308–314. Kustannus Oy Duodecim.
2. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. 2009. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 54(1), 43–9.

6.5 SMÄRTA, FEBER OCH HUVUDVÄRK

Orsaken eller orsakerna till smärta, feber, huvudvärk och migrän under graviditeten ska utredas och de allvarligaste möjliga orsakerna uteslutas. Därefter är strävan att behandla symtomen utan läkemedel, till exempel genom vila och hälsosamma levnadsvanor, genom att undvika stimuli, genom att stretcha, gymnastisera och massera nacke och axlar och annan fysikalisk vård.

Hög feber kan utgöra en fara för fostret. Därför rekommenderas febernedsättande medel i situationer där febern stiger till 38,5 grader och över. Paracetamol är ett tryggt läkemedel för behandling av tillfällig smärta och feber under graviditet och amning. Vid kortvarig behandling av smärta kan man också använda kombinationspreparat med kodein. Av de antiinflammatoriska medlen kan ibuprofen vid behov användas under den första och andra trimestern.

Det kan vara problematiskt att behandla migrän under graviditeten, eftersom utbudet av trygga läkemedel är knappt. Förebyggande läkemedel mot migrän ska under graviditeten endast användas i undantagsfall. I dessa fall kan man av betablockerarna använda propranolol eller metoprolol och av de tricykliska antidepressiva medlen till exempel amitriptylin eller nortriptylin.¹ Läkemedel mot illamående och kräkningar, såsom metoklopramid, lindrar migränsymtomen tillsammans med paracetamol.² Ergotaminpreparat är kontraindicerade under graviditet och amning. Vid behandling av svåra migränanfall har sumatriptan inte konstaterats ge upphov till problem för fostret eller graviditeten.³ Migrän utan aura blir lindrigare hos nästan varannan kvinna under den första trimestern och hos över 80 procent i graviditetens senare skeden. Migrän med aura kan däremot försvåras under graviditeten.⁴

REKOMMENDATION

- ▶ Huvudvärk, feber, smärta och migrän ska under graviditeten helst behandlas utan läkemedel.
 - ▶ Trygga läkemedel är paracetamol under hela graviditeten och vid behov ibuprofen under den första och den andra trimestern. Användning av andra smärtstillande medel under graviditeten bör diskuteras med en läkare.
-

Källor

1. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Läkkeet raskauden ja imetyksen aikana: ”Skylly ja Kharybis”. 2., uudistettu painos. Lääkelaitos.
2. Derry S, Moore RA, McQuay HJ. 2010. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Review. The Cochrane Library, Issue 11.
3. Malm H, Kaaja R. 2011. Läkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.
4. Migreeni (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4. 2013].

6.6 SVÅRT ATT SOVA

Sömnlöshet är ett vanligt besvär under graviditeten. Sömnkvaliteten har konstaterats bli sämre ju längre graviditeten framskrider. Även sömntiden har konstaterats bli en aning kortare. Sömnlöshet under graviditeten kan bero på fysiska besvär (såsom illamående, ont i ryggen och ett ökat behov av att kissa), hormonella förändringar, fostrets tillväxt eller otillräcklig andning. Dessutom störs sömnen av att den växande magen begränsar kvinnans sovställning. Sömnlösheten försämrar livskvaliteten och orsakar bland annat trötthet och nedstämdhet.¹⁻²

I första hand används läkemedelsfria metoder för att behandla sömnlöshet under graviditeten. Om dessa inte hjälper medför sporadisk användning av vanliga sömnmedel och lugnande medel under graviditeten och amningen ingen fara för fostret eller det nyfödda barnet.³⁻⁴

Kontinuerlig användning av bensodiazepiner i slutet av graviditeten kan orsaka slapphet, sömnhet och sugsvårigheter hos den nyfödda babyn, och även abstinenssymtom som kan yttra sig i form av ökad tonus och orolighet.³⁻⁴ Tillfällig användning av bensodiazepiner utgör inte heller ett hinder för amning.

REKOMMENDATION

- ▶ Klarlägg orsaken till sömnlöshet tillsammans med en gravid kvinna som har svårt att sova och gå igenom läkemedelsfria sätt att behandla sömnlöshet. Det är viktigt att gravida kvinnor har en regelbunden sömnrhyth, en hälsosam kost och en tillräcklig fysisk kondition och att de dagligen går igenom alla sina bekymmer.
 - ▶ Sömnmedel rekommenderas endast vid behov och kortvarigt under graviditeten. Som sömnmedel används i första hand ett vattenlösligt och korttidsverkande bensodiazepinpreparat (t.ex. oxazepam eller alprazolam).
 - ▶ Av de kortverkande sömnmedlen rekommenderas inte zopiklon, zolpidem, zaleplon och melatonin under graviditeten, eftersom de forskningsrön som finns är otillräckliga.
-
-

Källor

1. Coban A, Yanikkerem UE. 2010. Sleep quality and fatigue in pregnant women. *Ege Journal of Medicine* 49(2), 87–94.
2. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm A, Myllylä V. 2002. Effects of pregnancy on mother's sleep. *Sleep Medicine* 3(1), 37–42.
3. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana: ”Skylly ja Kharybis”. 2., uudistettu painos. Lääkelaitos.
4. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.

6.7 ANDRA GRAVIDITETSBE SVÄR

Hemorroider och åderbräck i benen och i de yttre könsorganen kan uppkomma eller försvåras under graviditeten. Hemorroider är ofta som svårast genast efter förlossningen. Åderbräck orsakar förutom svullnad ofta smärta, tryckkänsla och domningar i benen. Svullnad förekommer hos upp till 80 procent av kvinnorna även under en normal graviditet. I slutet av graviditeten kan den fysiologiska svullnaden vara så svår att man inte får på sig skorna eller att ringarna inte går på fingrarna. Att hålla benen högt och att använda stödstrumpor lindrar sådana symtom i benen som beror på åderbräck. Användning av stödstrumpor har emellertid inte konstaterats hindra att åderbräck bildas.¹

Nästan hälften av alla gravida kvinnor har muskelkramp eller sendrag i benen. Kramperna är vanligast från och med den andra trimestern och är särskilt besvärliga på natten. Även om kramperna inte orsakar muskelskador kan de vara smärtsamma. Man kan lindra muskelkramperna genom att stå på det ben som krampar och genom att stretcha och massera muskeln.² En del kvinnor upplever att massage, stretchning och motion minskar kramperna. Dessutom finns det svag evidens för att kalcium (500–1000 mg/dygn) och alternativt magnesium (250–500 mg/dygn) hjälper mot muskelkramp.³

REKOMMENDATION

- ▶ Hemorroider under graviditeten behandlas genom att duscha med vatten och genom sittbad.
 - ▶ Mycket svåra hemorroidbesvär under graviditeten behandlas lokalt, till exempel med salva och stolpiller.
 - ▶ Kirurgisk behandling av hemorroider behövs mycket sällan under graviditeten. En enskild smärtsam trombotiserad hemorroid kan också tömmas på mödrarådgivningen med hjälp av ett litet snitt, och detta sker genom spraybedövning.
 - ▶ Att hålla benen högt och använda stödstrumpor kan lindra sådana symtom i benen som beror på åderbräck.
 - ▶ Vid bensvullnad är det viktigt att utesluta symtom som beror på preeklampsi (se kap. Preeklampsi).
 - ▶ Muskelkramp kan lindras genom massage och stretchning och eventuellt minskas genom intag av kalcium eller magnesium.
-

Källor

1. Bamigboye AA, Smyth RMD. 2010. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy (Review). The Cochrane Library, Issue 1.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 313. Kustannus Oy Duodecim.
3. Young G, Jewell G. 2011. Interventions for leg cramps in pregnancy (Review). The Cochrane Library Issue 11.



7 HÄLSOUNDERSÖKNINGAR PÅ MÖDRARÅDGIVNINGEN

7.1 ALLMÄNNA PRINCIPER

Hälso- och sjukvårdslagen¹ förpliktar kommunerna att anordna rådgivningsbyråttjänster för alla gravida kvinnor som är bosatta i området. Till dessa tjänster hör att regelbundet och efter individuellt behov följa och främja fostrets sunda tillväxt, utveckling och välbefinnande och hälsan hos gravida kvinnor och kvinnor som fött barn. Till rådgivningens tjänster hör också att stödja föräldraskapet och familjens allmänna välbefinnande, att främja en hälsosam hemmiljö och annan uppväxt- och utvecklingsmiljö för barnet och sunda levnadsvanor i familjen, att i ett tidigt stadium identifiera barnets och familjens behov av särskilt stöd och undersökningar och att stödja barnet och familjen och vid behov hänvisa dem till undersökningar eller vård.

Enligt statsrådets förordning² om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga ska minst en omfattande hälsoundersökning ordnas för familjer som väntar barn. Förordningen fäster vikt vid att behovet av särskilt stöd identifieras i ett så tidigt skede som möjligt och att det stöd som behövs tillhandahålls utan dröjsmål. Därför ska extra besök och hembesök vid behov ordnas, och olika kommunala aktörer, den specialiserade sjukvården och andra aktörer ska samarbeta.

Enligt THL:s statistikrapport uppgick antalet besök till i genomsnitt 15,8 per graviditet i Finland år 2011, och av dessa besök gjordes i genomsnitt 3,2 på poliklinken.³ Antalet besök inom den specialiserade sjukvården varierar i olika delar av landet, sannolikt på grund av olika vård- och remisspraxis.

I denna rekommendation innehåller den grundläggande strukturen för de återkommande hälsoundersökningarna minimiantalet besök som är planerade för lågriskgraviditeter som framskrider på normalt sätt. Observationsstudier har visat att undersökningarna inom mödravården har minskat mödra- och barndödligheten och förbättrat graviditetsutfallet. Största delen av graviditeterna är lågriskgraviditeter, och flera studier har utrett möjligheten att minska antalet besök i samband med dessa graviditeter. En Cochrane-översikt⁴ (sju randomiserade studier, 60 724 kvinnor) visar att ett minskat antal besök inte leder till en ökning av antalet för tidiga förlossningar, andelen nyfödda med låg födelsevikt, behovet av intensivvård hos nyfödda, problem med blodtrycket hos föderskor, preeklampsi, blödningar före eller efter förlossningen, kejsarsnitt, igångsättande av förlossningen eller anemi efter förlossningen. Fyra av studierna gjordes i länder med hög levnadsstandard, och i dessa studier var antalet besök i genomsnitt 2,6 färre (8–12 besök) än vid traditionell uppföljning. Antalet uppföljningsbesök inverkar inte på den perinatale dödligheten i länder med hög levnadsstandard. I västländerna har man fäst uppmärksamhet vid undersökningsbesökens

tidpunkt och innehåll.⁵ Det centrala innehållet i (och målet för) varje återkommande hälsoundersökning ska vara definierat och åtgärderna ska vara evidensbaserade.

I denna rekommendation avser lågriskgraviditet situationer där den gravida kvinnan inte lider av någon betydande kronisk sjukdom och inte löper förhöjd risk för graviditets- eller förlossningskomplikationer på grund av tidigare graviditeter eller bakgrund. När man ser till att antalet besök inte i onödan ökar i samband med lågriskgraviditeter, frigörs rådgivningens resurser för sådana gravida kvinnor som konstaterats ha ett särskilt stödbehov. Behovet av extra stöd och extra besök kan bero på den gravida kvinnans hälsotillstånd, problem i den psykiska hälsan, missbruk, tidigare graviditeter eller förlossningar, problem som anknyter till graviditeten, ålder, familje- eller livssituation eller levnadsvanor.

Studier visar att mödravården minskar riskfaktorerna vid riskgraviditeter, till exempel andelen kvinnor som röker, och därmed även antalet för tidiga förlossningar och andelen nyfödda med låg födelsevikt.⁶⁻⁷ Det innebär att kvinnor i högriskgruppen ska få mödravård som innehåller ett tillräckligt antal träffar och fäster särskild vikt vid hälsorådgivning och psykosociala problem. Framför allt interventionsprogram för kvinnor som använder alkohol och droger leder till en minskning av graviditetsproblemen, till exempel för tidig förlossning och försenad tillväxt hos fostret. Programmen förbättrar också de nyföddas möjligheter att klara sig och minskar på kostnaderna.⁸⁻¹⁰

De besök som görs på hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens mottagning i början av graviditeten är ett lämpligt tillfälle att bedöma om det finns något sådant i kvinnans livssituation eller hälsa som kräver frekventare uppföljning. Det kan vara fråga om psykiska problem eller någon annan kronisk sjukdom, såsom blodtrycksjukdom, eller problem som uppkommit vid tidigare graviditeter, såsom för tidig förlossning eller tidig och svår preeklampsi. Vid en flerbördsgraviditet sker uppföljningskontrollerna med tätare intervall. I och med att graviditeten framskrider bedöms behovet av eventuella extra besök individuellt vid varje rådgivningsbesök. Ett behov av extra besök kan uppkomma till följd av graviditetsproblem, till exempel symtom på för tidig förlossning eller förhöjt blodtryck. Ett behov av extra besök som beror på familjens livssituation kan framgå vid den omfattande hälsoundersökningen för familjer som väntar barn.

Behovsprövade extra besök kan ordnas på hälsovårdarens/barnmorskans och/eller rådgivningsläkarens mottagning eller som hembesök tillsammans med en familjearbetare. Det finns endast knapphändigt med forskningsrön kring hur stor del av mödravårdens totala resurser som borde styras till behovet av särskilt stöd. Behovet av extra besök beror på problemets karaktär och på målgruppen. De studier som gjorts om särskilda uppföljningsprogram under graviditeten har framför allt gällt minskning av fallen med för tidig födsel, låg födelsevikt och dödlighet hos nyfödda.¹¹⁻¹²

Vid personaldimensioneringen inom mödravården måste andelen extra besök beaktas. Utgående från erfarenheterna bedömer den expertgrupp som sammanställt denna rekommendation att 20 procent av den tid som används för rådgivningens mottagningsarbete behöver reserveras för extra besök.

REKOMMENDATION

- ▶ Alla gravida kvinnor omfattas av de återkommande hälsoundersökningarna vid mödrarådgivningen. Vid lågriskgraviditeter som framskrider på normalt sätt kan dessa undersökningar utgöra en tillräcklig uppföljning.
- ▶ Vid de besök som görs i början av graviditeten bedöms behovet av extra besök. Behovet av extra besök bedöms därefter i samband med varje rådgivningsbesök.
- ▶ 20 procent av den tid som används för rådgivningens mottagningsarbete ska reserveras för behovsprövade extra besök.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/201110338>
3. Vuori, E, Gissler M, 2011. Perinatalstatistik – föderskor, förlösningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>.
4. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.:CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.
5. Beeckman K, Louckx F, Masuy-Stroobant G, Downe S, Putman K. 2011. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. BMC Health Serv Res 11, 213.
6. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. (3): CD001055.
7. Ricketts SA, Murray EK, Schwalberg R. 2005. Reducing Low Birthweight by Resolving Risks: Results from Colorado's Prenatal Plus Program. Am J Public Health, 95(11), 1952–1957.
8. Goler NC, Armstrong MA, Osejo VM, Hung YY, Haimowitz M, Caughey AB. 2012. Early start: a cost-beneficial perinatal substance abuse program. Obstet Gynecol. 119(1), 102–10.
9. Goler NC, Armstrong MA, Taillac CJ, Osejo VM. 2008. Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard. J Perinatol. 28(9), 597–603.
10. Kukko H, Halmesmäki E. 1999. Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 78(1), 22–6.
11. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. 2010. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. Cochrane Database Syst Rev, 16 (6): CD000198.
12. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. 2011. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and pre-term birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 11, 13.

7.2 KONTAKT MED RÅDGIVNINGEN NÄR EN GRAVIDITET PLANERAS

Den som planerar en graviditet ska vid behov kunna kontakta rådgivningen. När kvinnan tar kontakt ges rådgivning per telefon eller också reserveras en tid, beroende på ärendet antingen på hälsovårdarens/barnmorskans eller rådgivningsläkarens mottagning.¹ Typiska orsaker till ett behov av graviditetsplanering kan bland annat vara en kronisk sjukdom hos mamman, ärftliga sjukdomar i släkten, psykosociala problem i familjen eller familjens behov av information och stöd när en graviditet övervägs eller planeras. En klient som planerar en graviditet ska få den information och det stöd som behövs. Vid behov styrs klienten och hennes familj till fortsatta stödtjänster.

Även i det fallet att mamman har en kronisk sjukdom (se kap. Kroniska sjukdomar), behövs endast i sällsynta fall en remiss till specialiserad sjukvård för särskild graviditetsplanering. Huvudprincipen är att graviditetsplanerna diskuteras tillsammans med den behandlande läkaren, som sedan vidtar de åtgärder som eventuellt behövs för planeringen av en graviditet eller när en graviditet börjar. I allmänhet är målsättningen också att en underliggande sjukdom är så välkontrollerad som möjligt under graviditeten (till exempel astma, kroniska tarmsjukdomar, epilepsi, blodtryckssjukdom). Ibland måste läkemedelsbehandlingen ändras på grund av att en graviditet planeras. I en sådan situation kan rådgivningsläkaren vid behov ge experthjälp, men oftast är det bäst att ändringar i läkemedelsbehandlingen och den anknytande uppföljningen sker på den behandlande läkarens mottagning. I samband med epilepsi och typ 1-diabetes rekommenderas att en tillräcklig tillförsel av folsyra tryggas redan då en graviditet planeras.

Vid de flesta centralsjukhusen finns en poliklinik för graviditetsplanering i anslutning till den inremedicinska polikliniken eller moderskapspolikliniken. Hit kan patienten vid behov remitteras, om en underliggande sjukdom inte fås under kontroll eller om en graviditet kan medföra en allvarlig risk för patientens hälsa. Vanligen kan en remiss till specialiserad sjukvård behövas när en graviditet planeras exempelvis vid komplicerad diabetes, njursvikt, svår trombofili eller en hjärtsjukdom som begränsar livet. Det går också att rådgöra om graviditetsplanerna med den specialiserade sjukvården utan remittering.

Det är viktigt att i god tid före en graviditet klarlägga betydelsen av genetiska sjukdomar som förekommer i släkten (se kap. Extra uppföljning av den gravida kvinnan och familjen i specialfall). Ofta har genetisk rådgivning redan getts och familjen är medveten om riskerna med graviditeten och om möjligheten till prenataldiagnostik. Om familjen inte har kunskap om ämnet ska familjen ges den rådgivning som behövs.² Vid behov skrivs en remiss till genetisk rådgivning vid den genetiska polikliniken eller moderskapspolikliniken.

Även i samband med psykosociala problem i familjen ska man sträva efter att utnyttja de vårdrelationer som redan är tillgängliga. Vid behov kontaktas till exempel socialväsendet, rådgivningen för familjer och fostringsfrågor, mentalvårdsbyrån eller den specialiserade sjukvården.

REKOMMENDATION

- ▶ Det går bra att kontakta rådgivningen när en graviditet planeras.
- ▶ Om den som planerar en graviditet lider av en kronisk sjukdom, ska graviditetsplanerna i första hand diskuteras med den behandlande läkaren. Eventuell genetisk rådgivning ges före graviditeten.

Källor

1. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter J. 2010. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv* 65, 119–31.
2. Salonen R. 2005. Milloin gynekologin potilas tarvitsee perinnöllisyyslääkäriä? *SLL* 60, 2197–201.

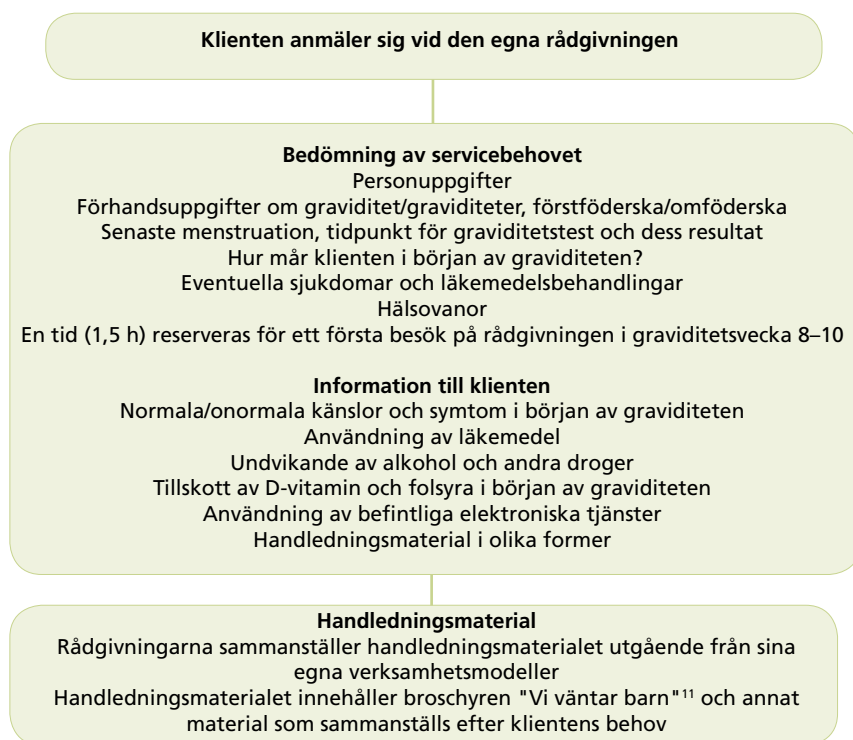
7.3 DEN FÖRSTA KONTAKTEN MED MÖDRARÅDGIVNINGEN UNDER GRAVIDITETEN

I Finland söker sig nästan alla mödrar till mödrarådgivningens tjänster då de hoppas på eller planerar en graviditet, då de konstaterat att de är gravida eller misstänker det. Om mamman vill delta i fosterscreening ska hon helst söka sig till mödrarådgivningen redan före graviditetsvecka 8, i övriga fall senast före utgången av graviditetsvecka 16, vilket är villkoret för att få moderskapsunderstöd.^{1–3} Vanligtvis anmäler sig klienten per telefon. Detta är ofta klientens första kontakt med mödrarådgivningen och är därför på många sätt viktigt för att en tillförlitlig klientrelation ska uppstå. Om klienten till exempel på grund av en begränsning i sinnesfunktionerna inte kan anmäla sig per telefon, kan det också ske genom ett besök på rådgivningen.

Kontakt per telefon är ett bra sätt att snabbt ge information och emotionellt stöd, men handledning som sker per telefon gör servicen mindre klientorienterad och det blir också svårare att förmedla sakkunskapen mellan experten och klienten.^{4–5} För att den handledning som ges per telefon ska lyckas måste personalen ha en god förmåga att lyssna, vara uppmärksam och empatisk och ge noggrann och tydlig handledning.^{6–8}

Det viktigaste målet i bedömningen av servicebehovet är att klarlägga klientens baskunskaper, att ge handledning i anknytning till graviditeten och information om rådgivningens verksamhet (figur 1). Den centrala principen för mödrarådgivningens tjänster är att rådgivningen ska utgå från familjen⁹, och därför är det viktigt att klienten känner att hela familjen är välkommen till rådgivningen. Mödrarådgivningens klienter

får handledningsmaterial, som förutom det som nämns ovan också innehåller information om till exempel livet i en spädbarnsfamilj (figur 1). Materialet kan skickas hem, ges till klienten i samband med ett rådgivningsbesök eller finnas till hands elektroniskt till exempel på hälsovårdscentralens webbplats. Materialets betydelse framhävs när det gäller förstföderskor, eftersom de ofta har ett stort informationsbehov. Det är viktigt att klienten får gå igenom materialet tillsammans med en yrkesutbildad person.¹⁰ Om klienten hör till en riskgrupp eller om något avvikande framgår av klientens anamnes, fortsätter arbetet utgående från klientens situation.



FIGUR 1. Den första kontakten med mödrarådgivningens tjänster.

REKOMMENDATION

- ▶ Vid bedömningen av servicebehovet, både när kvinnan ringer till den egna hälsovårdaren/barnmorskan och den centraliserade tidsbeställningen, ska familjen ges tid för ett första besök på rådgivningen och en bedömning av servicebehovet ska inledas: syftet är att klarlägga klientens baskunskaper, att ge handledning för graviditeten och att ge information om rådgivningens verksamhet.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 1993. Lag om moderskapsunderstöd 28.5.1993/477. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1993/19930477>.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2006. Statsrådets förordning om screening 1339/2006. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2006/20061339>.
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2009. Statsrådets förordning om ändring av statsrådets förordning om screening 280/2009. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2009/20090280>.
4. Kääriäinen M, Lahdenperä T, Kyngäs H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprocessi. *Tutkiva Hoitotyö*, 3(3), 27–31.
5. Kyngäs H, Hentinen M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.
6. Greenberg E, Schultz C. 2002. Telephone Nursing: Client Experiences and Perceptions. *Nursing Economics*. 20 (4), 181–187.
7. Hughes, RA. 2003. Telephone helplines in rheumatology. *Rheumatology* 42 (2), 197–199.
8. Parikka, A. 2005. Hoitotakuulaki tuo haasteita terveystalouden puhelinneuvontaan. *Sairaanhoidaja* 78(2), 9–10.
9. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>.
10. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård: motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11.
11. Institutet för hälsa och välfärd 2011. Vi väntar barn. Handbok för graviditetstiden och vård av små barn. Helsingfors 2011.

7.4 BESÖKSSTRUKTUREN FÖR DE ÅTERKOMMANDE HÄLSOUNDER SÖKNINGARNA

Under graviditeten ordnas minst nio återkommande hälsoundersökningar på mödrarådgivningen för förstfödelskor och minst åtta för omfödelskor. I dessa undersökningar under graviditeten ingår en omfattande hälsoundersökning för alla familjer och två läkarundersökningar. Förstfödelskor erbjuds två hembesök, varav det ena görs under graviditeten (graviditetsvecka 30–32) och det andra efter förlossningen (1–7 dygn efter hemkomsten). Omfödelskor erbjuds ett hembesök efter förlossningen. Efterundersökningen efter förlossningen görs antingen av en läkare eller av en hälsovårdare/barnmorska med lämplig utbildning. Förstfödelskor erbjuds sammanlagt elva och omfödelskor tio återkommande hälsoundersökningar.

Utöver de återkommande hälsoundersökningarna ordnas extra besök på mödrarådgivningen utgående från det individuella behovet hos gravida kvinnor och kvinnor som fött barn. I personaldimensioneringen har 20 procent av hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens arbetstid på mottagningen reserverats för extra besök. Det är viktigt att samarbetet fungerar mellan hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren för att arbetsfördelningen ska vara smidig och för att trygga en obruten informationskedja. I detta kapitel presenteras besöksstrukturen för de återkommande hälsoundersökningarna (tabell 1) och definieras undersökningarnas centrala innehåll.

TABELL 1. Besöksstrukturen för de återkommande hälsoundersökningarna för förstföderskor (F) och omföderskor (O)

Tidpunkt	Paritet	Återkommande hälsoundersökning och personal som deltar	Tid*
gv 6–8	F, O	Den första kontakten: bedömning av servicebehovet per telefon eller vid behov vid ett personligt möte	15 min.
gv 8–10	F, O	Det första besöket hos hälsovårdaren/barnmorskan	1 tim. 30 min.
gv 13–18	F, O	Omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn: hälsovårdarens/barnmorskans del	1 tim. 30 min.
gv 13–18	F, O	Omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn: läkarens del	30 min.
gv 22–24	F, O	Hälsovårdaren/barnmorskan	30 min.
gv 26–28	F	Hälsovårdaren/barnmorskan	30 min.
gv 30–32	F, O	Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning eller hembesök hos förstföderskor	30 min. eller 2 tim. 30 min.
gv 35–36	F, O	Läkaren	30 min.
gv 37–41	F, O	Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning med två veckors intervall eller vid behov oftare	30 min.
Förlossningen			
1–7 dygn	F, O	Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning eller hembesök	60 min. 2 tim. 30 min.
5–12 veckor	F, O	Efterundersökning efter förlossningen, görs antingen av läkaren eller hälsovårdaren/barnmorskan	30 min.

*Tiderna är riktgivande. Personalen reserverar en tillräcklig och lämplig tid utgående från klientfamiljens individuella behov (beakta exceptionella situationer, till exempel behov av tolk)

* Vid tidsdimensioneringen har en separat tid reserverats för dokumentationen (se kap. Registrering och statistikföring och bilaga 9 och 10).

Tidpunkter och centralt innehåll i de återkommande hälsoundersökningarna

- gv 6–8 Den första kontakten med rådgivningen (F, O) (se kap. Den första kontakten med mödrarådgivningen under graviditeten)
- en bedömning av servicebehovet görs och hälsorådgivning och anvisningar om material som gäller det första besöket ges per telefon (eller på rådgivningen, om klienten har en begränsning i sinnesfunktionerna som hindrar henne från att ringa)
 - kvinnan kallas till mottagningen tillsammans med partnern

- gv 8–10 **Det första besöket hos hälsovårdaren/barnmorskan: hälsorådgivning och grundläggande undersökningar (F, O)**
- den gravida kvinnans och partners hälsotillstånd klarläggs
 - tidigare graviditeter och förlossningar
 - kvinnans arbete och beaktande av riskfaktorer, vid behov hänvisning till fortsatta undersökningar och överenskommelse om extra besök
 - hälsorådgivning; kartläggning av hälso- och motionsvanor och individuell rådgivning, vid behov hänvisning till fortsatt vård, rådgivning som anknyter till munhälsan
 - diskussion om användningen av alkohol och andra droger (AUDIT, andra möjliga intervjuer, undersökning av tobaksberoende, läkemedel). Vid behov behandling med nikotinersättning.
 - diskussion och rådgivning om screening av fosteravvikelser, alla ska få THL:s handbok ”Fosterscreeningar – Guide för dem som väntar barn” som är avsedd för alla gravida kvinnor, vid behov reserveras en tid till screening
 - blodprov och andra nödvändiga laboratorieprov i början av graviditeten (blodgruppsbestämning, infektionsprov)
 - vid behov hänvisning till glukosbelastning i graviditetsvecka 12–16
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, längd, vikt, BMI, mittstråleurin + bakterieodling, hemoglobin
 - både muntlig och skriftlig kallelse till den omfattande hälsoundersökningen
- gv 13–18 **Omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn (också hälsorådgivning och grundläggande undersökningar): hälsovårdarens/barnmorskans del (F, O)**
- bägge föräldrarna kallas tillsammans till mottagningen
 - klarläggning av hela familjens välbefinnande med hjälp av samtal, observationer och eventuella blanketter, till exempel den blankett som behandlar resurser i familjer som väntar barn
 - den gravida kvinnans och partners sinnesstämning (EPDS, se kap. Psykiska problem)
 - sjukdomar (sådana som påverkar familjens livssituation)
 - hälsovanor (AUDIT, tobaksberoende, droger, läkemedel hos partnern, om detta inte gjorts tidigare)
 - interaktionen i familjen
 - parrelationen (diskutera också sexualitet och konstruktiva gräl, fråga om våld i parrelationen då partnern inte är närvarande)
 - föräldrarnas förväntningar på förlossningen och föräldraskapet eller upplevelser av tidigare förlossningar
 - stödnätverk
 - ekonomisk situation
 - presentation av familjeträningen
 - anvisningar om ultraljudsundersökning av anatomin och tidsbeställning efter behov
 - säkerställ att all information förmedlas till ditt arbetspar
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos, u-protein, fostrets puls

- gv 13–18 **Omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn: läkarens del (F, O)**
- klarläggande av hela familjens välbefinnande och hälsotillstånd med hänsyn till innehållet i den föregående omfattande hälsoundersökningen som gjorts av hälsovårdaren/barnmorskan och med hänsyn till familjens behov (familjesituationen, parrelationen, föräldraskapet, humöret, vid behov BDI-formulär; se kap. Psykiska problem)
 - samtal om screening av fosteravvikelser
 - hälsorådgivning och stöd (kost, motion, missbruk) vid behov behandling med nikotinersättning
 - faktorer i kvinnans arbete som kan påverka graviditeten
 - viktiga medicinska faktorer som anknyter till graviditetsförloppet (inkl. risker), anvisningar för hur den gravida kvinnan själv kan följa upp dem (oroväckande symtom och agerande i sådana situationer)
 - känslor som anknyter till graviditeten och förlossningen (också bekymmer, fysisk hälsa)
 - fostrets puls
- gv 22–24 **Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning (F, O)**
- den fysiska och psykiska hälsan: föregripande sammandragningar, ryggbesvär, humör, stöd för den egna uppföljningen, oroväckande symtom och hur kvinnan ska agera i samband med dem, styrning till glukosbelastning (gv 24–28), uppföljning hemma inleds efter behov
 - blodgruppsbestämning efter behov (gv 24–26), behov av anti-D-immunglobulin uppmärksammas (se kap. Blodgruppsbestämning och immunisering)
 - Blankett för screening och kartläggning av våld i nära relationer, då partnern inte är närvarande
 - BCG-förfrågan¹³
 - stöd för att den gravida kvinnan ska kunna arbeta, motion, kost och övriga hälsovanor
 - information om ansökning om FPA:s förmåner och intyg över graviditeten (SV75r)
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos och u-protein, SF-mått, fostrets puls
- gv 26–28 **Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning (F)**
- den fysiska och psykiska hälsan i arbetet, studierna och på fritiden
 - den gravida kvinnans och fostrets hälsa: symtom på preeklampsi, sammandragningar, fostrets tillväxt
 - handledning och stöd för den gravida kvinnans egen uppföljning (oroväckande symtom och agerande i sådana situationer)
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos, u-protein och vid behov hemoglobin, SF-mått, fostrets puls
- gv 30–32 **Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning (eller hembesök hos en förstföderska): hälsorådgivning och grundläggande undersökningar (F, O)**
- den fysiska hälsan: föregripande sammandragningar, ryggbesvär
 - humör, kost, motion, andra hälsovanor
 - amningens betydelse och förberedelse inför amningen (se kap. Amning)
 - föräldraskapet
 - tidig interaktion (VaVu-intervju)

- babys skötsel och utrustning
 - ett stödnätverk sammanställs vid behov
 - familje- och arbetssituation
 - förlossningen och känslor i anknytning till den, vid behov hänvisning till förlossningsplanering på förlossningssjukhuset
 - blankett med förhandsuppgifter till förlossningssjukhuset
 - handledning för den gravida kvinnans egen uppföljning och oroväckande symptom (preeklampsi, sammandragningar, klåda, blödningar, fostervattnet, vid behov fostrets rörelser)
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos, u-protein och vid behov hemoglobin, yttre undersökning, SF-mått, fostrets puls
- gv 35–36 **Besök på läkarens och hälsovårdarens/barnmorskans mottagning: hälsorådgivning och grundläggande undersökningar (F, O)**
- fysisk hälsa, humör (vid behov EDPS/BDI-formulär, se kap. Psykiska problem)
 - hälsovanor
 - tecken på att förlossningen närmar sig och eventuella bekymmer och rädslor i anknytning till förlossningen
 - bedömning av förlossningssättet och de riskfaktorer som anknyter till förlossningen, vid behov styrning till förlossningssjukhuset
 - sexualitet i slutet av graviditeten och efter förlossningen, familjeplanering efter förlossningen
 - amning
 - vid behov kontroll av blodgruppsantikroppar i graviditetsvecka 36
 - screening av streptokock B i graviditetsvecka 35–37
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos, u-protein, SF-mått, yttre undersökning, fosterbjudning, fostrets puls
- gv 37–41 **Besök på hälsovårdarens/barnmorskans mottagning med två veckors intervall: hälsorådgivning och grundläggande undersökningar (F, O)**
- fysisk hälsa, humör
 - handledning för den gravida kvinnans egen uppföljning och oroväckande symptom (preeklampsi, klåda, blödningar, fostervattnet, fostrets rörelser)
 - frågor som anknyter till förlossningen
 - amning
 - parrelationen
 - familjens förberedelser inför barnets födelse
 - vid behov en remiss till förlossningssjukhuset om den beräknade tiden överskrids
 - grundläggande undersökningar: blodtryck, vikt, u-glukos, u-protein, yttre undersökning, SF-mått, fostrets puls
- 1–7 dygn **Mottagningsbesök eller hembesök efter förlossningen, hälsovårdaren/barnmorskan: hälsorådgivning och undersökningar (F, O) (se kap. Hembesök)**
- parets upplevelser av graviditeten och förlossningen
 - humör
 - amning
 - mammans fysiska återhämtning (livmodern drar ihop sig, vid behov kontroll av episiotomi, blödningar och bröstet)
 - undersökning av det nyfödda barnet: bedömning av barnets allmänna hälsa och grundfunktioner

- information om fortsatt uppföljning av det nyfödda barnets hälsa och utveckling på barnrådgivningen (tidsbeställning efter behov)
- parrelationen och sexualiteten, preventivrådgivning
- tidig interaktion och föräldraskapet
- barnskötsel
- uppmärksammande av syskonen
- stödnätverk
- säkerheten i hemmet

5–12 veckor Efterundersökning, läkare eller hälsovårdare/barnmorska med lämplig utbildning (F, O) (se kap. Efterundersökning)

- upplevelserna av graviditeten och förlossningen
- reproduktiv och sexuell hälsa (preventivrådgivning)
- amning
- mammans och familjens resurser (stödnätverk)
- depression efter förlossningen (EPDS)
- mammans välbefinnande och hälsovanor
- intyg över efterundersökning (SV 75r)
- plan för fortsatt uppföljning av hälsotillståndet (om klienten har haft GDM eller någon annan störning eller sjukdom under graviditeten eller förlossningen som kräver senare observation)
- grundläggande undersökningar: blodtryck, hemoglobin, u-glukos, u-protein, vikt.

Källor

1. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjo P. 2001. WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 19:357 (9268), 1565–1570.
2. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
3. Joanna Briggs Institute. 2009. *Midwifery Practice Manual: Antenatal Visits: Routine Care*.
4. Korpi-Hyövälti E. 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmiin kuuluvilla naisilla: syö yhden, liiku kahden puolesta. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0978-7/urn_isbn_978-952-61-0978-7.pdf.
5. Mathai M. 2011. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy: RHL commentary (last revised: 1 January 2011). The WHO Reproductive Health Library. World Health Organization. Geneva.
6. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. www.nice.org.uk/CG062.
7. Nasjonale Faglige retningslinjer. 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen... Sosial- og helsedirektoratet.
8. SFOG, 2008. Mödrahälsövård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
9. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård: motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11.
10. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010, 15 §. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
11. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>.
12. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. 2007. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Review). The Cochrane Library 4.
13. <https://www.thl.fi/sv/web/vaccinationer/vaccin-och-sjukdomar/vacciner-a-o/bcg-vaccinationer>

7.5 OMFATTANDE HÄLSOUNDERSÖKNING FÖR FAMILJER SOM VÄNTAR BARN

I den omfattande hälsoundersökning som ordnas vid mödrarådgivningen ingår alltid en bedömning av föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande.¹⁻² Den omfattande hälsoundersökningen definieras och beskrivs detaljerat i THL:s anvisningar som är avsedda för den personal och de beslutsfattare som har hand om de omfattande hälsoundersökningarna.³

Med *omfattande hälsoundersökning* avses en hälsoundersökning som görs vid mödrarådgivningen och där

1. den gravida kvinnan och i mån av möjlighet hennes partner deltar,
2. det kommande barnets, föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande och bidragande faktorer utreds ur ett brett och mångsidigt perspektiv och
3. undersökningen genomförs av en hälsovårdare eller en barnmorska tillsammans med en läkare.

En förutsättning för att hälsoundersökningen ska kunna genomföras är god interaktion och ett fungerande samarbete mellan familjen och personalen. Den omfattande hälsoundersökningen innefattar alltid också hälsorådgivning; undersökningen och rådgivningen ska bilda en systematisk helhet.³

Syftet med de omfattande hälsoundersökningarna är att tillsammans med familjen bilda en uppfattning om hälsan och välbefinnandet hos det barn som ska födas, föräldrarna och hela familjen. Också eventuella åtgärder som familjen själv behöver vidta eller som vidtas i servicesystemet överenskomms tillsammans, liksom också genomförandet av dessa åtgärder. *Målet* är att stärka barnets, föräldrarnas och hela familjens resurser, hälsa och välbefinnande, att tidigarelägga identifieringen av familjens och familjemedlemmarnas stödbehov och att säkerställa att familjen får stöd i rätt tid. Målet är dessutom att effektivare kunna förebygga marginalisering och minska ojämlikheten i hälsa.³

Betydelse

Den omfattande hälsoundersökningen ger goda möjligheter för att identifiera och stödja individens och familjens resurser, bland annat att stödja föräldrarnas psykiska hälsa och tidig interaktion, parförhållandet och föräldraskapet (se kap. Föräldrarnas resurser och tidig interaktion). Undersökningen ger också möjlighet att utnyttja verksamhetsmodeller och arbetsmetoder som konstaterats vara effektiva för att främja familjernas välbefinnande (bl.a. emotionellt och kunskapsmässigt stöd, hälsorådgivning, hembesök, verksamhet i grupper med stöd av personer i samma situation).³ När det gäller de ämnesområden som behandlas vid den omfattande hälsoundersökningen har den rådgivning som anknyter till motion, kost, viktkontroll och användning av tobak,

alkohol och droger konstaterats leda till att kostnaderna minskar.⁴ Det finns vetenskaplig evidens för att den motiverande intervju som kan användas för att intervjua föräldrarna och ge dem hälsorådgivning bidrar till förändringar i hälsovanorna.⁵

En ömsesidig klientrelation som grundar sig på ett slags partnerskap stödjer föräldrarnas delaktighet i frågor som gäller dem själva och familjen och uppmuntrar dem till att lyfta fram egna synpunkter och lösningar. När man sätter sig in i familjens angelägenheter blir verksamheten effektivare, och när man tar tag i problemen i ett tidigt skede kan man rentav förkorta den totala tid som går åt till familjen och minska på hälso- och sjukvårdens kostnader. De bekymmer som lyfts fram i diskussionerna eller som uppkommit i samband med hälsoundersökningen ska tas upp med föräldrarna. En särskild resurs i den omfattande hälsoundersökningen är samarbetet mellan hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren, som i bästa fall ger möjlighet och stöd för att även svåra problem i familjerna kan behandlas inom servicen på basnivå.

Centrala ämnesområden

Föräldrarnas välbefinnande

Vid den omfattande hälsoundersökning som görs på mödrarådgivningen klarläggs förutom den gravida kvinnans och fostrets hälsa också hela familjens välbefinnande. I praktiken är det naturligtast att gå igenom frågor som gäller familjen, föräldrarna och de eventuella syskonen samtidigt och utgående från ett ämnesområde i taget. Olika ämnesområden betonas enligt den gravida kvinnans och hela familjens behov och önskemål och utgående från hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens uppfattning som grundar sig på hälsoundersökningen, förhandsuppgifterna och tidigare uppgifter. De kliniska undersökningarna inriktas utgående från den information som framgått vid diskussionerna.³

Nedan finns en sammanfattning av teman och frågor efter ämnesområde. Med hjälp av dem kan hälsan och välbefinnandet granskas och bedömas ur alla parter perspektiv. Diskussionen utgår från föräldrarnas egen bedömning av familjens situation, deras behov och eventuella bekymmer. Det är inte meningen att en omfattande hälsoundersökning ska innefatta alla ämnesområden, utan ämnesområden behandlas utgående från familjens behov och efter hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens övervägande.³ Föräldrarna kan uppmuntras till att fundera på den egna och familjens situation redan före den omfattande hälsoundersökningen, till exempel med hjälp av den blankett som behandlar resurser. Blanketten är då till hjälp för att öppna diskussionen utgående från familjens individuella behov.

Den gravida kvinnans och fostrets hälsotillstånd. Den gravida kvinnans fysiska, psykiska och sociala hälsa följs upp vid den omfattande hälsoundersökningen. Centrala samtalsämnen är den gravida kvinnans fysiska hälsa, sinnesstämning och hur hon orkar i arbetet och hemma. Familjer som väntar sitt första barn hänvisas till familjeträning och ges information om sociala förmåner och tjänster.

Föräldrarnas hälsa och välbefinnande. Tillsammans med föräldrarna diskuteras framför allt pappans (eller partners) hälsotillstånd och välbefinnande, eventuella sjukdomar, behandlingen av dem och deras inverkan på familjelivet, bland annat på omsorgen om barnen och interaktionen i familjen. Också paret's ömsesidiga relation, en fungerande interaktion, frågor som gäller den sexuella hälsan och förväntningarna på föräldraskapet är viktiga samtalsämnen. Det är viktigt att ta upp föräldrarnas inre bilder av det barn som ska födas för att stödja den tidiga interaktionen och tillgivenheten mellan barnet och föräldrarna. Diskutera också hur föräldrarna orkar och hur till exempel arbetsfördelningen och stödnätverket ser ut.

Föräldrarnas hälsovanor. I början av den andra trimestern är det lämpligt att ingående diskutera mammans och hela familjens hälsovanor, såsom rökning, användningen av alkohol och andra droger och frågor som gäller kost, motion och vila. Vid samtalet är det bra att återgå till de enkäter och kartläggningar som gjorts i början av graviditeten och eventuella anknytande åtgärder. Vid samtalet beaktas eventuella ofördelaktiga hälsovanor som kan medföra risker för graviditeten, fostrets välbefinnande, förlossningen och vården av det barn som ska födas. Diskutera goda hälsovanor i samband med hälsoundersökningen, gör en bedömning av vilka vårdåtgärder som behövs och kom överens om hänvisning till tjänster. Motivera föräldrarna till att förbättra sina hälsovanor.

Föräldrarnas parrelation och atmosfären i hemmet. Vid den omfattande hälsoundersökningen ska uppmärksamhet fästas vid föräldrarnas och hela familjens livssituation och välbefinnande och sådana faktorer som stödjer eller eventuellt försämrar dem. Vid mötet förutses de förändringar som kommer att ske i och med barnets födelse och diskuteras förväntningar som gäller förändringarna i familjesituationen, familjens sociala relationer och resurser. Det centrala temat är hur barnets födelse och hur barnet senare i olika åldrar kommer att inverka på parrelationen och hur parrelationens kvalitet påverkar barnets välbefinnande. Det är särskilt viktigt att fästa vikt vid hur situationen ser ut för dem som väntar barn ensamma och bedöma om de har ett tillräckligt stödnätverk.

Familjestrukturen. Be föräldrarna beskriva familjen och bland annat familjens värderingar, förväntningar, önskemål och dagliga liv.

Interaktionen mellan barnen och föräldrarna och principerna för fostran. Samtala med föräldrarna om fostringsmetoderna och interaktionen i deras egen barndom. Be föräldrarna fundera över hurdana föräldrar de vill vara och hur de ser på interaktionen mellan föräldrarna och interaktionen med barnet. I en familj som redan tidigare har fått barn ber du föräldrarna beskriva dessa faktorer i den egna familjen. Diskutera också de olika rollerna i föräldraskapet, betydelsen av värme och kärlek, betydelsen av att sätta gränser utgående från barnets ålder och betydelsen av öppen interaktion mellan familjemedlemmarna.

Familjens och det kommande barnets levnadsförhållanden och ekonomiska situation. Diskutera med familjen om de effekter som utkomsten och föräldrarnas arbetssituation har på barnets och hela familjens hälsa och välbefinnande (bl.a. stress). Familjens ekonomiska situation och eventuella ekonomiska svårigheter ska också beaktas därför

att familjen ska kunna hänvisas till de tjänster som behövs (FPA, socialvården). Den ekonomiska situationen tas i beaktande till exempel i samband med hälsorådgivningen (kost, motionsintressen). Det lönar sig att diskutera säkerheten i hemmet och boendemiljön redan under graviditeten.

Familjens och det kommande barnets stödnätverk. Diskutera hur viktigt det är att ha ett stödnätverk i ansträngande livssituationer, till exempel när ett barn föds. Stödnätverket är särskilt viktigt för småbarnsfamiljer, för familjer med endast en vårdnadshavare, invandrarfamiljer och i samband med olika krissituationer i livet. Beskriv vilka möjligheter det finns på orten att bekanta sig med andra barnfamiljer och de tjänster som familjen kan behöva eller som familjen har rätt att få.

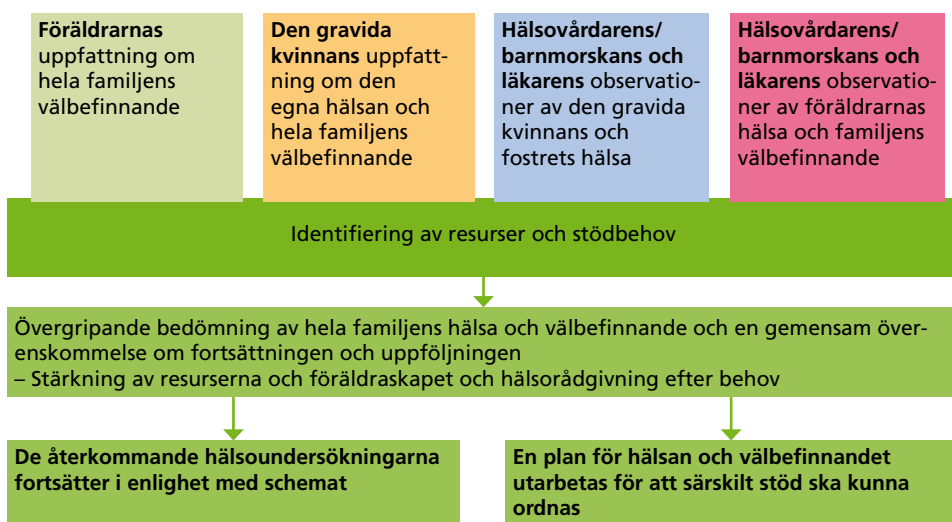
Relationerna mellan eventuella syskon och syskonens hälsa

Ett tema i diskussionen är hur eventuella syskon förhåller sig till den nya familjemedlemmen, liksom också föräldrarnas förmåga att beakta syskonens individualitet, rättvisa mot alla barnen och vikten av att ge tid till vart och ett av barnen.

Övergripande bedömning av familjens hälsa och välbefinnande

Undersökningen avslutas genom en övergripande bedömning av familjens hälsa, välbefinnande och hälsovanor som görs tillsammans med familjen (figur 1).

För att få en helhetsbild granskas styrkor och eventuella stödbehov som framgått och dryftas familjens egna resurser och stödnätverk. Bedöm om familjen behöver stöd av rådgivningen, annat familjearbete, en multiprofessionell arbetsgrupp för rehabilitering, specialiserad sjukvård, specialtjänster eller någon annan aktör. Planen för det fortsatta arbetet med familjen utarbetas alltid tillsammans med familjen, och alla aktörer



FIGUR 1. Den omfattande hälsoundersökning som görs på mödrarådgivningen resulterar i en övergripande bild och bedömning (enligt Hakulinen-Viitanen m.fl. 2012, s. 35).

kan förbinda sig till den. Ge familjen en aktiv roll i bedömningen av stödbehovet och valet av en lämplig stödform och vid behov också tid för att fatta beslut. Ge varje familj feedback om familjens starka sidor och andra resurser.³

Vid undersökningen är det viktigt att försäkra sig om att den gravida kvinnan och familjen får en klar uppfattning om vad ni kommit överens om och hur arbetet ska framskrida i fortsättningen. Familjen måste också veta vem den vid behov kan kontakta, på vilket ställe och på vilket sätt. För en stor del av de familjer som väntar barn fortsätter de återkommande hälsoundersökningarna enligt det planerade schemat. Om det finns ett behov av särskilt stöd, utarbetas en plan för föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande. Om man i samband med undersökningen har beslutat att ge en remiss till andra tjänster, är det viktigt att följa upp situationen och se till att klienten får de tjänster som behövs. Kom vid behov överens om ett uppföljningsbesök på rådgivningen medan familjen står i kö till andra tjänster. Ett alternativ som med tanke på familjen kan vara värt att beakta är möjligheten att kalla in personal från specialtjänsterna eller den specialiserade sjukvården för att delta i ett extra besök på rådgivningen.³

REKOMMENDATION

- ▶ Vid det första besöket på mödrarådgivningen ska bägge föräldrarna få information om den omfattande hälsoundersökningen och bägge föräldrarna ombeds att delta i den.
- ▶ Vid den omfattande hälsoundersökningen behandlas det kommande barnets, föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande och bidragande faktorer ur ett brett och mångsidigt perspektiv. I slutet av hälsoundersökningen görs en sammanfattning av familjens välbefinnande, hälsa och hälsovanor.
- ▶ Rekommendationen är att den omfattande hälsoundersökningen infaller i graviditetsvecka 13–18, då det fortfarande är tid kvar tills barnet ska födas och det går att ta tag i eventuella bekymmer tillräckligt tidigt.
- ▶ Den omfattande hälsoundersökningen utförs av en hälsovårdare/barnmorska tillsammans med en läkare. Beroende på arbetsfördelningen görs undersökningen på hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens gemensamma mottagning eller på separata mottagningar. Om den omfattande hälsoundersökningen görs på separata mottagningar, ordnas hälsovårdarens mottagning först och därefter säkerställs att också läkarundersökningen sker så tidigt som möjligt under graviditeten. Om den omfattande hälsoundersökningen görs på en gemensam mottagning, kommer hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren på förhand överens om arbetsfördelningen och uppgörandet av en sammanfattning.

- ▶ För den undersökning som hälsovårdaren/barnmorskan genomför reserveras 1 timme 30 minuter och för den undersökning som läkaren utför reserveras 30 minuter. Om det på förhand är känt att familjen har ett särskilt behov av stöd, ska en längre tid än den ovan nämnda reserveras för familjen.
- ▶ Om det finns sådana barn i familjen som nyligen genomgått en omfattande hälsoundersökning tillsammans med familjen, skraddarsys innehållet i den omfattande hälsoundersökningen och tidsåtgången från fall till fall.
- ▶ I syfte att ordna särskilt stöd för föräldern och hela familjen utarbetas en plan för hälsan och välbefinnandet.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård: motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11.
3. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012. Helsinki.
4. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
5. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2), 137–160.

7.6 UPPFÖLJANDE UNDERSÖKNINGAR OCH SCREENINGAR

Screening utgör en del av den förebyggande hälso- och sjukvården. Med hjälp av screeningar kan man hitta sjukdomar som kan konstateras med hjälp av undersökningar och behandlingar som finns tillgängliga inom hälso- och sjukvården.¹

BLODTRYCK

Det är vanligt att blodtrycksnivån varierar under graviditeten. Under den andra trimestern sjunker den allmänna blodtrycksnivån, men återgår till normal nivå under den tredje trimestern.² Förhöjt blodtryck (> 140/90 mmHg) klassificeras som *graviditetsinducerat*, då det uppkommer efter graviditetsvecka 20+0, och *kroniskt*, då blodtrycket redan är förhöjt före graviditeten eller före graviditetsvecka 20+0.³ Förhöjt blodtryck

medför en ökad risk för graviditetskomplikationer, bland annat sjukdomar och dödlighet.² (Se kap. Kronisk hypertoni.)

Ett förhöjt blodtryck kan också vara ett tecken på preeklampsi, om blodtrycket stiger (det diastoliska trycket ≥ 90 mmHg) i graviditetsvecka 20+0 eller efter det, och då det dessutom förekommer äggvita i urinen (proteinuri ≥ 300 mg/24 h).³ (Se kap. Preeklampsi.)

Vid uppföljningen av blodtrycket är det viktigt att ha rätt mätningsteknik, att identifiera symtom på förhöjt blodtryck och att ge allmän hälsorådgivning. Motion under graviditeten har en gynnsam inverkan på blodtrycket, särskilt hos överviktiga mammor.⁴ Klienter som känner obehag för mätning av blodtrycket och lider av så kallad vitrockshypertoni kan dessutom ha nytta av att mäta blodtrycket hemma.⁵

REKOMMENDATION

- ▶ Vid alla återkommande hälsoundersökningar som görs på mödrarådgivningen mäts klientens blodtryck i enlighet med rekommendationen God medicinsk praxis.⁶
 - ▶ Ge akt på vilotiden före mätningen. Om den gravida kvinnan själv mäter sitt blodtryck före mottagningen är det viktigt att lära henne hur hon gör det på rätt sätt. Det samma gäller mätning och uppföljning av blodtrycket hemma.
-
-

Källor

1. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M, THL. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille.
2. Ong J. 2009. Antenatal: Blood Pressure. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. Steegers AP, Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. 2010. Pre-eclampsia. *The Lancet* 376(9741), 631–644.
4. Stutzman SS, Brown CA, Hains SM, Godwin M, Smith GN, Parlow JL, Kisilevsky BS. 2010. The effects of exercise conditioning in normal and overweight pregnant women on blood pressure and heart rate variability. *Biological Research for Nursing* 12(2), 137–148.
5. Denolle T, Weber JL, Calvez C, Getin Y, Daniel JC, Lurton O, Cheve MT, Marechaud M, Bessec P, Carbonne B, Razafintsalama T. 2008. Diagnosis of white coat hypertension in pregnant women with teletransmitted home blood pressure. *Hypertension in Pregnancy* 27(3), 305–313.
6. Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. www.kaypahoito.fi [viitattu 16.6.2009].

UNDERSÖKNING AV URINEN

En ökad mängd äggvita i urinen kan vara ett tecken på preeklampsi dvs. graviditetsförgiftning, framför allt om kvinnan också lider av förhöjt blodtryck (se kap. Preeklampsi), eller på en (symtomfri) urinvägsinfektion, om kvinnan har förhöjda leukocyt- och nitritvärden. (se kap. Urinvägsinfektioner och symtomfri bakteriuri).¹⁻² En hög sockerhalt kan vara ett tecken på gestationsdiabetes dvs. graviditetsdiabetes (se kap. Graviditetsdiabetes). Graviditetsdiabetes diagnostiseras genom ett glukosbelastningstest (OGTT= oralt glukostoleranstest som varar i två timmar). Testet görs i första hand på mödrarådgivningen som sedan styr kvinnor med graviditetsdiabetes till fortsatt uppföljning vid moderskapsolikliniken inom den specialiserade sjukvården.^{1,3-4}

REKOMMENDATION

- ▶ Vid alla återkommande hälsoundersökningar som görs på mödrarådgivningen mäts äggviteämnen och socker i den gravida kvinnans urin med hjälp av ett remstest.
 - ▶ I regel ska alla gravida kvinnor genomgå en två timmars glukosbelastning i graviditetsvecka 24⁺⁰–28⁺⁶.
 - ▶ Om sockerutsöndring i urinen konstateras under tidig graviditet, görs testet med två timmars glukosbelastning redan i graviditetsvecka 12⁺⁰–16⁺⁶.
 - ▶ För att utesluta symtomfri infektion görs en bakterieodling i urinen hos alla gravida kvinnor i början av graviditeten.⁵
-
-

Källor

1. The Joanna Briggs Institute. 2009. Midwifery Practice Manual: Antenatal Visits: Routine Care.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman. Screening for clinical problems: Pre-eclampsia.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). 2011. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Committee Opinion.
4. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Diabetesliiton lääkärineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 24.4.2013].
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman. Screening for infections: Asymptomatic bacteriuria.

ÖVERVAKNING AV HEMOGLOBINET

Ett tillstånd där blodet inte innehåller tillräckligt med röda blodkroppar eller hemoglobin som tillför vävnaderna syre kallas för anemi. Under graviditeten sjunker hemoglobinhalten och ökar plasmavolymen i blodet. Det gör att blodet cirkulerar bättre till livmodern och fostret. Tillståndet kallas för fysiologisk anemi och kräver vanligen ingen behandling.^{1-2,4} I Finland definieras graviditetsanemi enligt Världshälsoorganisationens (WHO) anvisningar som ett hemoglobinvärde som understiger 110 g/l.³ Utgående från internationella forskningsrön rekommenderas inte rutinmässig användning av järnpreparat.^{1,4-5} (Se kap. Anemi, trombocytopeni och trombos.)

REKOMMENDATION

- ▶ Gravida kvinnor ska få information om näring och järnupptag.
 - ▶ En bestämning av hemoglobinnivån görs hos alla gravida kvinnor vid det första besöket på rådgivningen. Om hemoglobinet är 110 g/l eller mer, tas följande prov först i graviditetsvecka 28. Efter det hinnes hemoglobinnivån vid behov justeras till en tillräcklig nivå före förlossningen.⁴⁻⁵
 - ▶ Om hemoglobinet understiger 110 g/l vid det första besöket eller understiger 105 g/l i graviditetsvecka 28, ska den gravida kvinnan tillrådas att ta järnpreparat oralt.
 - ▶ Rutinmässig användning av järnpreparat rekommenderas inte.^{1,4}
-

Källor

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Screening for haematological problems: anaemia. NICE ClinicalGuideline. NICE. London.
2. Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG, Casasbuenas A. 2012. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review. CD003094.
3. WHO. 2001. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. WHO/NHD/01.3, Geneva.
4. Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. 2011. UK guidelines on management of iron deficiency in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology.
5. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.

BLODGRUPPSBESTÄMNING OCH IMMUNISERING

Om en gravid kvinna immuniseras mot blodgruppsantigener som fostret ärvt av pappan, kan det orsaka en hemolytisk sjukdom hos fostret eller det nyfödda barnet. De svåraste formerna av sjukdomen kan obehandlade leda till utvecklingsstörningar hos fostret eller fosterdöd och anknyter vanligen till RhD-, Rhc- och K- (Kell-)immunisering. Också immunisering i anknytning till flera andra blodgrupper kan vara av betydelse med tanke på graviditeten.¹

I Finland har screeningen av blodgruppsantikroppar som görs för att fastställa graviditetsimmunisering centraliserats till FRK Blodtjänsts laboratorium. Centraliseringen garanterar att betydelsen av de antikroppar som upptäcks vid screeningen bedöms på rätt sätt och att riskgraviditeterna styrs till fortsatt vård inom den specialiserade sjukvården. FRK Blodtjänst undersöker årligen cirka 80 000 prover som ingår i screeningprogrammet. Vid 0,8 procent av alla graviditeter konstateras antikroppar som är av betydelse för graviditeten.¹ Uppgifterna om de undersökningar av blodgrupper och antikroppar som gjorts under graviditeten sparas i registret för laboratorieuppgifter vid FRK Blodtjänst, vilket möjliggör en tillförlitlig uppföljning av graviditeten oavsett var mamman bor. Laboratoriesvaren för de mammor som immuniserats skickas både till rådgivningen och till moderskapspolikliniken vid områdets universitetscentralsjukhus för bedömning av behovet av uppföljning och vård.

I denna rekommendation ändras inte den tidigare bestämningen av ABO- och RhD-blodgrupperna och inte heller screeningen av erytrocytantikroppar. En ny rekommendation är att anti-D-immunglobulin ges till alla RhD-negativa mammor på rådgivningen i graviditetsvecka 28⁺⁰–30⁺⁶. Detta skydd som rutinemässigt skapas med hjälp av anti-D-immunglobulin under graviditeten har konstaterats avsevärt minska sjukligheten och dödligheten i samband med hemolytiska sjukdomar hos nyfödda. Det har även konstaterats minska kostnaderna, och de nuvarande preparaten har inga kända allvarliga skadeverkningar på mamman eller fostret.²⁻⁵

Under graviditeten ska ett skydd vidare ges i alla situationer där det finns risk för att blod överförs från fostret till mamman (t.ex. missfall, abort, extrauterin graviditet, blödningar under graviditeten, trauma i livmodersområdet, moderkaks- eller fostervattenprov, yttre vändning av sätesändläge). Om barnet är RhD-positivt, ges RhD-negativa mammor anti-D-immunglobulin (1250–1500 IU eller 250–300 µg) inom 72 timmar efter förlossningen. Att skydda RhD-negativa mammor med anti-D-immunglobulin efter förlossningen är den viktigaste åtgärden för att minska mammans immunisering och risken för svår hemolytisk sjukdom hos det nyfödda barnet.⁶

Totalt 60 procent av de RhD-negativa mammornas foster är RhD-positiva. Fosterets RhD-blodgrupp kan fastställas i ett blodprov som tas av mamman för att det skydd som skapas med hjälp av anti-D-immunglobulin och uppföljningen vid immunisering ska kunna inriktas på rätt sätt.⁷⁻⁹ Undersökningen görs vid FRK Blodtjänst. Vid en graviditet med hög risk för immunisering kan prov tas från och med graviditetsvecka 16⁺⁰. För att inrikta skyddet kan prov tas i graviditetsvecka 24⁺⁰–26⁺⁶, samtidigt som prov för screening av blodgruppsantikroppar tas av RhD-negativa mammor.

REKOMMENDATION

- ▶ Under den första trimestern tas ett blodprov av alla gravida kvinnor för bestämning av ABO- och RhD-blodgrupp och för screening av erythrocytantikroppar.
- ▶ RhD-negativa mammor genomgår på nytt screening av blodgruppsantikroppar i graviditetsvecka 24⁺⁰–26⁺⁶ och 36.
- ▶ RhD-positiva mammor genomgår på nytt screening av blodgruppsantikroppar i graviditetsvecka 36, om mamman har fått blodtransfusioner eller om familjens tidigare barn har behandlats på grund av gulhet genast efter förlossningen.
- ▶ Om antikroppar konstateras vid screeningen ska de identifieras, och halterna av sådana antikroppar som är av betydelse för graviditeten ska regelbundet följas upp, vanligen varje månad.
- ▶ Trots riskbaserat skyddande med anti-D-immunglobulin efter förlossningen immuniseras vissa RhD-negativa mammor då små mängder blod under graviditeten symtomfritt passerar över från fostret till mamman. För att förebygga denna immunisering rekommenderas att anti-D-immunglobulin (1250–1500 IU eller 250–300 µg) ges till alla RhD-negativa mammor i graviditetsvecka 28⁺⁰–30⁺⁶.
- ▶ Om barnet är RhD-positivt, ges anti-D-immunglobulin (1250–1500 IU eller 250–300 µg) till RhD-negativa mammor inom 72 timmar efter förlossningen.
- ▶ Under graviditeten skyddas RhD-negativa mammor i alla situationer där det finns risk för att blod överförs från fostret till mamman (t.ex. missfall, abort, extrauterin graviditet, blödningar under graviditeten, trauma i livmodersområdet, moderkaks- eller fostervattenprov, yttre vändning av sätesändläge).

Källor

1. Sainio S, Kuosmanen M. 2012. RhD-negativiteten ätten rutiinimainen raskaudenaikainen suojaus on aiheellista: Vastasyntyneen hemolyyttinen tauti ei ole hävinnyt Suomesta. *Duodecim*, 128, 151–157.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Blood grouping and red-cell alloantibodies. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
3. Crowther CA, Middleton P. 2009. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000020.
4. Ong J. 2009. Evidence Summary: Rhesus D-Negative Women. *Midwifery Practice Manual*. The Joanna Briggs Institute.
5. Crowther CA, Middleton P. 2010. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000021.

6. Pilgrim H, Lloyd-Jones M, Rees A. 2009. Routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 13, 10.
7. Koewelejin JM. 2009. Detection and prevention of pregnancy immunization-The OPZI study. Thesis. University of Amsterdam. The Netherlands. <http://dare.uva.nl/document/122402>.
8. Clausen F, Christiansen M, Jorhngensen S ym. 2011. Report of the first nationally implemented clinical routine screening for fetal RHD in D-pregnant women to ascertain the requirement for antenatal RhD prophylaxis. *Transfusion*, 52(4): 752–8.
9. Tiblad E, Wikman A, Ajne G ym. 2012. Targeted routine antenatal anti-D prophylaxis in the prevention of RhD immunization – outcome of a new antenatal screening and prevention program. *Obstet Gynecol* 120(2 Pt 1), 227–34.

VIKT

Under graviditeten ökar kvinnan i vikt med i genomsnitt 14–15 kg.¹⁻² Förutom fostret, fostervattnets mängd och moderkakans tillväxt består viktökningen av att mammans egna vävnader växer (fettvävnad, extracellulär vätska, blodvolym, livmoder och bröst). De nya rekommendationerna om viktökning under graviditeten presenteras i tabell 1.³ De syftar till att minska hälsoproblem hos både mammor och barn. Även om det förekommer individuell variation har man observerat att en viktökning som sker inom de rekommenderade gränserna i respektive BMI-klass är kopplat till bästa möjliga utfall när det gäller graviditetsförloppet och mammans och barnets hälsa (t.ex. färre kejsarsnitt och viktproblem efter graviditeten, färre nyfödda barn med låg eller hög födelsevikt). En lämplig viktökning och en hälsosam kost stödjer också amningen.

En alltför låg viktökning under graviditeten ökar sannolikheten för en låg födelsevikt och problem i utvecklingen hos det barn som föds jämfört med barn vars mammor har en tillräcklig viktökning.³ En alltför hög viktökning under graviditeten ökar i sin tur risken för graviditetskomplikationer, kejsarsnitt och barn med hög födelsevikt, och gör det svårare för mamman att nå samma vikt som före graviditeten. En alltför hög viktökning kan också öka risken för graviditetsdiabetes, vars största riskfaktorer är övervikt och fetma före graviditeten.

Under en flerbördsgraviditet får viktökningen vara högre: hos normalviktiga kvinnor 17–25 kg, hos överviktiga kvinnor 14–23 kg och hos feta kvinnor 11–19 kg.³ Det finns inte tillräckligt med kunskap om ämnet för att en rekommendation ska kunna fastställas för underviktiga kvinnor.

TABELL 1. Rekommenderad viktökning under graviditeten enligt viktindex

Viktindex (BMI) före graviditeten	Rekommenderad viktökning totalt (kg) ¹
Underviktiga kvinnor: < 18,5 kg/m ²	12,5–18,0
Normalviktiga kvinnor: 18,5–24,9 kg/m ²	11,5–16,0
Överviktiga kvinnor: 25,0–29,9 kg/m ²	7,0–11,5
Feta kvinnor: ≥ 30,0 kg/m ²	5,0–9,0

¹ Under den första trimestern behöver vikten inte öka just alls.

Totalt 23 procent av de kvinnor som födde barn i Finland år 2011 var överviktiga vid den tidpunkt då de blev gravida (BMI 25,0–29,9 kg/m²) och 12 procent var feta (BMI minst 30 kg/m²).⁴ Överviktiga och feta kvinnor behöver särskilt stöd under graviditeten, eftersom de löper en större risk för missfall, graviditetsdiabetes, graviditetsförgiftning (preeklampsi), för tidig eller långsam förlossning, kejsarsnitt och perinatale infektioner.⁵ För feta kvinnor tar det längre att återhämta sig efter förlossningen, att lyckas med amningen och att nå samma vikt som före graviditeten jämfört med normalviktiga kvinnor. Fetma ökar också de risker som anknyter till det nyfödda barnets hälsa, såsom sannolikheten för missbildningar, storvuxenhet i förhållande till gestationsåldern och ett sämre allmänt hälsotillstånd.^{5–6} Det är känt att också övervikt ökar dessa risker hos mamman och barnet, även om det sker i mindre omfattning än vid fetma.

På mödrarådgivningen erbjuds alla gravida kvinnor kost- och motionsrådgivning och uppföljning av viktökningen vid flera rådgivningsbesök. Det är känt att kost- och motionsrådgivning och uppföljning av viktökningen minskar den andel barn som föds med hög födelsevikt.⁷

Vikten mäts vid varje rådgivningsbesök, och den gravida kvinnan får information om den rekommenderade viktökningen redan vid det första besöket. Vikten följs upp med hjälp av en viktökningskurva som bygger på rekommendationerna, och då är det möjligt att i tid ingripa vid en alltför hög eller låg viktökning (bild 1). Viktökningskurvorna är tillgängliga för både den gravida kvinnan och hälsovårdaren/barnmorskan. När man bedömer om viktökningen är lämplig ska förutom klientens kost- och motionsvanor även andra faktorer beaktas som är viktiga med tanke på graviditetsförloppet, till exempel en lämplig tillväxttakt hos fostret och andelen fett och svullnad av den överflödiga viktökningen.

Särskild uppmärksamhet ska fästas vid de gravida kvinnor som äter ensidigt, är under- eller överviktiga före graviditeten eller som har eller tidigare har haft problem med ätandet eller viktkontrollen (t.ex. anorexi eller bulimi). Kostrådgivningen för dessa kvinnor ska bygga på en grundlig kartläggning av de nuvarande matvanorna. Kostrådgivningen ska vara klientorienterad, motiverad och åskådlig. Den rekommenderade kosten beskrivs för den gravida kvinnan med hjälp av information om mat, livsmedel, produktval och matlagningstips. Alla dessa gravida kvinnor har nytta av sådan handledning som ges av en näringsterapeut och som sker i grupp eller individuellt. Besök på en näringsterapeuts mottagning behövs absolut när det gäller kvinnor vars BMI överstiger 35 eller understiger 18,5 när graviditeten börjar, och sådana kvinnor som haft en diagnostiserad ätstörning i något skede av livet.

Kost- och motionsrådgivningen för överviktiga och feta kvinnor genomförs enligt samma principer som rådgivningen för övriga gravida kvinnor. Målet är att hjälpa den gravida kvinnan att förbättra sina kost- och motionsvanor genom små förändringar under graviditeten (se kap. Kost och näring och Motion). När viktkontrollen diskuteras är det bra att beakta eventuella bakomliggande belastningar i livet och kvinnans psykiska stöd.

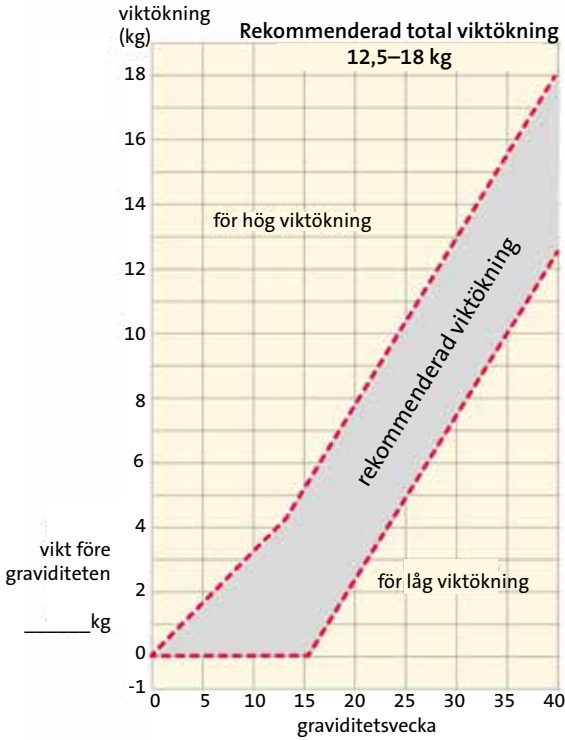
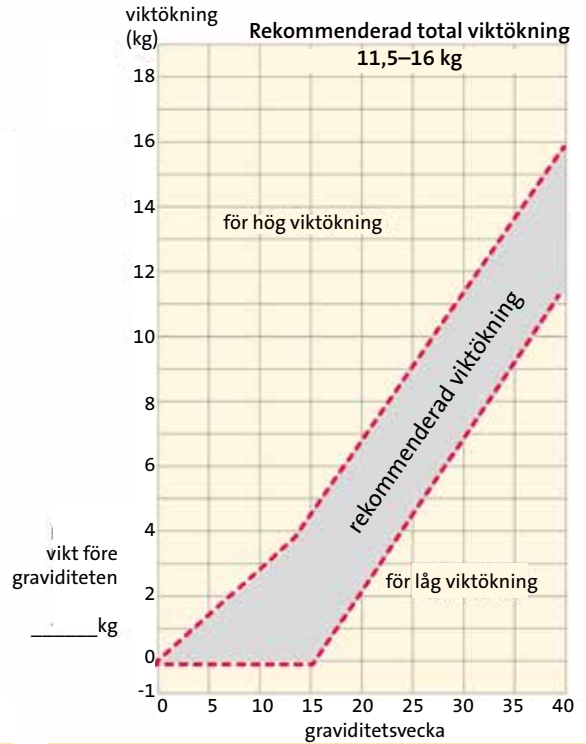
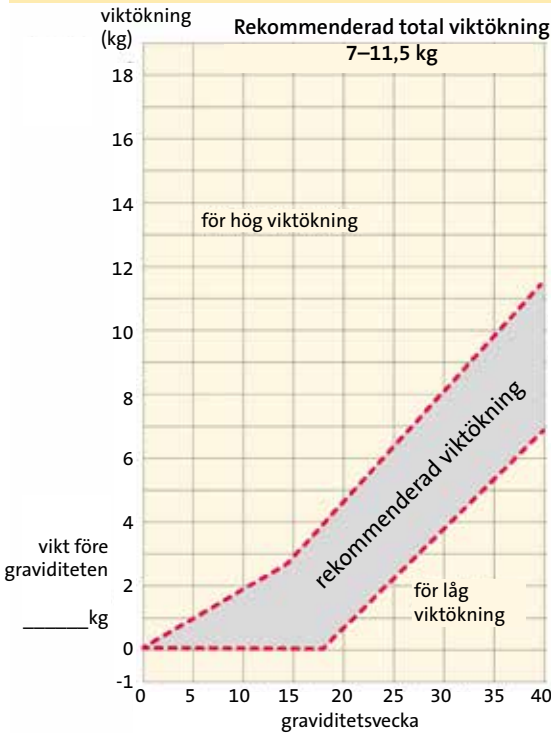
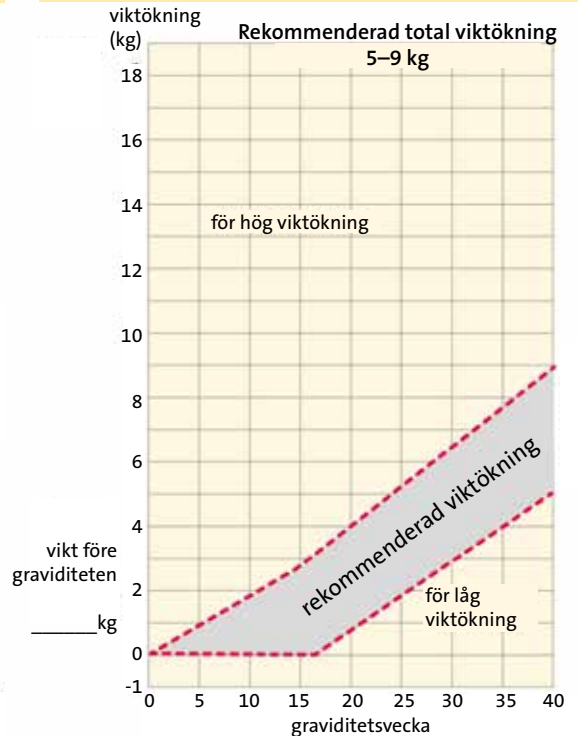
Uppföljning av vikten hos mammor vars BMI < 18,5 kg/m²Uppföljning av vikten hos mammor vars BMI 18,5–24,9 kg/m²Uppföljning av vikten hos mammor vars BMI 25–29,9 kg/m²Uppföljning av vikten hos mammor vars BMI ≥ 30 kg/m²

Bild 1. Viktökningskurvor enligt viktindex (forsknings- och utvecklingsprojektet NELLI, UKK-institutet 2010).

Det är viktigt att fortsätta med kost- och motionsrådgivningen och uppföljningen av vikten efter förlossningen i samband med besöken på barnrådgivningen, så att det ska vara lättare för kvinnan att nå samma vikt som före graviditeten. Trots att rådgivningen inte alltid kan påverka mammans vikt på ett fördelaktigt sätt, är tillägnet av hälsosamma kost- och motionsvanor till fördel för mammans och hela familjens hälsa.

REKOMMENDATION

- ▶ Under det första besöket på rådgivningen ska den gravida kvinnan få information om rekommenderad viktökning under graviditeten och individuella rekommendationer. Vikten mäts under varje besök på mödrarådgivningen.
 - ▶ Viktökningen följs upp med hjälp av en viktökningskurva som följer den gravida kvinnans eget viktindex (se bild 1). Vid för hög eller för låg viktökning vidtas åtgärder.
 - ▶ Den gravida kvinnan hänvisas vid behov till en näringsterapeuts mottagning.
-
-

Källor

1. Piirainen T, Isola E, Lagström H, Laitinen K. 2006. Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: a prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 96, 1095–1104.
2. Kinnunen TI. 2009. Prevention of excessive pregnancy-related weight gain. *Acta Tamperensis*; 1379, Tampere University Press. Tampere. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7567-2.pdf>.
3. IOM (Institute of Medicine). 2009. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12584.
4. Vuori, E, Gissler M, 2011. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd.
5. Nelson SM, Matthews P, Poston L. 2009. Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. *Human Reproduction Update* 16, 255–274.
6. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. 2005. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 112, 403–8.
7. Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, Kolu P, Raitanen J, Ojala K, Mansikkamaki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T, Tulokas S. 2011. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. *Plos Med* 8(5), e1001036. doi:10.1371/journal.pmed.1001036.

INFEKTIONER SOM OMFATTAS AV SCREENING

Syfilis (lues)

Syfilis orsakas av spiroketen *Treponema pallidum*. Syfilis smittar både vid sex och från mamman till barnet. Inkubationstiden för syfilis från smittan till de första symtomen är 3–4 veckor, men de första symtomen kan förbli obemärkta och den insjuknade personen kan förbli en symtomfri bärare.^{1–2} Hos en del av bärarna orsakar syfilis fördröjda symtom i form av skador i nervsystemet och cirkulationsorganen. Obehandlad kan syfilis orsaka fosterdöd eller en allvarlig skada hos fostret, som kan förhindras om behandling ges i tid. Smittorisken är störst i slutet av graviditeten. Det finns goda möjligheter att behandla syfilis och sjukdomen behandlas i första hand med oralt penicillin. Syfilissmitta konstateras genom påvisning av antikroppar mot syfilisbakterien i blodet. Hos gravida kvinnor behandlas syfilis på samma sätt som i andra patientgrupper.^{1–3}

År 2011 rapporterades 179 syfilisfall i Finland (3,4/100 000),⁴ varav 24 var gravida kvinnor.⁵ Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning ingår syfilis i screeningen av smittsamma sjukdomar under graviditeten.

Hiv

Hiv är ett humant immunbristvirus som förstör kroppens immunförsvar.^{7–8} Hiv smittar vid sex, via blod och från mamman till barnet. Utan åtgärder smittas ungefär vart tredje barn till mammor som har hiv. Smittan kan effektivt förebyggas med hjälp av läkemedelsbehandling som ges till mamman under graviditeten och förlossningen, genom graviditetsplanering, läkemedelsbehandling av det nyfödda barnet och genom att kvinnan avhåller sig från amning. Den moderna läkemedelsbehandlingen har förändrat hiv-infektionen till en kronisk sjukdom, och sjukdomens bärare kan leva ett helt normalt liv.

År 2011 rapporterades 176 nya fall av hiv till registret över smittsamma sjukdomar.⁴ Vid screeningar på mödrarådgivningarna konstaterades 22 hiv-infektioner, varav över hälften var kända redan före graviditeten. Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning ingår hiv i screeningen av smittsamma sjukdomar under graviditeten.⁶ I Finland finns det inte uppgifter om ett enda fall där smittan skulle ha överförts från mamman till barnet i de fall där mammans hiv-smitta varit känd före förlossningen.⁹

Hepatit B

Hepatit B-virus (HBV) är ett hepadnavirus som orsakar leverinflammation.^{10–11} HBV smittar vid sex, via blod och från mamman till barnet. En vuxen som smittats av HBV insjuknar oftast i akut leverinflammation, men förblir sällan virusbärare, medan en nyfödd baby som smittats nästan alltid förblir bärare. Kroniskt bärarskap kan leda till levercirros och levercancer. Hepatit B-smitta kan effektivt förebyggas genom vaccination. Huruvida infektionen smittar från mamman till det nyfödda barnet beror på mammans virusbelastning, och sannolikheten för smitta varierar från 10 till mer än 90

procent. En infektion hos den nyfödda kan förhindras genom vaccination och behandling med antikroppar, och i vissa fall genom läkemedelsbehandling som ges till mamman.¹² Om barnet vaccinerats finns det inget hinder för amning.

År 2011 konstaterades 86 fall av hepatit B vid screening under graviditeten (varav 44 var nya diagnoser).⁵ Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning ingår hepatit B i screeningen av smittsamma sjukdomar under graviditeten.⁶

Hepatit C

Hepatit C-virus (HCV) är ett flavivirus som orsakar leverinflammation.^{10,13} HCV smittar vanligen via blod, men endast i sällsynta fall vid sex eller från mamman till barnet. Den viktigaste riskfaktorn är användning av sprutdroger. Den vanligaste orsaken till hepatit C i barndomen är att barnet smittats av mamman. Risken för smitta är cirka fem procent, och hittills har ingen intervention konstaterats minska risken.^{14–15} Hepatit C utgör inget hinder för amning. Det finns inget vaccin mot hepatit C. En HCV-infektion kan konstateras genom bestämning av antikroppar mot HCV i blodet.

År 2011 rapporterades 1 132 nya fall av hepatit C till registret över smittsamma sjukdomar. Hepatit C ingår tills vidare inte i screeningen av smittsamma sjukdomar under graviditeten. Den nuvarande läkemedelsbehandlingen mot hepatit C är kontraindicerad under graviditeten,¹⁴ men efter graviditeten kan mamman styras till behandling och en eventuell infektion hos barnet kan konstateras och behandlas.

Grupp B-streptokocker

Grupp B-streptokocker (*Streptococcus agalactiae*, GBS) är orsaken till en av de viktigaste infektionssjukdomarna hos nyfödda. De kan orsaka en allvarlig infektion hos barnet och kan leda till dödsfall eller livslånga skador.^{16–20} Hos vuxna kan GBS-bakterien förekomma bland annat i matsmältningskanalen, slidan, urinblåsan, svalget eller på huden utan att den orsakar en sjukdom. Totalt 10–30 procent av alla gravida kvinnor bär på GBS-bakterien i ändtarmen eller i slidan. Bakterien smittar genom beröring. Om den gravida kvinnan bär på GBS-bakterien, kan barnet smittas vid förlossningen.

GBS-bärande kan konstateras under graviditeten genom odling av ett prov från slidan och ändtarmsöppningen.¹⁶ I Finland har Finohta, finska enheten för utvärdering av medicinsk metodik, gjort en kalkyl av kostnadseffektiviteten i olika förebyggande metoder. Utgående från kalkylen har man konstaterat att screening av alla gravida kvinnor är den effektivaste metoden.²⁰ Symtomfri bakteriekolonisation behandlas inte under graviditeten. Strävan är att förhindra en infektion hos barnet genom antibiotika-profylax som ges under förlossningen.

REKOMMENDATION

- ▶ Ett blodprov tas av alla gravida kvinnor för screening av syfilis, hepatit B och hiv.
- ▶ En gravid kvinna hos vilken positiv syfilisserologi påvisas ska alltid remitteras till specialiserad sjukvård för en bedömning på moderskapspolikliniken.
- ▶ En gravid kvinna med hiv-infektion ska alltid remitteras till specialiserad sjukvård, antingen till moderskapspolikliniken eller till en klinik specialiserad på behandling av hiv-patienter.
- ▶ Om hepatit B konstateras hos en gravid kvinna antecknas detta på rådgivningskortet för att förebygga smitta hos det nyfödda barnet. Behovet av behandling hos den gravida kvinnan bedöms genom undersökning av ALAT, HBeAg och HB-VNh. Vid förhöjd ALAT eller hög virusnivå, remitteras den gravida kvinnan till moderskapspolikliniken.
- ▶ Prov för hepatit C tas alltid om klienten tar upp riskfaktorer eller önskar att prov ska tas, eller om förhöjda leverenzymers konstateras under graviditeten.
- ▶ Rekommendationen är screening av streptokock B i slidöppningen och analöppningen i graviditetsvecka 35⁺⁰–36⁺⁶ hos alla gravida kvinnor. Antibiotikabehandling för att eliminera GBS rekommenderas inte under graviditeten, men på förlossningssjukhuset får bakteriebärare antimikrobiell profylax efter att förlossningen satt igång.
- ▶ Om ett tidigare barn har haft en GBS-infektion, mamman tidigare har haft GBS-sepsis eller GBS har konstaterats i ett annat prov under graviditeten, ges antimikrobiell profylax under förlossningen.

Källor

1. Oksi J, Seppälä IJT, Hytönen J. 2010. Treponema pallidum ja syfilis. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 257–260. Duodecim.
2. Sukupuolitaudit (online). Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 9.4.2013].
3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektioaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektioaudit-fi/kuppa.
4. Institutet för hälsa och välfärd, 2012. Smittsamma sjukdomar i Finland 2011. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-660-1>.
5. Surcel H-M. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto. Sähköpostikeskustelu 9.4.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
6. Social- och hälsovårdsministeriet 2004. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer samt om screening av smittsamma sjuk-

- domar under graviditet 421/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20040421>
7. Suni J, Saksela K, Ristola M. 2010. Ihmisen immuunivirukset. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 640–668. Duodecim.
 8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hiv.
 9. Salo E. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 25.04.2013.
 10. Lappalainen M, Färkkilä M. 2010. Hepatiittivirukset ja virushepatiitit. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 569–590. Duodecim.
 11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-b.
 12. Piratvisuht T. 2013. Optimal management of HBV infection during pregnancy. Liver International Special Issue: Proceedings of the 6th Paris Hepatitis Conference, International Conference on the Management of Patients with Viral Hepatitis, 188–194.
 13. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-c.
 14. Cottrell EB, Chou R, Wasson N, Rahman B, Guise J-M. 2013. Reducing Risk for Mother-to-Infant Transmission of Hepatitis C Virus: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158, 2, 109–113.
 15. Le Campion A, Larouche A, Fauteux-Daniel S, Soudeyrs H. 2012. Pathogenesis of hepatitis C during pregnancy and childhood. *Viruses*, 6;4 (12), 3531–50.
 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/b-ryhman-streptokokki.
 17. Uotila J, Lyytikäinen O. 2012. Vastasynyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki -infektion ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 50–52, 3768–3772.
 18. CDC. Guidelines for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal (GBS) Disease. *MMWR* 59:RR-10, 2010.
 19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2012. The Prevention of Early – onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36.
 20. Hovi S-L, Lyytikäinen O, Autti-Rämö I, Laitinen R, Mäkelä M ja asiantuntijaryhmä. 2007. B-ryhmän streptokokkitautien ehkäisy vastasyntyneillä: Toimintamallien vertailu. *Finohtan raportti* 2007:31.

SCREENING AV FOSTERAVVIKELSER

Screeningen av fosteravvikelser fastställs i förordning.¹ De anvisningar och rekommendationer som utfärdats som stöd för verkställandet av förordningen finns på THL:s webbsidor om screening.² <https://www.thl.fi/sv/web/framjande-av-halsa/screening/screening-av-fosteravvikelser>. Nedan ges endast en kort beskrivning av screeningarna enligt förordningen och referensuppgifter och länkar till förordningen, anvisningarna och rekommendationerna.

Några procent av fostren och de nyfödda har kromosomavvikelser eller anatomiska avvikelser. En del av avvikelserna kan leda till att det nyfödda barnet dör eller kan kräva behandling genast efter födseln. I vissa avvikelser kan behandlingen påbörjas redan i fosterstadiet, och därför har det kommande barnet nytta av att de identifieras redan under graviditeten. Att få veta om en fosteravvikelse under graviditeten ger familjen tid att förbereda sig på att ett svårt sjukt barn föds eller dör, och ger också möjlighet

att besluta om att avbryta graviditeten fram till början av graviditetsvecka 24 (24+0). Screening av kromosomavvikelse och anatomiska avvikelser kan göras genom ultraljudsundersökning, genom att man letar efter förändringar i halterna av markörer i mammans blod eller genom att kombinera dessa.³⁻⁴

Enligt statsrådets förordning om screening¹ ska kommunerna ge gravida kvinnor möjlighet att delta i de screeningar som presenteras i tabell 1. Målet med förordningen är att förbättra den reproduktiva autonomin genom att erbjuda alla gravida kvinnor frivilliga, enhetliga, avgiftsfria och högklassiga screeningar och vid behov fortsatta undersökningar. Därtill är målet att minska på sjukligheten och spädbarnsdödligheten och ge de gravida kvinnorna saklig, enhetlig och tidsenlig information om de olika alternativen i screeningprogrammet.⁴

Det är frivilligt att delta i screeningarna. Den gravida kvinnan och familjen ska få *mundlig* och *skriftlig* information om fosterscreeningarnas syfte, mål och effekter, metoderna vid screeningen, innehållet i de fortsatta undersökningarna och eventuella nackdelar som anknyter till screeningen i alla skeden av screeningprocessen, så att de ska kunna fatta ett medvetet beslut om att antingen delta eller inte delta i screeningarna eller de fortsatta undersökningarna. Den gravida kvinnan kan också ändra sin åsikt och avbryta deltagandet när som helst. Också de fortsatta undersökningar som erbjuds efter ett avvikande (positivt) screeningresultat är frivilliga.⁴

Vid ett positivt fynd ska familjen få snabb och ändamålsenlig rådgivning av en yrkesutbildad person som är insatt i ämnet.³⁻⁵

TABELL 1. Screening av fosteravvikelse i enlighet med förordningen om screening

Undersökning	Graviditetsvecka
Allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet	<ul style="list-style-type: none"> • 10⁺⁰–13⁺⁶
Kartläggning av kromosomavvikelse	
Primärt alternativ: Kombinerad screening under tidig graviditet	
<ul style="list-style-type: none"> • serumscreening och • mätning av fostrets nackuppkläring i samband med den allmänna ultraljudsundersökningen 	<ul style="list-style-type: none"> • 9⁺⁰–11⁺⁶ • 11⁺⁰–13⁺⁶
ELLER Sekundärt alternativ (om inte ovan nämnda primära screening av någon orsak är möjlig):	
Serumscreening under andra trimestern	<ul style="list-style-type: none"> • 15⁺⁰–16⁺⁶
Ultraljudsundersökning för kartläggning av svåra anatomiska avvikelser	<ul style="list-style-type: none"> • 18⁺⁰–21⁺⁶ ELLER <ul style="list-style-type: none"> • efter graviditetsvecka 24⁺⁰

REKOMMENDATION

- ▶ Vid mödrarådgivningen ska alla gravida kvinnor få objektiv och opartisk information om screening av fosteravvikelser. Den gravida kvinnan ska få stöd för sitt beslut som gäller screeningen av fosteravvikelser. Hon ska också få THL:s handbok ”Fosterscreeningar – Guide för dem som väntar barn” som är avsedd för alla gravida kvinnor (se kap. Besöksstrukturen för de återkommande hälsoundersökningarna).
 - ▶ Om risk för fosteravvikelse konstateras vid screeningen eller om det finns uppgifter eller misstankar om att fostret har avvikelser, ska den gravida kvinnan få stöd på mödrarådgivningen. Den gravida kvinnan ska få objektiv och opartisk information om fortsatta undersökningar och också få stöd när hon fattar sitt beslut. Hon ska få THL:s handbok ”Fortsatta undersökningar vid fosterscreeningar – Utredning vid misstanke om kromosomavvikelser och anatomiska avvikelser hos fostret”.⁶ Den gravida kvinnan ska om hon så önskar remitteras till fortsatta undersökningar inom specialiserad sjukvård.
 - ▶ På mödrarådgivningen ska den gravida kvinnan vid behov få stöd för sitt beslut om att fortsätta eller avbryta graviditeten och också därefter, oavsett vilket beslut hon fattar (se kap. Abort, Att vänta ett barn med funktionsnedsättning). I dessa fall får kvinnan rådgivning, stöd och vård huvudsakligen inom den specialiserade sjukvården, men ofta är det mycket viktigt för familjen att få stöd och att föra samtal på den bekanta och trygga mödrarådgivningen. När du ger stöd och rådgivning kan du ta hjälp av THL:s handbok om hur man berättar om screeningen av fosteravvikelser. Handboken är avsedd för mödravårdspersonal och finns endast på finska (Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista).⁵
-

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om screening 339/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110339>
2. Institutet för hälsa och välfärds websidor om screening av fosteravvikelser: <https://www.thl.fi/sv/web/framjande-av-halsa/screening/screening-av-fosteravvikelser>
3. Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P ja asiantuntijaryhmä 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. FinOHTAn raportti 27/2005. Stakes.
4. STM. 2009. Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntönpäntöä tukevan

- asiantuntijaryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:1. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6503.pdf.
5. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. Opas äitiyshuollon työntekijöille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 2/2009. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085140>
 6. THL: Handböcker för familjer om screening av fosteravvikelse. <https://www.thl.fi/fi/web/framjande-av-halsa/screening/screening-av-fosteravvikelser/handbocker-for-familjer>

CELLPROV

Genom gynekologiska cellprov görs en screening av förstadier till livmoderhalscancer. Genom att upptäcka och behandla förstadierna kan man förebygga själva canceren. Också förstadier till cancer i slidan kan upptäckas med denna metod. Hittills har papaprovet, dvs. cellprovet, varit nästan den enda använda metoden, men nu håller HPV-testet (Human papillomavirus) på att vinna insteg vid sidan av cellprovet, eftersom det har högre sensibilitet.¹ HPV-testet har dock sina begränsningar och ska inte användas som screeningmetod, eftersom HPV-infektionen är så vanlig bland kvinnor under 35 år.¹

I Finland ska kommunerna tillhandahålla screening genom cellprov med fem års mellanrum för kvinnor i åldern 30–60 år för att förebygga livmoderhalscancer.² I vissa kommuner görs screeningar också på kvinnor i åldern 25 år eller 65 år. Det är inte ändamålsenligt att påbörja screeningarna bland kvinnor yngre än 25 år.³

REKOMMENDATION

- ▶ Cellprov tas på mödrarådgivningen alltid när kvinnan är i screeningålder (30, 35, 40, 45 och 50 år) och inget prov ännu tagits. Kvinnan kan också hänvisas till den screening som ordnas av kommunen.
- ▶ Om kvinnan tidigare har haft cellförändringar eller förstadier, ska uppföljningen fortsätta i enlighet med rekommendationen God medicinsk praxis. Då görs uppföljningen med hjälp av papaprov först oftare i minst tre år, vanligen med ett års mellanrum, och därefter fortsätter screeningen som normalt.

- ▶ Om förändringar som avviker från det normala konstateras vid papa-prov medan kvinnan är gravid eller klient inom mödravården, ska de fortsatta undersökningarna framskrida i enlighet med rekommendationen God medicinsk praxis.
- ▶ Graviditet och/eller amning utgör INTE ett hinder för gynekologiskt cellprov, utan provet tas på normalt sätt.
- ▶ Vitflytning eller blodiga flytningar är inte ett hinder för att ta cellprov. Flytning och blod torkas bort med en kompress före provtagningen för att säkerställa att provet är felfritt och tillförlitligt.

Källor

1. Anttila A, Kotaniemi-Talonen L, Leinonen M, Hakama M, Laurila P, Tarkkanen J, Malila N, Nieminen P. 2010. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV-DNA screening with cytology triage: randomised study within organised screening programme. *BMJ* 340, c1804 doi:10.1136/bmj.c1804.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2006. Statsrådets förordning om screening 1339/2006. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2006/20061339>
3. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi.

LIVMODERNS TILLVÄXT OCH FOSTRETS POSITION

Yttre undersökning och SF-mått

Vid uppföljningen av livmoderns tillväxt är yttre undersökning¹⁻² och användning av symfys-fundusmättet, dvs. SF-måttet,³⁻⁴ förmånliga och noninvasiva metoder som är lätta att genomföra.^{2-3,5} Vid uppföljning av SF-måttet är det bra att identifiera eventuella felkällor i mätningen och göra en övergripande bedömning av hur graviditeten framskrider. Fosterbjudningen klarläggs med hjälp av en yttre undersökning och vid behov också en gynekologisk undersökning senast i graviditetsvecka 35. Om bjudningen förblir oklar skrivs en remiss till moderskapspolikliniken för fastställande av bjudningen.

SF-måttet innebär att man mäter avståndet i centimeter från blygdbensfogens övre kant till fostrets stjärt/huvud, dvs. livmoderbotten eller livmoderns överkant. Det är

ofta svårt att bedöma livmoderbotten i de tidiga graviditetsveckorna (< 28). SF-måttets exakthet, dvs. möjligheten att urskilja verkliga avvikelser, förbättras i och med att graviditeten framskrider. Vid en enbördsgraviditet når livmoderbotten navelns höjd ungefär i graviditetsvecka 24, och då är en SF-mätning oftast onödig. Om föderskans screeningundersökningar varit normala är det ovanligt att avvikelser i fostrets tillväxt utvecklas före graviditetsvecka 28, om inte andra fynd påträffats. SF-måttet tas vid varje återkommande undersökning efter graviditetsvecka 24, och måtten antecknas i uppföljningskurvan.^{3, 4, 6}

Gynekologisk undersökning

Genom en rutinmässig gynekologisk undersökning under graviditeten strävar man efter att identifiera de gravida kvinnor som löper risk för för tidig förlossning, dvs. förlossning före graviditetsvecka 37⁺⁰.⁷ En gynekologisk undersökning, dvs. palpation av livmoderhalsen, föregås alltid av en yttre undersökning av fostret och ingreppet förklaras noggrant för klienten. Rutinmässig gynekologisk undersökning minskar inte förekomsten av för tidiga förlossningar och är därför inte nödvändigt om kvinnan är frisk och symtomfri och inte löper risk för för tidig förlossning.⁷⁻⁸

REKOMMENDATION

- ▶ SF-måttet ska mätas med korrekt mätteknik vid varje besök på mödrarådgivningen efter graviditetsvecka 24.
 - ▶ Yttre undersökning görs vid behov efter graviditetsvecka 24 för att bedöma fostrets läge, position och storlek. Senast i graviditetsvecka 35 bedöms fosterbjudningen med hjälp av en yttre undersökning och vid behov med hjälp av en gynekologisk undersökning. Om SF-måttet är exceptionellt stort, ska patienten genomgå ett glukosbelastningstest, om ett sådant inte redan gjorts.
 - ▶ Om fosterbjudningen är oklar ska den fastställas genom ultraljudsundersökning på rådgivningen eller vid behov på moderskapspolikliniken.
 - ▶ Symtomfria och friska kvinnor som inte löper risk för för tidig förlossning behöver inte genomgå rutinmässig gynekologisk undersökning på mödrarådgivningen.
 - ▶ Gynekologisk undersökning görs vid behov på medicinska grunder, till exempel på grund av inflammationssymtom, smärtsamma och återkommande kontraktioner och förhandsuppgifter som tyder på en risk för för tidig förlossning.
-
-

Källor

1. Raussi-Lehto E. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Syntymän hoito. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
2. Webb SS, Plana MN, Zamora J, Ahmad A, Earley B, MacArthur C, Khan K. 2011. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90, 1259–1266.
3. Carstens J. 2009. Antenatal: Fundal Height: Measurement. *Midwifery Practice Manual*. The Joanna Briggs Institute.
4. Väyrynen P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
5. Neilson JP. 2009. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000944.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal growth and well-being. *NICE Clinical Guideline*. NICE. London.
7. Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E., Zhang WH. 2010. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD005940.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Screening for clinical problems: preterm birth. *NICE Clinical Guideline*. NICE. London.

UPPFÖLJNING AV FOSTRETS RÖRELSER

Den gravida kvinnan börjar vanligen känna fostrets rörelser i graviditetsvecka 16–20, men bland annat en betydande övervikt hos mamman och det faktum hur moderkan fäster sig vid livmoderväggen kan påverka hur bra mamman känner rörelserna.¹ Mängden fosterrörelser varierar individuellt. Fostret är aktivast i graviditetsvecka 28–34 och aktiviteten minskar mot slutet av graviditeten. Enligt litteraturen kan rörelserna hos ett friskt foster variera mellan fyra och hundra rörelser inom loppet av en timme, men i Finland anses det allmänt rekommenderade variationsintervallet ligga mellan tio och hundra rörelser. Minskade fosterrörelser kan till exempel bero på en minskning av mängden fostervatten, fostrets sömnperioder, användning av läkemedel, alkohol eller droger hos mamman eller fetal distress.

Räkning av fostrets rörelser är en metod som kan tillämpas för att iaktta fostrets välbefinnande, men det finns inga klara bevis för nytta med en rutinmässig räkning.^{2–4} Iakttagandet av fostrets rörelser kräver att den gravida kvinnan själv är aktiv och det kan orsaka onödig oro över fostrets välbefinnande. Metoden är dock förmånlig och enkel och förbrukar inte heller avsevärt hälso- och sjukvårdens resurser. Den gravida kvinnan får instruktioner för hur räkningen av fostrets rörelser går till så att hon själv kan göra det vid behov. (Se kap. Avvikande rörelser hos fostret.)

REKOMMENDATION

- ▶ Den gravida kvinnan ska få information om hur fostret normalt rör sig.
- ▶ Den gravida kvinnan ska få information om hur fostrets rörelser räknas på rätt sätt. Rekommendationen är att fostrets rörelser räknas endast vid behov efter graviditetsvecka 32, men alltid efter det att den beräknade tiden har överskridits.

Källor

1. Mangesi L, Hofmayer GJ, Smith V. 2012. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD004909.
2. Hofmeyr GJ, Novikova N. 2012. Management of reported decreased fetal movements for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD009148.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: Routine monitoring of fetal movements.
4. Winje BA, Saastad E, Gunnes N, Tveit JV, Stray-Pedersen B, Flenady V, Frøena JF. 2011. Analysis of 'count-to-ten' fetal movement charts: a prospective cohort study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 118(10), 1229–1238.

UPPFÖLJNING AV FOSTRETS PULS

Hörbara hjärtslag hos fostret bekräftar att fostret är vid liv, men det är osannolikt att man utgående från det kan få reda på annan detaljerad information om fostrets välbefinnande.^{1–3} Den normala pulsen hos fostret varierar mellan 110 och 160, och man kan höra att pulsen stiger till exempel då fostret rör på sig.^{4–5} Fostrets puls kan höras från och med graviditetsvecka 12, men säkrast först från och med graviditetsvecka 13. Att höra fostrets puls kan vara en positiv upplevelse för den gravida kvinnan. Upplevelsen kan också vara av betydelse för att framkalla en relation mellan pappan och fostret. Å andra sidan kan också oroskänslan öka i onödan, till exempel om föräldrarna försöker höra pulsen i ett för tidigt skede.⁶ (Se kap. Avvikande puls hos fostret.)

REKOMMENDATION

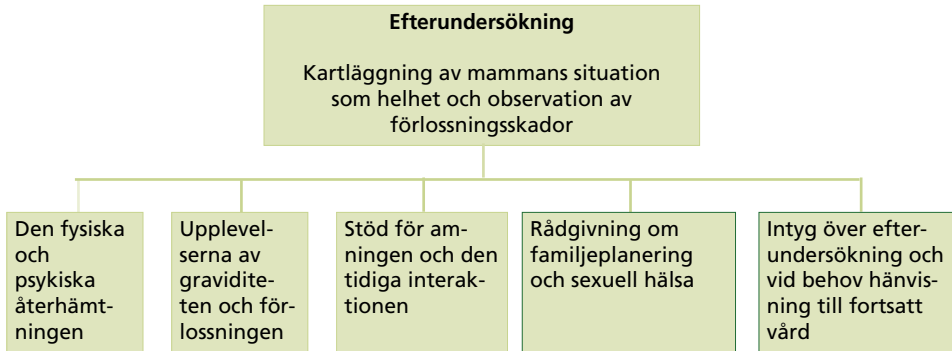
- ▶ Internationella forskningsrön ger inga klara motiveringar till rutinmässig mätning av fostrets puls vid en normal graviditet.
- ▶ Fostrets puls kan dock mätas från och med graviditetsvecka 13, eftersom det kan vara viktigt för familjen. Fostrets konstaterade puls antecknas, men pulsens basnivå behöver inte antecknas.

Källor

1. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GML. 2010. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review, CD001450.
2. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: auscultation of fetal heart. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
4. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. 2008. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Review, CD006066.
5. Liston R, Sawchuck D, Young D. 2007. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can, 29(11), 909.
6. Rowland J, Heazell A, Melvin C, Hill S. 2011. Auscultation of the fetal heart in early pregnancy. Archives of Gynecology and Obstetrics 283, 9–11.

7.7 EFTERUNDERSÖKNING EFTER FÖRLOSSNINGEN

Vid den efterundersökning som görs efter förlossningen ska enligt sjukförsäkringslagen¹ ingå de undersökningar som behövs för att klarlägga kvinnans hälsotillstånd och påvisa eventuella förlossningsskador. För att föräldrapenning ska betalas förutsätts att kvinnan tidigast fem och senast tolv veckor efter nedkomsten har genomgått efterundersökning hos en läkare eller hos en hälsovårdare eller barnmorska som är anställd inom den offentliga hälso- och sjukvården och som har tillräcklig utbildning. Vid efterundersökningen är det viktigt att se till att kvinnan styrs till ändamålsenlig vård, om ett sjukdomstillstånd eller en förlossningsskada konstateras.² Intyget över genomförd efterundersökning (SV75r) undertecknas av läkaren, hälsovårdaren eller barnmorskan och skickas till FPA.³



Figur 1. Efterundersökningens centrala innehåll.

Efterundersökningen utgår från en övergripande bedömning av kvinnans och familjens situation. Efterundersökningens innehåll har sammanställts i figur 1.

För att klarlägga den fysiologiska återhämtningen ska kvinnans vikt, blodtryck och hemoglobin kontrolleras och urinen undersökas vid efterundersökningen.⁴ Om kvinnan har underliggande sjukdomar, sjukdomar som uppkommit under graviditeten⁵ eller andra riskfaktorer, ska de kontrolleras och anvisningar ges för senare uppföljningsbesök som behövs inom primärvården eller den specialiserade sjukvården. Genom en gynekologisk undersökning utreds de anatomiska och fysiologiska förändringarna och den funktionella återhämtningen i kvinnans inre könsorgan och bedöms läkningen av förlossningsskadorna.

Återhämtningen efter förlossningen sker vanligen inom 6–8 veckor. Efterblödningens mängd och karaktär ska beaktas. En normal efterblödning pågår i 4–6 veckor efter förlossningen. Långvarigare blödning kan till exempel bero på att moderkakan inte lossnat ordentligt och att livmodern därför inte drar ihop sig så bra, att den är inflammerad eller att det är fråga om en blödningssjukdom.⁴ Bäckebottenmusklerna och eventuella funktionsstörningar (gas-, urin- eller avföringsinkontinens) kontrolleras genom en gynekologisk undersökning och genom att diskutera med kvinnan. Därtill ges instruktioner om hur man kan stärka muskulaturen i bäckenbotten.^{4,6} Slidans slemhinnor är ofta sköra och det förekommer rodnad innan hormonaktiviteten och menstruationscykeln sätter igång. Det går över av sig självt, men om torra slemhinnor utgör ett besvär kan kvinnan vid behov använda östrogenhaltiga lokala behandlingar och glidmedel vid samlag.^{4,6} Om en kvinna som fött barn är i screeningålder men cellprov ännu inte tagits, kan det göras i samband med efterundersökningen. Klienten kan också styras till den screening som tillhandahålls av kommunen (se kap. Cellprov). Om kvinnan tidigare haft cellförändringar eller förstadiet, ska de följas upp i enlighet med rekommendationen God medicinsk praxis.⁷

Kvinnans sinnesstämning bedöms med hjälp av samtal, observation och EPDS-blanketten (bilaga 7, se kap. Depression efter förlossningen).

Vid efterundersökningen kartläggs amningsituationen och mamman uppmanas till fortsatt amning enligt rekommendationerna.^{8–10} Mammor som trots försök inte lyckas amma ska få stöd och handledning.⁹ Vid efterundersökningen diskuteras parrelationen och de förändringar som barnet medfört i parrelationen. Frågor kring sexuell hälsa och familjeplanering diskuteras efter önskemål. Därtill görs en kartläggning av hur familjen klarar sig och orkar i vardagen, hur familjens stödnätverk ser ut och hurdana levnadsvanor familjen har, till exempel kost, motion och behov av vila. Vid behov ordnas handledning och stöd för familjen till exempel genom familjearbete. Om något avvikande eller ett behov av stöd uppkommer i anknytning till ett delområde i efterundersökningen, görs konsultation enligt överenskommen arbetsfördelning.

REKOMMENDATION

- ▶ Vid efterundersökning efter förlossningen iakttas den arbetsfördelning som avtalats vid hälso- och sjukvårdsenheten, de nationella vårdrekommendationerna och de krav som gäller patientsäkerheten.
- ▶ Säkerställ att föderskan om hon så vill har möjlighet att komma till en läkarmottagning, men å andra sidan också att en föderska inte i onödan går på efterundersökning hos både läkaren och hälsovårdaren/barnmorskan.
- ▶ Mammor uppmanas till amning, och de mammor som behöver särskilt stöd för amningen erbjuds riktad handledning.
- ▶ För att identifiera depression efter förlossningen används EPDS-blanketten och vid behov styrs klienterna till fortsatt behandling.
- ▶ Familjeplaneringen ska diskuteras och vid behov ska preventivmedel tas i bruk.
- ▶ Om det förekommit komplikationer i anslutning till graviditeten eller förlossningen är det läkaren som ska ansvara för efterundersökningen på rådgivningen. Efterundersökningen kan också göras inom den specialiserade sjukvården, vanligen på moderskapspolikliniken.

Källor

1. Sjukförsäkringslag 1224/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041224>.
2. Lag om ändring av sjukförsäkringslagen 437/2010. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100437>.
3. Folkpensionsanstalten (FPA). <http://www.kela.fi/web/sv/foralder>.
4. Nuutila M, Ylikorkala O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O., Ta-

- panainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 474–484. Kustannus Oy Duodecim.
5. Kaaja RJ, Greer IA. 2005. Manifestations of chronic disease during pregnancy. *JAMA* 7, 294(21), 2751–7.
 6. Virtsankarkailu (naiset) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
 7. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttimen solumuutokset (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
 8. Hasunen K, ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tiede- ja tutkimuskeskus, Helsinki.
 9. THL. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa, toimintaohjelma 2009–2012. THL Raportti 32/2009.
 10. Raskaana olevan synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. (8.10.2012 / JBI) <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/raskaana-olevan-synnyttävän-ja-synnyttäneen-aidin-seka-perheen-imetysohjaus>.

7.8 FÖRHINDRANDE AV GRAVIDITET EFTER FÖRLOSSNINGEN

Det finns bra internationella evidensbaserade anvisningar om förhindrande av graviditet efter förlossningen.¹⁻² I Finland saknas bra nationella anvisningar, och de internationella anvisningarna är inte så kända. Enligt en undersökning som gjordes i Finland år 2005 är kondom det preventivmedel som i samband med efterundersökningen i de flesta fall rekommenderas för ammande mammor.³ Bland de medicinska preventivmedlen kommer minipiller först. En kopparspiral sätts vanligen in först efter att menstruationscykeln kommit igång, och vid insättning av en hormonspiral väntar man dessutom tills amningen slutar. Kombinationspreventivmedel påbörjas ungefär samtidigt. Inställningen till att påbörja medicinska preventivmedel efter graviditeten är således mycket avvaktande. Att det är vanligt med abort inom ett år efter förlossningen – i upp till 10 procent av fallen – beror sannolikt på att man inte använt ett pålitligt preventivmedel efter förlossningen.⁴

Kvinnans kropp genomgår stora hormonella och fysiska förändringar under graviditeten och förlossningen. Trötthet efter förlossningen och den nya familjesituationen kan påverka sexlusten. Hur snabbt den sexuella aktiviteten återställs efter förlossningen är individuellt. Ömhet och närhet mellan föräldrarna är mycket viktiga faktorer för föräldraskapet, parrelationen och babys uppväxt (se kap. Föräldrarnas resurser). Sexlusten kan också påverkas av att slidans slemhinnor känns torra och ömma och det förekommer efterblödningar efter förlossningen. Det finns dock inga hinder för samlag om båda har lust till det och det inte känns smärtsamt. För behandling av torra slemhinnor räcker det vanligen med att använda glidmedel, och vid svår atrofi, dvs. för-

tvining av slidans slemhinnor, kan situationen underlättas med hjälp av vaginal östrogenbehandling i ett par veckor. Av hygienskal är det bra att använda kondom vid efterblödningar. Efterundersökningen genomförs inom 5–12 veckor efter förlossningen (se kap. Efterundersökning efter förlossningen). Med tanke på preventivmedel är det bättre att göra undersökningen närmare den femte än den tolfte veckan.

Vid bedömningen av preventivmedlets lämplighet används internationella kriterier (Medical Eligibility Criteria eller MEC):¹⁻²

1 = fri användning av p-piller

2 = fördelarna med p-piller vanligen större än nackdelarna, men användning kräver övervägande

3 = riskerna med användning av p-piller vanligen större än fördelarna, användning sällan motiverad

4 = de hälsorisker som p-piller orsakar är oskäligt stora, p-piller ska inte användas.

För att förhindra en ny graviditet efter förlossningen är det i princip möjligt att välja bland det breda utbudet av preventivmetoder, men amningen påverkar väsentligt valet av preventivmetod och tidpunkten för att påbörja metoden. Också de förmodade skadeverkningarna på det ammande barnet kan vara en orsak till att en preventivmetod inte påbörjas tillräckligt tidigt. Det är viktigt att använda en pålitlig preventivmetod redan vid det första samlaget efter förlossningen.

Kvinnor uppmantras till att amma, och det rekommenderas inte att amningen avslutas för att en viss preventivmetod ska kunna användas. Preventivmetoden får inte vara till skada för amningen eller det nyfödda barnets hälsa.

Hos en kvinna som inte ammar kan äggceller mogna och ägglossning (ovulation) ske redan en månad efter förlossningen. Hos ammande kvinnor kan amenorré, dvs. utebliven menstruation och en infertil period, vara i allt från två månader upp till två år. Amningen påverkar aktiviteten i hypotalamus och hypofysen genom att öka produktionen av prolaktin och hålla LH-halten (luteiniserande hormon) låg, och hindrar på så sätt äggstockarna från att återta sin funktion. Med tiden då amningsintervallet blir längre och barnet börjar få tilläggskost, minskar amningens effekt och äggstockarna aktiveras, och därigenom sätter menstruationscykeln och ovulationen igång.

Amningens skydd mot en ny graviditet

Amning är viktigt för babyns hälsa. Dessutom ger amningen i sig ett 98-procentigt skydd mot en ny graviditet,² om följande fyra kriterier uppfylls: det har gått mindre än sex månader sedan förlossningen, menstruationen har ännu inte börjat, kvinnan ammar regelbundet med högst sex timmars mellanrum och barnet får ingen tilläggsnäring.

Regelbunden amning betyder att kvinnan ammar alltid då barnet vill bli ammat: på dagarna med minst fyra och på nätterna med minst sex timmars mellanrum.⁵ Stänk-

blödning som varar i endast en dag innebär inte att menstruationen börjat. Amningens skydd mot en ny graviditet (Lactational Amenorrhea Method, LAM) har undersökts i relativt stor omfattning² och påverkas i någon mån till exempel av kostskillnader. Ett dåligt nutritionstillstånd förlänger amenorrén.

Att använda amning som skydd mot en ny graviditet ger goda möjligheter både till att främja amningen och att förhindra en graviditet, men det förutsätter diskussion med klienten. Klienten måste förstå betydelsen av en regelbunden amning (dagtid och nattetid) och behovet av att påbörja ett annat preventivmedel då det gått ett halvt år sedan förlossningen, då menstruationen börjat eller då amningen inte längre sker tillräckligt ofta och regelbundet. Ibland förekommer den felaktiga uppfattningen att också delamning effektivt skyddar mot graviditet och då kan en ny graviditet börja tidigare än planerat.

Förhindrande av graviditet under amning

Senast då amningsintervallet blir längre och/eller babyn börjar få tilläggsnäring och man vill förhindra en graviditet måste preventivmedel användas. Om det önskade antalet barn har nåtts, kan **sterilisering** komma i fråga. Eftersom metoden är definitiv, kräver den alltid noggrant övervägande. Om mannen steriliseras strax efter förlossningen hinner effekten av ingreppet säkerställas innan kvinnans fertilitet återställs, om hon helammar till exempel i fyra månader. Vanligen måste man köa till sterilisering och under väntetiden används en pålitlig preventivmetod.

Kondom är ett pålitligt preventivmedel, om det används på rätt sätt. Förutom vid sällsynt allergi mot naturgummi har kondomen inga kontraindikationer eller biverkningar. Under amningen irriteras de torra slemhinnorna vid användning av kondom, och därför lönar det sig ofta att använda glidmedel. I det fallet ska vattenlösligt glidmedel användas, så att inte kondomen blir skör.² Att begränsa samlagen till de tidpunkter i menstruationscykeln då befruktning är som mest osannolikt kallas **rytmmetoden** och är alltid en opålitlig metod.

Utöver gulkroppshormoner innehåller **kombinerade p-piller** också östrogen. För tillfället finns det inte tillräcklig evidens för att påvisa om östrogenet i kombinerade p-piller minskar på mjölkproduktionen.² Enligt WHO:s rekommendation är riskerna med kombinationspreventivmedel större än fördelarna (MEC3) från och med sex veckor till sex månader efter graviditeten, men efter det är fördelarna i allmänhet större än nackdelarna (MEC2).¹ Enligt de brittiska rekommendationerna är det möjligt att börja använda kombinationspreventivmedel sex veckor efter förlossningen, om övriga metoder inte lämpar sig och om amningen är stabil.² Hos delammande mammor är fördelarna större än nackdelarna. Användning av kombinerade p-piller under amningen har inte påvisats vara till skada för barnets utveckling.²

I olika internationella rekommendationer anges att en **koparspiral** kan sättas in två dygn efter förlossningen eller fyra veckor efter förlossningen.¹⁻² Det är mindre smärtsamt att sätta in en spiral under amningen eller strax efter förlossningen än vad

det är senare, men det kräver specialkompetens av läkaren, eftersom livmoderns muskelvägg fortfarande är mjuk. På grund av risken för perforation av livmodern ställer man sig i Finland kritiskt till att sätta in en spiral strax efter förlossningen.³

Hormonella preventivmedel som endast innehåller **gulkroppshormoner**, dvs. progesterin, till exempel **minipiller**, **en hormonkapsel som sätts in under huden**, **intrauterin hormonspiral** och **p-spruta med gulkroppshormon** verkar inte minska mjölkutsöndringen och är inte till skada för det ammande barnet.² Lämplig tidpunkt för ammande kvinnor att påbörja dessa preventivmedel är enligt WHO:s rekommendation sex veckor efter förlossningen.¹ Enligt de brittiska rekommendationerna kan minipiller vid behov påbörjas genast efter förlossningen också under amningen, hormonkapslar 3–4 veckor efter förlossningen och p-sprutor helst först sex veckor efter förlossningen.² Både enligt tillverkaren (Bayer) och WHO:s rekommendationer kan en hormonspiral sättas in tidigast 6 veckor efter förlossningen. Enligt de brittiska rekommendationerna kan den däremot sättas in redan 4 veckor efter förlossningen.² Fördelen med hormonspiralen anses vara att hormonet levonorgestrel huvudsakligen verkar lokalt och endast en liten mängd hormon frigörs i blodloppet. Det är känt sedan länge att hormonspiral kan användas under amning.^{7–8}

Förhindrande av graviditet hos icke-ammande kvinnor

Om kvinnan inte ammar efter förlossningen och paret vill förhindra en graviditet måste preventivmedel börja användas tidigt. **Kombinationspiller** rekommenderas 3–6 veckor efter förlossningen. Under de tre första veckorna efter förlossningen löper kvinnan en förhöjd risk för ventrombos, och då är det ännu inte tryggt att påbörja p-piller.¹ Om kvinnan har andra riskfaktorer för ventrombos (t.ex. immobilisering, BMI > 30), kan det finnas skäl att vänta tre veckor till.² Enligt WHO:s översikt⁶ försvinner det hyperkoagulativa tillståndet senast inom 42 dagar efter förlossningen. Efter det finns inga förhinder för användning av kombinationspreventivmedel.

Om kvinnan vill förhindra en graviditet, kan **minipiller** eller **p-kapslar** påbörjas genast efter förlossningen, men senast under den tredje veckan efter förlossningen.²

Om preventivmetoden misslyckas

Om preventivmetoden misslyckas, kan receptfritt **akut-p-piller med levonorgestrel** användas också under amningen, då det gått minst tre veckor sedan förlossningen.² Akut-p-piller ska tas så snart som möjligt, men senast 72 timmar efter det oskyddade samlaget. En liten mängd av hormonet levonorgestrel överförs till bröstmjölken, men det finns ingen evidens för att en kortvarig exponering är till skada för barnen.

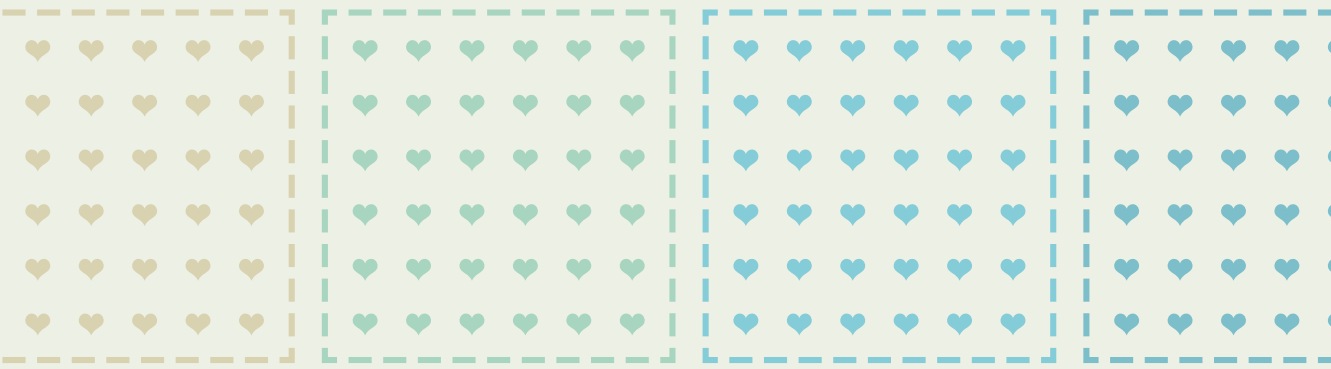
Det går också att i efterhand sätta in en **kopparspiral** inom loppet av fem dygn efter det oskyddade samlaget, om det gått minst fyra veckor sedan förlossningen.² Fördelen med spiralen är att kvinnan samtidigt får ett fortsatt skydd mot en ny graviditet.

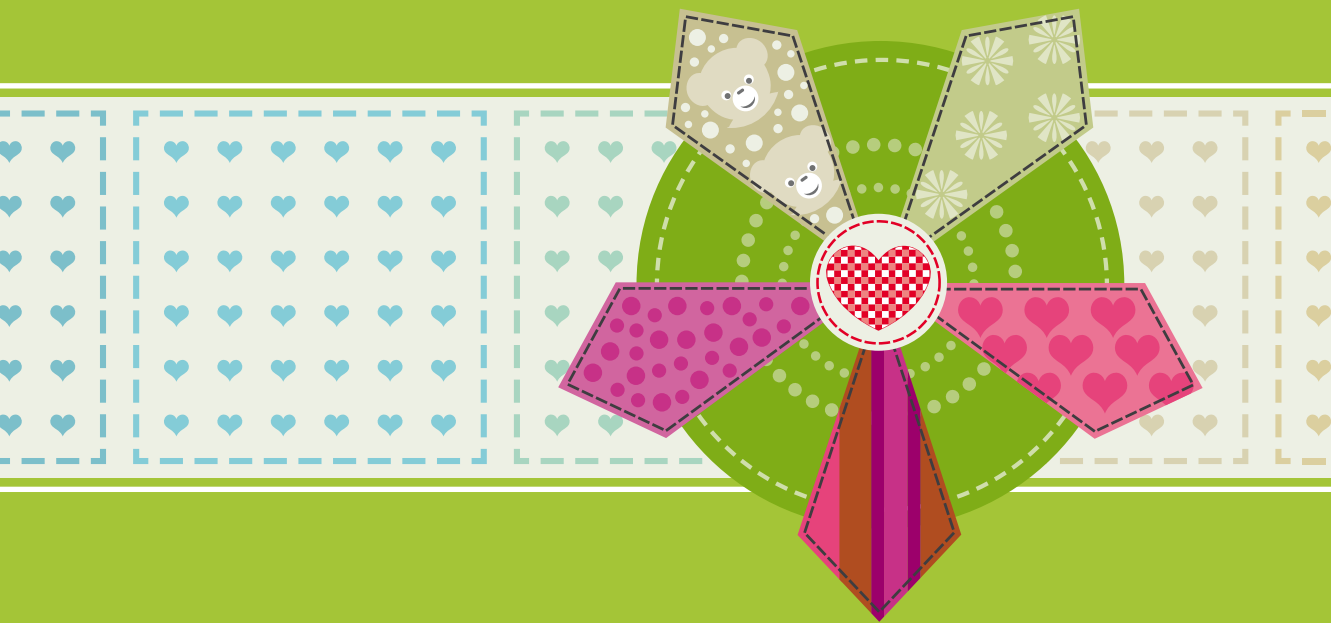
REKOMMENDATION

- ▶ Om kvinnan vill undvika en ny graviditet är det viktigt att använda preventivmedel redan vid det första samlaget efter förlossningen.
- ▶ På rådgivningen diskuteras familjeplaneringen redan under graviditeten och kvinnan får information om att helamning skyddar mot graviditet endast under vissa noggranna förutsättningar.
- ▶ Uppmuntra kvinnan att amma och hjälp henne att välja preventivmedel utgående från om hon helammar, delammar eller inte ammar alls.
- ▶ Internationell forskning har visat att en spiral kan sättas in tidigast 4–6 veckor efter förlossningen, och enligt tillverkaren kan en hormonspiral sättas in 6 veckor efter förlossningen. I Finland är den efterundersökning som görs efter förlossningen ett naturligt tillfälle att sätta in en spiral. Innan spiralen sätts in görs en noggrann klinisk undersökning. Den person som sätter in spiralen ska ha tillräcklig utbildning och erfarenhet.
- ▶ P-piller som endast innehåller progestin kan vid behov påbörjas genast efter förlossningen också hos ammande kvinnor.
- ▶ Kombinationspreventivmedel kan påbörjas 6 veckor efter förlossningen hos delammande kvinnor och hos kvinnor som inte ammar, och 6 månader efter förlossningen hos helammande kvinnor.

Källor

1. WHO Department of Reproductive Health and Research (2009). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition.
2. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf> [luettu 27.3.2013].
3. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1029. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.
4. Vikat B, Kosunen E, Rimpelä M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspect Sex Reprod Health*, Mar-Apr, 34(2), 84–90.
5. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton JD. 2007. *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program.
6. WHO/RHR/10.15. 2010. Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period.
7. Heikkilä M, Haukkamaa M, Luukkainen T. 1982. Levonorgestrel in milk and plasma of breastfeeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25, 41–49.
8. Heikkilä M, Luukkainen T. 1982. Duration of breastfeeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception* 25, 279–292.





8 HEMBESÖK

Syftet med hembesök är att främja familjens välbefinnande och säkerheten i barnets uppväxt- och utvecklingsmiljö, att klarlägga stödbehovet i familjen och att erbjuda det stöd familjen behöver. Under hembesöket bedömer hälsovårdaren/barnmorskan hur den gravida kvinnan och fostret mår eller hur mamman och babyn mår, och ger behovsriktad hälsorådgivning bland annat om vården av barnet, föräldraskapet och säkerheten i hemmet. Vid behov bedöms också hur de övriga familjemedlemmarna mår. Samtidigt bekantar sig hälsovårdaren/barnmorskan med familjens vardagsmiljö och får en uppfattning om föräldrarnas värderingar som gäller hälsan, deras livsstil och hälsosvanor.

Enligt statsrådets förordning¹ ska hembesök göras hos en familj som väntar sitt första barn eller hos en familj som har fått sitt första barn, och andra hembesök ska ordnas vid behov. Eftersom de som väntar sitt första barn har olika slags psykosociala behov och eftersom hembesöken är effektiva, är det bra att göra ett hembesök hos alla förstfödelskor både under graviditeten och efter förlossningen, och hos omfödelskor efter förlossningen. Till familjer som väntar sitt första barn kan enligt förordningens motivering och tillämpningsanvisningar² också räknas sådana familjer där den ena partnern blir förälder för första gången, och likaså invandrarfamiljer som första gången väntar ett barn som föds i Finland. För att bedöma och tillgodose ett behov av särskilt stöd ska hembesök vid behov göras så att hälsovårdaren/barnmorskan kan kartlägga situationen och se till att familjen ges möjlighet till samtal och annat stöd. Hembesök kan också göras till exempel i samarbete mellan hälsovårdaren/barnmorskan och familjearbetaren.² I vissa situationer kan man genom hembesök klarlägga stödbehovet hos dem som uteblivit från undersökningarna.

I allmänhet upplever familjerna att de hembesök som mödra- och barnrådgivningens hälsovårdare gör är positiva och familjerna vill gärna ha hembesök.³ Det finns endast lite forskning kring hembesöken i Finland. Hembesökens betydelse för familjer som fick barn 1975–1976⁴⁻⁵ kartlades i en longitudinell undersökning som visade att problem i ungdomen kan förebyggas genom sådan familjerådgivning som grundar sig på hembesök och som erbjuds i den tidiga barndomen.⁴ Positiva effekter kunde fortfarande skönjas 15–20 år efter interventionen.⁵

Projektet Lapsiperhe, som drevs av Mannerheims Barnskyddsförbund år 1996–2000⁶, gav upphov till positiva förändringar i föräldraskapet, barnets vård och fostran och parrelationen. Det förebyggande familjearbetet och det tidiga stödet ökade barnfamiljernas välbefinnande och avbröt i bästa fall en kedja av negativa händelser i livet. Genom familjearbetet undveks behovet av 4–6 gånger dyrare tjänster.

Enligt översikter som klarlagt hembesökens effektivitet har man genom hembesök klart kunnat stödja föräldraskapet och interaktionen mellan mamman och barnet och förebygga olycksfall bland barn.⁷⁻⁹ Hembesöken påverkar i viss mån möjligheten att förebygga och behandla depression efter förlossningen, förbättra problematiskt beteende

de hos barn (t.ex. problem med att sova) och främja amning och den kognitiva utvecklingen hos för tidigt födda barn. Hembesökens effekter på barnens fysiska tillväxt (vikt och längd), barnets sjukfrekvens och näring har förblivit oklara. Oklart är också i vilken omfattning mamman utnyttjar inofficiellt stöd och hur omfattande hennes inofficiella stödnätverk är. Hembesöken har ingen effekt på barnets motoriska utveckling, viljan att vaccinera barnet och användningen av andra förebyggande tjänster.

Med hjälp av hembesök kan man stärka känslan av duglighet hos föräldrar som väntar sitt första barn och föräldrar som fått sitt första barn och erbjuda dem socialt stöd.¹⁰ Hembesöken har en större effekt på föräldraskapet hos unga föräldrar, interaktionen mellan barnet och föräldern och på mamman än till exempel på barnets hälsa och utveckling.¹¹ Hembesöken får mer effekt om de inleds redan under graviditeten och fortsätter regelbundet under minst ett års tid. Hembesökens effektivitet ökar då vårdpersonalen är yrkeskunnig och då relationen till klientfamiljen grundar sig på tillit.¹¹⁻¹²

Hos föräldrar i familjer som behöver särskilt stöd har hembesöken visat sig vara en effektiv metod för att minska stressen, alkohol- och droganvändningen och misshandeln och försummelsen av barn, men även för att stärka en varaktig parrelation och förbättra livshanteringen. Dessa effekter är fortfarande synliga 12 år efter att barnet fötts.¹³⁻¹⁸

Ett framgångsrikt hembesök förutsätter att den anställda har en empatisk och respektfull inställning till familjemedlemmarna och familjens livsmiljö och att klientrelationen är förtroendefull. Hembesöken främjar en öppen interaktion mellan familjen och den anställda. Kom överens om hembesöket med föräldrarna och berätta för dem om besökets syfte. Sträva efter att ordna hembesöket vid en sådan tidpunkt att också partnern kan delta. För att inleda samtalet under hembesöket och för att tidigt kunna identifiera ett behov av stöd kan du använda den intervjublankett som stödjer tidig interaktion under graviditeten eller den blankett som behandlar resurser i familjer som väntar barn. Den hälsorådgivning som ges till familjen är behovsorienterad. I slutet av hembesöket görs en sammanfattning av tolkningarna och situationen. Kom samtidigt överens om var och när nästa träff ska ske.

Det centrala innehållet i hembesök som görs under graviditeten har sammanställts i tabell 1. *Innehållet i hembesöken efter förlossningen* har sammanställts i tabell 2. Det finns skäl att arrangera ett hembesök så snart som möjligt efter att mamman och barnet skrivits ut från sjukhuset, så att problem ska kunna identifieras i ett tidigt skede, till exempel gulsot hos nyfödda eller problem med amningen.

TABELL 1. Att observera och kontrollera vid hembesök under graviditeten

Tema	Undersök, kontrollera, uppmärksamma, ge råd, dokumentera
Uppföljning av den gravida kvinnans hälsa	<ul style="list-style-type: none"> – hur har kvinnan det, hur mår och orkar hon? – humör och bekymmer – arbete (belastning, särskilda risker, arbetstider), fritidsintressen – hälsovanor – inre bilder av baby, uppfattningar om moderskapet, föräldraskapet och förändringarna i livet
Partnerns hälsa och välbefinnande	<ul style="list-style-type: none"> – hur har partnern det, hur mår han/hon? – humör och bekymmer – arbete (arbetstider, eventuella tjänsteresor), fritidsintressen – hälsovanor – inre bilder av baby, uppfattningar om faderskapet, föräldraskapet och förändringarna i livet
Den kommande förlossningen och vården av baby	<ul style="list-style-type: none"> – förlossningen och dess förberedelse – babys grundläggande utrustning och skötsel – tidig interaktion (Vavu-intervju) – amning: attityder, önskemål, tillit – säkerheten i hemmet
Det sociala nätverket	<ul style="list-style-type: none"> – möjligheterna att få stöd av personer utanför familjen
Eventuellt behov av extra hjälp och stöd	<ul style="list-style-type: none"> – hemhjälp – familjearbete

TABELL 2. Att observera och kontrollera vid hembesök efter graviditeten

Tema	Undersök, kontrollera, uppmärksamma, ge råd, dokumentera
Förlossningsförloppet och förlossningsupplevelsen	<ul style="list-style-type: none"> – förlossningsförloppet, mammans, pappans och stödpersonens upplevelser – frågor som är oklara eller bekymrar, behov att kontakta förlossningssjukhuset
Mammans hälsa och återhämtning	<ul style="list-style-type: none"> – hur mår mamman överlag, hur orkar hon, hurdant är hennes humör? – livmoderns storlek, ömhet, efterblödning, slidan: läkning efter episiotomi och rupturer – utsöndring: problem med att kissa eller med avföringen – såret efter ett kejsarsnitt, avlägsnande av suturer – bröstet, amning – extra uppföljning, att observera inför nästa graviditet – graviditetsprevention – tidig interaktion med barnet – hälsovanor – föräldraskapet och parrelationen
Det nyfödda barnet	<ul style="list-style-type: none"> – allmän hälsa: vakenhet, spänst, reaktioner på hantering – vikt, huvudomfång: förändringar i måtten efter födseln – sugning, urinering och avföring – fontaneller, hud, navel, ögon, mun – sömnrytm – barnskötsel: badande, trygg hantering osv.
Pappans/partnerns hälsa	<ul style="list-style-type: none"> – humör, hälsa – hälsovanor – deltagande i vården av baby – planer på att ta ut faderskapsledigheten – interaktionen med barnet – föräldraskapet och parrelationen
Det sociala nätverket	<ul style="list-style-type: none"> – möjligheterna att få stöd av personer utanför familjen – syskonen
Eventuellt behov av extra hjälp och stöd	<ul style="list-style-type: none"> – familjearbete – hemhjälp

REKOMMENDATION

- ▶ Rekommendationen är att hembesök görs hos alla dem som väntar sitt första barn såväl under graviditeten som efter det att barnet fötts. Under graviditeten görs hembesöket under den sista trimestern, då det barn som ska födas börjar realiseras för bägge föräldrarna. Hembesök efter förlossningen görs i varje nyföddes hem.
- ▶ Det är mödrarådgivningens hälsovårdare/barnmorska som gör hembesöket, vid behov i samarbete med en familjearbetare eller en representant för någon annan yrkesgrupp.
- ▶ Rådgivningen och förlossningsenheterna inom specialiserad sjukvård kommer överens om praxis för de hembesök som görs efter en förlossning med kort eftervård och informerar familjerna om detta.
- ▶ Hembesök görs efter behov hos de familjer som behöver särskilt stöd. Antalet besök, tidpunkten för besöken och sammansättningen av den personal som deltar i hembesöken beror på familjens individuella behov.
- ▶ Hembesöken ska aktivt utvecklas och innehållet planeras i samarbete med föräldrarna.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård: motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11.
3. Perälä M-L, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisainen K, Räikkönen O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo S, Koponen P (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes, Raportteja 220.
4. Aronen E, Kuosa M, Tallila M, Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuorten psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seurantatutkimus. *Duodecim* 111(6), 505–508.
5. Aronen E, Arajärvi T. 2000. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry* 70(2), 223–232.
6. Häggman-Laitila A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 3(39), 192–207.
7. Elkan R, Kendrick D, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K. 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4(13).
8. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 82, 443–451.
9. Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill, Health Development Agency 2004. Ante- and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews. Evidence briefing. Health Development Agency, 1st Edition, February 2004. www.hda.nhs.uk/evidence.

10. de la Rosa IA, Perry J, Dalton LE. 2005. Strengthening families with first-born children: Exploratory story of the outcomes of a home visiting intervention. *Research on Social Work Practice* 15(5), 323–338.
11. Kearney MH, York R, Deatrick JA. 2000. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship* 32(4), 369–376.
12. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, Isacks K, Sheff K, Henderson CR. 2004. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 114(6), 1560–1568.
13. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. 2000. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 24(11), 1399–1429.
14. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA. 2010. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(5), 419–424.
15. Monsen KA, Banerjee A, Das P. 2012. Discovering client and intervention patterns in home visiting data. *Western Journal of Nursing Research* 32(8), 1031–1054.
16. Fernandez E. 2007. Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review* 29(10), 1368–1394.
17. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. 2009. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America* 56, 389–403.
18. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. 2007. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 92(3), 229–233.



9 IDENTIFIERING OCH BEHANDLING AV GRAVIDITETSPROBLEM SOM KRÄVER YTTRELLIGARE UPPFÖLJNING

9.1 FLERBÖRDSGRAVIDITET

Två tredjedelar av alla tvillingar är icke-identiska eller dizygotiska, vilket betyder att två äggceller har befruktats med separata spermier och vardera tvillingen har en egen arvs-massa. En tredjedel av alla tvillingar är identiska eller monozygotiska, och då har en spermie befruktat en äggcell som sedan delat sig i två embryon med samma arvs-massa och samma kön.

Placentationen, dvs. korionisiteten, beror på vid vilken tidpunkt embryot delar på sig. Två tredjedelar av de identiska tvillingarna har var sin moderkaka, korion och amnion i fosterstadiet (fostren är dikorioniska och diamnioniska). En tredjedel har en gemensam moderkaka och korion, men var sin amnion (fostren är monokorioniska och diamnioniska). Hos 1–5 procent kan också amnion vara gemensam (fostren är då monokorioniska och monoamnioniska). En flerbördsgraviditet kan vara både monozygotisk och dizygotisk.

I Finland är cirka tre procent av de nyfödda barnen tvillingbarn eller trillingbarn. Varje år föds 830–950 tvillingar (845 år 2011) och 7–14 trillingar (14 år 2011).¹

Tvillingtransfusionssyndrom (twin-to-twin transfusion syndrome, TTTS) avser en störning i blodcirkulationen vid monokorioniska (gemensam moderkaka) flerbördsgraviteter (prevalensen är 10–15 %), där blodet cirkulerar från det ena fostret till det andra genom avvikande arteriovenösa anastomoser. I svåra former av sjukdomen är dödligheten upp till 60–100 procent, i lindrigare fall föds barnen i allmänhet för tidigt. En allvarlig form av sjukdomen utvecklas vanligen redan i graviditetsvecka 16–18 och syns tidigt i form av skillnader i storleken på fostren och navelsträngarna. Hos det ena fostret bildas rikligt med fostervatten, hos det andra är fostervattenmängden däremot knapp och det sker en fördröjning i fostrets tillväxt. En lindrigare form av sjukdomen utvecklas senare under den andra trimestern, efter graviditetsvecka 24.²

Konstaterande av en flerbördsgraviditet

Vanligen konstateras en flerbördsgraviditet vid den ultraljudsundersökning som görs under den första trimestern (graviditetsvecka 11–12). Tecken på att det finns fler än ett foster är att mamman lider av kraftigt illamående och trötthet i början av graviditeten, att SF-måttet ökar snabbt i relation till graviditetsveckorna och att mamman kan känna fosterrörelser på alla sidor av livmodern. Genom en yttre undersökning urskiljs tre stora delar och två pulser hörs. Det är också viktigt att klarlägga anamnesen (t.ex. hormonbehandlingar) och mammans subjektiva känslor.

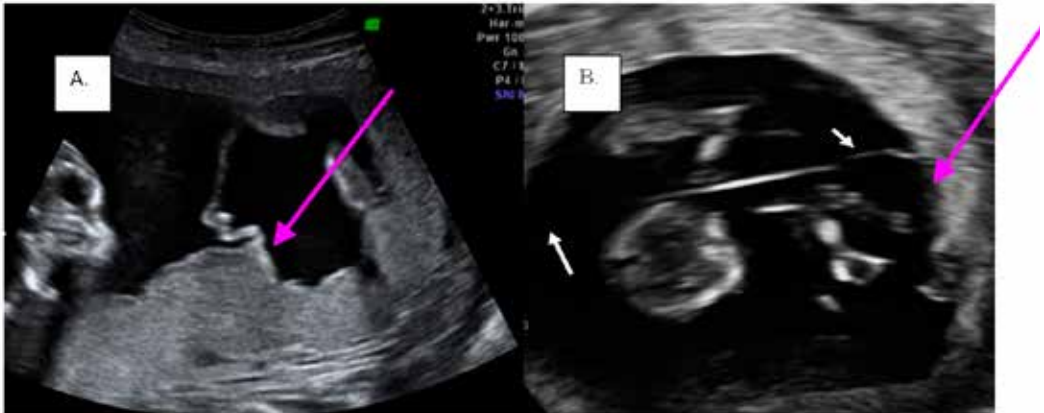


BILD 1. A. Lambdatecken i en dikorionisk, diamniotisk tvillinggraviditet.
B. T-tecken i en monokorionisk, diamniotisk tvillinggraviditet.

Genom ultraljudsundersökning (den första screeningen) klarläggs om fostren har en gemensam moderkaka (korionisitet) eller inte. Undersökningen sker före graviditetsvecka 14, då korionisitet lättast kan konstateras. Korionisiteten påverkar uppföljningen av graviditeten. I en dikorionisk tvillinggraviditet kan man antingen urskilja två separata moderkakor, eller också ligger moderkakorna så nära intill varandra att deras vävnader tränger sig in mellan hinnorna (lambdatecken). I en monokorionisk graviditet saknas lambdatecken (T-tecken, bild 1) och hinnan mellan fostren är tunnare än vid en dikorionisk graviditet.

Vid tvillinggraviditeter är förekomsten av preeklampsi fyrfaldig och graviditetskolestas tiofaldig jämfört med enkelbördsgraviditeter.³ De viktigaste komplikationerna med tanke på fostren är för tidig födsel (före graviditetsvecka 37; i 40–50 % av graviditeterna) och fördröjningar i fostrens tillväxt (i 40 % av graviditeterna).² Den perinatale dödligheten bland tvillingar är fyrfaldig jämfört med enkelbörder. Kejsarsnitt är vanligare vid tvillinggraviditeter än vid enkelbördsgraviditeter¹, och trillingar föds i regel med kejsarsnitt.

För de flesta paren kommer flerbördsgraviditeten som en överraskning och därför är behovet av information stort. I början kan föräldrarna också vara orealistiskt optimistiska och oförberedda på eventuella komplikationer och på hur barnens födelse kommer att påverka vardagen och känslolivet. Genom ett nära samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården vid uppföljningen av graviditeten kan eventuella risker identifieras i tid. Då familjen får tillräckligt med information under graviditeten motiveras föräldrarna till intensifierad vård under graviditeten. Föräldrarna funderar bland annat på hur de ska stödja de identiska eller icke-identiska barnens individualitet.

En flerbördsgraviditet kan medföra känslor av isolering, frustration och till och med depression, framför allt i samband med graviditetskomplikationer, till exempel

risk för för tidig förlossning. Det kan hända att barnen eller ett av dem måste separeras från mamman snabbt efter förlossningen för särskild observation eller intensifierad vård. I dessa situationer är det särskilt viktigt att stödja föräldrarna. Föräldrarna kan redan under graviditeten oro sig för hur de ska klara sig i vardagen efter att barnen fötts. Därför rekommenderas att den gravida kvinnan hänvisas till stödgrupper med personer i samma situation redan innan barnen föds. Flerlingsfamiljer får stöd av Finlands Flerlingsfamiljer rf, som också ger information och material till hälso- och sjukvårdspersonalen till exempel om familjeträning för flerlingsfamiljer. Trots all brådska som anknyter till omvårdnaden av barnen är det viktigt att uppmuntra föräldrarna att reservera tid tillsammans och se till att de själva orkar.⁴

Sociala förmåner

I Finland får flerlingsfamiljer ungefär samma sociala förmåner som familjer som fått ett barn: skillnaden är att föräldrapenning betalas under en längre tid. Föräldrapenningsperioden för tvillingar är 60 dagar längre och för trillingar 120 dagar längre än för ett barn. Moderskapspenningen är densamma som vid ett barn.

REKOMMENDATION

- ▶ Den gravida kvinnan eller hela familjen ska styras till stödgrupper med personer i samma situation så tidigt som möjligt före barnens födsel.
 - ▶ Hjälp den gravida kvinnan och familjen att förbereda sig inför eventuella komplikationer genom att erbjuda god förhandsinformation.
 - ▶ Vid uppföljningen av en flerbördsgraviditet är det viktigt att fästa särskild uppmärksamhet vid den förhöjda risken för för tidig förlossning, blodtrycksproblem och graviditetskolestas.
 - ▶ Fram till graviditetsvecka 26–28 växer fostren på samma sätt som vid en graviditet med endast ett foster. Efter det avtar tillväxten hos tvillingar. Livmoderns tillväxttakt är som högst i graviditetsvecka 26–32, och då övervägs behovet av sjukledning.
 - ▶ Graviditeten ska följas upp i samarbete mellan moderskapspolikliniken och rådgivningen. Vid monokorionisk graviditet skriver moderskapsrådgivningen i början av den andra trimestern (efter graviditetsvecka 12) en remiss till moderskapspolikliniken för ultraljudsuppföljning på grund av risk för TTTS. Vid dikorionisk graviditet utfärdas remissen senast efter det att fostrens anatomi undersökts med ultraljud. Uppföljningsbesök ordnas på moderskapspolikliniken vanligen med 2–4 veckors mellanrum.
-
-

Källor

1. Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd.
2. Raudaskoski T. 2011. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 429–34. Hämeenlinna.
3. Purho J, Nuutila M, Heikinheimo O. 2008. Kaksosraskaudet. Duodecim 124: 1111–9.

9.2 PREEKLAMPSI, GRAVIDITESHYPERTONI

Graviditetshypertoni: Hypertoni som orsakas av en graviditet (blodtryck > 140/90; ibland också en förhöjning av blodtrycket i förhållande till utgångsläget > 30/15, om förhöjningen är sammankopplad med andra symtom eller fynd).

Preeklampsi: Graviditetshypertoni i kombination med äggvita i urinen (> 0,3 g/l; > 0,5 g/dygn; U-prot ++ i engångsprov eller U-prot + kontrollerat).

Tillstötande preeklampsi: Kriterierna för preeklampsi uppfylls hos en gravid kvinna som lider av en kronisk sjukdom (kronisk hypertoni, kronisk njursjukdom, SLE, diabetes).

Typiska symtom eller fynd vid preeklampsi är bland annat svullnad, huvudvärk, synstörningar, illamående, smärta i övre delen av buken och fördröjd tillväxt hos fostret.¹⁻² Preeklampsi eller graviditetshypertoni förekommer hos 3–8 procent av alla gravida kvinnor. Preeklampsi är en av de mest betydande graviditetskomplikationerna i världen och kan riskera både mammans och fostrets hälsa (se kap. Blodtryck).

REKOMMENDATION

- ▶ Om preeklampsi eller graviditetshypertoni bekräftas (kriterierna uppfylls genast eller vid kontrollbesöken), remitteras kvinnan till moderskapspolikliniken.
- ▶ En gravid kvinna som är symptomfri eller som endast har lindriga symtom (t.ex. lindrig svullnad eller övergående huvudvärk) remitteras till moderskapspoliklinikens mottagning med tidsbeställning. I allmänhet ordnas mottagningsbesöket på sjukhuset inom en vecka efter att remissen utfärdats.
- ▶ Om den gravida kvinnan har symtom, det tidigare normala blodtrycket nu är högt (> 160/100) eller kvinnan har riklig proteinuri (U-prot ++), remitteras kvinnan akut till moderskapspolikliniken.

- ▶ Akut kraftig smärta i övre delen av magen hos en gravid kvinna i kombination med ett förhöjt blodtryck, även en lindrig förhöjning, och/eller proteinuri kan vara ett tecken på HELLP-syndrom. Det är då motiverat att akut remittera den gravida kvinnan till moderskaps-
polikliniken.
- ▶ När preeklampsi eller graviditetshypertoni bekräftats eller misstänks, ska den gravida kvinnan undvika kraftansträngningar. Den gravida kvinnan ska också tillrådas att följa fostrets rörelser.
- ▶ Om en gravid kvinna börjar få svullnader eller andra symtom på preeklampsi, ska kvinnan sändas till screening för preeklampsi.
- ▶ Om en gravid kvinna är symtomfri, blodtrycket endast är något förhöjt i förhållande till utgångsläget och proteinurifyndet är osäkert eller mycket litet, ska läget kontrolleras vid ett extra besök efter några dagar.
- ▶ Vid graviditetshypertoni eller lindrig preeklampsi kan den gravida kvinnan ibland vara hemma och övervakningen sker då i samarbete mellan förlossningssjukhuset och mödrarådgivningen (extra besök på rådgivningen med några dagars mellanrum). Om blodtrycket då stiger, proteinurin ökar eller subjektiva symtom uppkommer, finns det skäl att akut remittera den gravida kvinnan till sjukhus.

Källor

1. Tihtonen K, Uotila J. 2006. Kohonnut verenpaine raskausaikana. SLL 61, 1343–7.
2. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. www.kaypahoito.fi.

9.3 GRAVIDITETSDIABETES

Graviditetsdiabetes är en allmän störning i glukostoleransen som uppkommer eller för första gången konstateras under graviditeten: enligt födelseregistret hade 12,5 procent av alla gravida kvinnor graviditetsdiabetes år 2011.¹ Graviditetsdiabetes diagnostiseras redan vid ett enda avvikande värde i ett oralt glukosbelastningstest på 75 gram när som helst under graviditeten (fastblodsocker 5,3 mmol/l eller mer; 10,0 mmol/l eller mer efter en timme; 8,6 mmol/l eller mer efter två timmar).²⁻³

Under senare hälften av graviditeten ökar insulinresistensen hos alla kvinnor på grund av hormonell påverkan. Graviditetsdiabetes utvecklas då bukspottskörteln på grund av insulinresistensens påverkan inte klarar av det ökade insulinbehovet.

En hög blodsockernivå hos den gravida kvinnan kan leda till hyperinsulism hos fostret och därigenom till storväxthet hos fostret (makrosomi > 4,5 kg), funktionsstörningar i moderkakan, förlossningstrauman och hypoglykemi hos det nyfödda barnet. Risken för att den gravida kvinnan senare ska insjukna i diabetes är förhöjd (stor variation mellan olika undersökningar, 3–70 %).

Ofta har graviditetsdiabetes ett samband med övervikt, felaktiga kostvanor, för lite motion och andra ohälsosamma levnadsvanor. Diagnostisering av graviditetsdiabetes ger goda möjligheter till en övergripande bedömning av kvinnans levnadsvanor och till hälsorådgivning. I samband med rådgivningen försöker man tillsammans med klienten hitta en lämplig individuell kost som följer kostrekommendationerna vid graviditetsdiabetes. För den individuella kosten görs en konkret plan upp och kosten beskrivs med hjälp av livsmedel.

För att upptäcka eventuell graviditetsdiabetes görs ett test med två timmars glukosbelastning i graviditetsvecka 24⁺⁰–28⁺⁶. Glukosbelastningstestet behöver inte göras på en förstföderska, om hon är under 25 år, hennes BMI understiger 25 kg/m² och typ 2-diabetes inte förekommit i kvinnans närmaste släkt. Glukosbelastningstestet behöver inte göras på en omföderska, om hon är under 40 år, hennes BMI understiger 25 kg/m² och om hon inte tidigare fött ett barn vars födelsevikt överstigit 4,5 kg.

Glukosbelastningstestet görs redan i graviditetsvecka 12⁺⁰–16⁺⁶ om den gravida kvinnan haft graviditetsdiabetes i samband med en tidigare graviditet, om hon har ett polycystiskt ovariesyndrom, om BMI överstiger 35 kg/m², om glukosuri förekommer i början av graviditeten, om typ 2-diabetes förekommer i den närmaste släkten eller om kvinnan får kortikosteroidbehandling. Om det glukosbelastningstest som gjorts i början av graviditeten varit normalt finns det skäl att göra ett nytt test i graviditetsvecka 24⁺⁰–28⁺⁶.

REKOMMENDATION

- ▶ Om glukosbelastningen ger ett avvikande resultat, ska den gravida kvinnan få kostrådgivning och handledas till att själv följa upp blodsockret genom egenkontroll. På så sätt söker man tillsammans med klienten en lämplig individuell kost.
- ▶ En remiss till specialiserad sjukvård ges utgående från kvinnans egenkontroll av blodsockret. Målet är att blodsockernivån ska understiga 5,5 mmol/l före frukost eller dagens huvudmåltid och understiga 7,8 mmol/l en timme efter måltiden. En remiss till moderskapspolikliniken ges, om dessa gränser upprepade gånger överskrids trots att kosten justeras.
- ▶ Om den eftersträvade nivån överskrids endast tillfälligt, är det viktigaste att ge individuell rådgivning och handleda koständringarna på rådgivningen.
- ▶ Extra besök (läkare och/eller hälsovårdare/barnmorska) kan behövas både före och efter glukosbelastningen.
- ▶ Extra besök kan också behövas om den gravida kvinnan omfattas av specialiserad sjukvård. Egenkontroll av blodsockret tillämpas för att hitta en lämplig insulindos. Handledningen och övervakningen sker i samarbete mellan den specialiserade sjukvården och rådgivningen.
- ▶ I slutet av graviditeten och efter förlossningen är det viktigt att ge graviditetsdiabetiker hälsorådgivning och handledning för tiden efter graviditeten. Uppmuntra kvinnan att följa upp sockeromsättningen, vikten, blodtrycket och blodfettsvärdena med 1–3 års intervall efter graviditeten, och hjälp henne vid behov att organisera detta.

Källor

1. Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatalstatistik – Föderskor och förlossningsåtgärder enligt sjukhus 2010–2011. Statistikrapport 27/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301291679>.
2. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkärineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 24.4.2013].
3. Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Opas äitiysneuvoloiden käyttöön; äideille, joilla on todettu raskausdiabetes. Diabetesliitto 2010.

9.4 GRAVIDITETSKOLESTAS

Graviditetskolestas är en funktionsstörning i levern som orsakas av en graviditet och som leder till att galla samlas i levern och i blodomloppet. Symtom på sjukdomen är klåda (utan att eksem föregår) och avvikande resultat vid laboratorieundersökning av leverfunktionen. Förekomsten av graviditetskolestas påverkas av den genetiska mottagligheten och upprepas vanligen vid nya graviditeter.

Graviditetskolestas ger upphov till hudklåda som kan bli intensiv och olidlig. Vanligen förekommer klåda i handflatorna och på fotsulorna. I sällsynta fall förekommer gulhet i huden eller störningar i syntesen av koagulationsfaktorer. Kolestasen går över efter graviditeten och mamman får inga bestående problem.

Framför allt vid kolestas i slutet av graviditeten löper fostret en förhöjd risk för intrauterin fosterdöd. Ju högre gallsyranivåerna i serum är, desto högre är risken.

För att upptäcka graviditetskolestas är det viktigt att aktivt fråga om kvinnan upplever klåda. Vid avvikande klåda undersöks ALAT och gallsyror i ett fastebloodprov. Kolestas kan i praktiken diagnostiseras om ALAT är förhöjt och den gravida kvinnan inte har någon annan sjukdom som kan vara en förklaring till det förhöjda värdet. Vanligen fås uppgifterna om gallsyranivåerna senare, och ibland avslöjas tendensen till förhöjda gallsyranivåer först efter flera analyser. Det kan förekomma stor daglig variation i gallsyranivåerna, och därför utesluter inte normala gallsyranivåer eventuell kolestas. Däremot bekräftar förhöjda gallsyranivåer diagnosen. Kraftigt förhöjda gallsyranivåer är ett tecken på svår kolestas och då är risken för fosterkomplikationer betydande.

REKOMMENDATION

- ▶ En remiss till moderskapspolikliniken ges, om en gravid kvinna med klåda har förhöjda halter av ALAT eller gallsyra. I praktiken får kvinnan tid på moderskapspolikliniken inom ungefär en vecka efter remissen. Om klådan är mycket kraftig eller blir olidlig, är det motiverat med ett akutbesök på sjukhuset.
- ▶ Uppmuntra den gravida kvinnan att iaktta fostrets rörelser (se kap. Uppföljning av fostrets rörelser). Klåda på huden kan lindras symptomatiskt med antihistaminläkemedel (cetirizin eller hydroxizin). Trots symtom är laboratorieresultatet ibland normalt, och om symtomen då fortsätter kan det vara motiverat med nya undersökningar av levervärderna.

- ▶ Vid klåda är det motiverat med ett extra besök på hälsovårdarens/ barnmorskans eller läkarens mottagning för att klarlägga hurdan klåda det är fråga om och utreda eventuella andra symtom och för att planera laboratorieundersökningar. Också tolkningen av laboratorieresultat och eventuella fortsatta undersökningar kan kräva extra besök.

Källa

1. Ropponen A. 2006. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: genetic background, epidemiology and hepatobiliary consequences. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.

9.5 AVVIKELSER I LIVMODERNS TILLVÄXT

Att livmodern växer normalt är ett tecken på att fostret är av normal storlek och att mängden fostervatten är normal.¹⁻² Genom att följa upp livmoderns tillväxt med hjälp av symfys-fundusmättet (SF-måttet) kan man också indirekt följa upp fostrets tillväxt. En standardavvikelse på mer än 2 (SD) från medelkurvan eller ett SF-mått som avviker från sin kurva är ett tecken på eventuell avvikelse i livmoderns tillväxt och/eller en avvikande fostervattenmängd.²⁻³

Kliniskt sett är en långsam tillväxt hos fostret i relation till graviditetsveckorna (SGA = small for gestational age) av större betydelse⁴ än en snabb tillväxt i relation till graviditetsveckorna (LGA = large for gestational age).⁵ En fördröjning i fostrets tillväxt höjer betydligt risken för perinatal dödlighet och sjuklighet.^{4,6} Om fostret växer för mycket (makrosomi) höjs risken för skador vid vaginal förlossning hos både mamman och fostret (skulderdystoci, skador på plexus brachialis, allvarliga tredje och fjärde gradens rupturer). Därtill leder det ofta till kejsarsnitt, antingen på grund av avstannad förlossning eller utgående från ett på förhand fattat beslut.⁵ En avvikande fostervattenmängd kan bland annat tyda på störningar i moderkakans funktioner eller i glukosmetabolismen eller till exempel fosteravvikelser, bland annat att fostret har problem med att svälja.²

Den som utför undersökningen ska genom palpation och senare då graviditeten framskrider genom en yttre undersökning bilda en uppfattning om fostrets storlek och mängden fostervatten.² Resultatet ska ställas i relation till mammans storlek.²⁻³ Både en låg fostervattenmängd (oligohydramnios) och en för stor fostervattenmängd (polyhydramnios) kan identifieras genom yttre undersökning. Vid en låg fostervattenmängd känns livmodern liten och fostret känns tydligt, medan en för stor fostervattenmängd gör att livmodern känns spänd och stor och det inte går att känna fostret ordentligt genom palpation.² Särskilda riskfaktorer ska tas i beaktande.

Centrala riskfaktorer för fördröjd tillväxt:⁷

- låg vikt hos mamman före graviditeten (under 50 kg)
- tidigare underviktigt barn eller fosterdöd
- miljöfaktorer som är skadliga för fostret (tobak, alkohol, droger)
- tidig intrauterin infektion
- mammans sjukdomar (käril- och njursjukdomar, systemisk lupus erythematosus)
- graviditetskomplikationer (graviditetshypertoni eller preeklampsi, blödningar, funktionsstörningar i moderkakan).

Centrala riskfaktorer för makrosomi hos fostret:⁸

- fetma hos den gravida kvinnan och en hög viktökning under graviditeten
- graviditetsdiabetes
- tidigare LGA.

REKOMMENDATION

- ▶ Om en avvikelse på mer än 2 SD från medelkurvan upptäcks eller om SF-måttet avviker från sin kurva, remitteras den gravida kvinnan till fortsatt utredning på moderskapspolikliniken, efter det att eventuella mätningsfel har uteslutits.
 - ▶ Innan mödrarådgivningen remitterar en kvinna till specialiserad sjukvård görs en kontrollmätning som vid misstanke om SGA sker en vecka senare och vid misstanke om LGA två veckor senare. Om mätresultatet fortfarande visar på en avvikelse på mer än 2 SD från medelkurvan, ger mödrarådgivningen kvinnan en icke-akut remiss till moderskapspolikliniken.
-

Källor

1. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkäriin käsikirja 2.2.2011, Duodecim.
2. Väyrynen P, Stefanovic V. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
3. SFOG. 2008. Mödranhälsövärd, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
4. Kirkinen P, Uotila J. 2006. Milloin hidaskasvuisen sikiön on paras syntyä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122(7), 805–12.
5. Teramo K. 1998. Sikiön makrosomia on yhä äidin diabeteksen suuri ongelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 114(21), 2253.

6. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal growth and wellbeing. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
7. Rosendahl H. 1995. Diagnostiset ongelmat. Sikiön kasvun hidastumisen ongelmat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 111(10), 937.
8. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 20.2013].

9.6 AVVIKANDE PULS HOS FOSTRET

Den normala pulsen hos ett foster är 110–160 slag i minuten, och en hörbar puls bekräftar att fostret lever.^{1–4} Genom att lyssna på fostrets hjärtljud vid de återkommande rådgivningsbesöken kan fetal distress knappast avslöjas hos fostret³, men rytmrubbningar i fostrets hjärta och tydlig bradykardi (låg puls) eller takykardi (snabb puls) kan upptäckas.^{4–6}

Enstaka extraslag är vanliga och ofarliga, men flera och upprepade extraslag kan vara ett tecken på avvikelser i hjärtats anatomi och funktion. Återkommande takykardi (mer än 180 slag/min.) eller bradykardi (mindre än 100 slag/min.) är sällsynt. Bakom dessa tillstånd kan också ligga sådana graviditetsproblem som kräver snabb behandling.^{4,6}

REKOMMENDATION

- ▶ Det finns ingen evidens som talar för en rutinmässig användning av kardiokrogram (CTG), och därför rekommenderas det inte vid lågriskgraviditeter eller utan medicinsk anledning.
 - ▶ Om extraslag förekommer ofta och upprepade gånger (vart tredje eller oftare), kan en icke-akut remiss till moderskapsolikliniken utfärdas för utredning av hjärtats anatomi och funktion hos fostret.
 - ▶ Om upprepad taky- eller bradykardi observeras hos fostret, skrivs en akut remiss till moderskapsolikliniken och den gravida kvinnan hänvisas omedelbart till fortsatt vård.
-
-

Källor

1. Alfircvic Z, Stampalija T, Gyte GML. 2010. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review, CD001450.
2. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. SFOG. 2008. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
4. Väyrynen P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: auscultation of fetal heart. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
6. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkäriin käsikirja 2.2.2011, Duodecim.

9.7 AVVIKANDE RÖRELSER HOS FOSTRET

Mamman borde känna fostrets rörelser senast från och med graviditetsvecka 24⁺⁰. Avvikande rörelser hos fostret (mindre än 10 rörelser/timme) under den sista trimestern kan bero på fetal distress. Forskning har visat att minskade fosterrörelser har ett samband med en funktionsstörning i moderkakan, syrebrist hos fostret, missbruk av alkohol och droger, en avvikande mängd fostervatten, en för tidig förlossning, en fördröjning i fostrets tillväxt, missbildningar hos fostret och fosterdöd.¹⁻⁷

Det kan vara svårare att känna rörelserna om moderkakan fäst sig på den främre livmoderväggen, om den gravida kvinnan är kraftigt överviktig, om hon använder tobak eller om kvinnan är förstföderska.^{1, 4-5} Också skillnader i fostrens temperament redan under graviditeten påverkar antalet rörelser.⁷ I slutet av graviditeten, ungefär från och med graviditetsvecka 32, förändras ofta rörelsernas karaktär, men också i dessa fall ska antalet rörelser vara normalt.⁵

REKOMMENDATION

- ▶ Vid mödrarådgivningen är det viktigt att se till att den gravida kvinnan får överensstämmande information om fostrets normala rörelser, hurdana de är och även om dygnsrytmen.^{5, 7-8}
- ▶ Rutinmässig räkning av fostrets rörelser rekommenderas inte vid lågriskgraviditeter, eftersom de i onödan kan öka oros känslan hos vissa gravida kvinnor.^{1, 5-6, 9}

- ▶ Rekommendationen är att fostrets rörelser räknas endast vid behov efter graviditetsvecka 32⁵, men alltid efter det att den beräknade tiden har överskridits.
- ▶ Att en gravid kvinna oroar sig och tycker att fostrets rörelser känns mindre än tidigare eller inte känns alls är en mycket viktig observation och ska tas på allvar.^{3, 5–7}
- ▶ Om en gravid kvinna inte känner av fostrets rörelser i enlighet med anvisningarna för räkning av rörelser, rekommenderas ett besök på förlossningssjukhusets poliklinik inom samma dygn för att klarlägga hur fostret mår.^{4, 5, 7, 10}

Källor

1. Heazell AEP, Froen JF. 2008. Methods of fetal movement counting and the detection of fetal compromise. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 28(2), 14–154.
2. Winje BA, Saastad E, Gunnes N, Tveit JVH, Stray-Pedersen B, Flenady V, Froen JF. 2011. Analysis of “count-to-ten” fetal movement charts: a prospective cohort study. *BJOG An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. RCOG. www.bjog.org.
3. Saastad E, Winje BA, Pedersen BS, Froen JF. 2011. Fetal movement counting improved identification of fetal growth restriction and perinatal outcomes – a multi-centre, randomized, controlled trial. *PLoS ONE*. Volume 6, issue 12, e 28482.
4. Tveit JVH, Saastad E, Stray-Pedersen B, Bordahl PE, Froen JF. 2009. Maternal characteristics and pregnancy outcomes in women presenting with decreased fetal movements in late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 88, 1345–1351.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011. Reduced Fetal Movements. Green-top Guideline 57.
6. Flenady V, MacPhail J, Gardner G, Chadha Y, Mahomed K, Heazell A, Fretts R, Froen F. 2009. Detection and management of decreased fetal movements in Australia and New Zealand: A survey of obstetric practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009, 49, 358–363.
7. Väyrynen, P. 2007. Raskaus, synnytyks ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) *Kättilötyö*. Edita Prima, Helsinki.
8. Saastad E, Tveit JVH, Flenady V, Stray-Pedersen B, Fretts RC, Bordahl PE, Froen JF. 2010. Implementation of uniform information on fetal movement in a Norwegian population reduced delayed reporting of decreased fetal movement and stillbirths in primiparous women – a clinical quality improvement. *BMC Research Notes*, 3:2.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: Routine monitoring of fetal movements.
10. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. *Lääkärin käsikirja* 2.2.2011. Duodecim.

9.8 FÖR TIDIG FÖRLOSSNING HOTAR

Förlossningen sker för tidigt om den sker före graviditetsvecka 37⁺⁰. För tidiga förlossningar delas in efter graviditetsvecka:

- a) något för tidigt: förlossning i graviditetsvecka 34⁺⁰–36⁺⁶
- b) måttligt för tidigt: förlossning i graviditetsvecka 28⁺⁰–33⁺⁶ och
- c) mycket för tidigt: förlossning före graviditetsvecka 28⁺⁰.

Att för tidigt förlossning hotar innebär att kvinnan har regelbundna och/eller smärt samma sammandragningar och/eller att livmoderhalsen mognar (blir kortare, öppnas och mjuknar), vilket kan leda till förlossning.¹ Symtom på att för tidigt förlossning hotar kan vara att kvinnan har sammandragningar i livmodern, smärtor i nedre delen av buken eller nedre ryggen, en tryckkänsla i bäckenet och att hon har blodblandad och slemmig eller vattnig flytning.

I Finland sker fem till sex procent av alla förlossningar för tidigt. Barn som fötts för tidigt löper en förhöjd risk för död eller allvarlig sjuklighet, och risken ökar ju tidigare förlossningen sker.

Symtom som tyder på för tidigt förlossning, i första hand sammandragningar i livmodern, är en allmän orsak till att kvinnor söker vård under graviditeten. I graviditetsvecka 28–30 förekommer sammandragningar i genomsnitt 4–5 gånger per dygn. Endast tio procent av alla gravida kvinnor har inga sammandragningar alls. Smärtfria och oregelbundna sammandragningar är i regel ofarliga. I en finländsk undersökning konstaterades att endast fyra procent av alla de kvinnor som på grund av sammandragningar hänvisats till sjukhusjour i graviditetsvecka 22–34 födde före graviditetsvecka 34⁺⁰.³

För att fastställa en hotande för tidigt förlossning hos en kvinna med symtom görs en yttre undersökning, en spekulumundersökning och en gynekologisk undersökning. Rutinmässig gynekologisk undersökning är inte till nytta för symtomfria kvinnor med låg risk för för tidigt förlossning och minskar inte heller antalet för tidiga förlossningar.

Yttre undersökning innebär palpation av livmodern där man fäster vikt vid sammandragningsbenägenheten, fostervattenmängden och den ledande fosterdelens höjd, och om den eventuellt fäst sig vid övre bäckenöppningen.

Vid en **spekulumundersökning** undersöker man med ögonmått om livmodermunnen har öppnats, om amnion är utåtbuktande, om det förekommer blodig eller slemmig flytning i slidan eller ökad och/eller illaluktande vit flytning som tecken på en infektion och om det finns vattnigt sekret i slidan som tecken på fostervattenavgång.

Vid en **gynekologisk undersökning** bedöms livmoderhalsens längd och position, om den eventuellt öppnats och höjden på den ledande fosterdelen. I och med att graviditeten framskrider blir livmoderhalsen fysiologiskt kortare. Hos en omföderska kan den yttre livmodermunnen öppnas redan före graviditetsvecka 30 utan att den inre livmodermunnen öppnas. Livmoderhalsens mognad konstateras genom palpation och förutsäger noggrannare en för tidigt förlossning än vad antalet sammandragningar gör.

REKOMMENDATION

- ▶ Ge en akutremiss till moderskapspolikliniken, om
 - kvinnan har regelbundna smärtsamma sammandragningar som förekommer med mindre än tio minuters intervall och detta pågår i mer än 60 minuter, oavsett tillståndet i livmoderhalsen eller graviditetens längd
 - kvinnan har blodig flytning
 - det misstänks att fostervattnet har gått
 - fosterhinnorna är synliga vid spekulumundersökning
 - livmoderhalsen är mogen i samband med oregelbundna sammandragningar eller tyngdkänsla.
- ▶ Ge en tidsbeställningsremiss till moderskapspolikliniken före graviditetsvecka 34⁺⁰, om
 - den gravida kvinnan tidigare haft en mycket för tidig förlossning eller ett sent missfall (remiss redan i början av graviditeten)
 - den gravida kvinnan tidigare har haft en något eller måttligt för tidig förlossning i kombination med en livmoder som lätt får sammandragningar
 - någon annan riskfaktor för för tidig förlossning föreligger i kombination med en livmoder som lätt får sammandragningar
 - livmoderhalsen är mogen, men inga sammandragningar eller andra symtom förekommer.
- ▶ En gravid kvinna behöver inte remitteras till specialiserad sjukvård, om hon har
 - oregelbundna sammandragningar, då livmoderhalsen inte är mogen
 - mogen livmoderhals utan symtom när graviditeten varat längre än 34⁺⁰ veckor.
- ▶ Överenskommelse om uppföljningsbesök med primärvården:
Om en gravid kvinna har oregelbundna sammandragningar eller lätt får sammandragningar, men livmoderhalsen inte är mogen, följs livmoderhalsens tillstånd upp inom primärvården med 1–3 veckors intervall ända fram till graviditetsvecka 34⁺⁰.

- ▶ Eventuella infektioner undersöks:
 - prov av den första urinen för att utesluta klamydia (och gonorré)
 - mittstråleprov (PLV) för att utesluta urinvägsinfektion
 - bakteriell vaginos med symtom (konstateras genom spekulumundersökning).
- ▶ Fäst uppmärksamhet vid faktorer som kan öka sammandragningarna och hotet om för tidig förlossning:
 - fysisk ansträngning och motion begränsas beroende på symptomen
 - sjukledighet övervägs utgående från symtomen
 - samlag undviks utgående från symtomen eller om livmoderhalsen är mogen.
- ▶ En vanlig orsak till extra besök är att kvinnan lätt får sammandragningar. I allmänhet behövs en läkarbedömning och upprepade kliniska undersökningar. Uppföljningsbesök ordnas utgående från symtom och fynd med 1–3 veckors mellanrum.
- ▶ Gör en bedömning av riskfaktorerna för för tidig förlossning tillsammans med klienten och fundera hur de kan undvikas.

Källor

1. Ennenaikainen synnytys (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2011].
2. Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistisk rapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>
3. Rahkonen L, Unkila-Kallio L, Nuutila M ym. 2009. Cervical length measurement and cervical phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 testing in prediction of preterm birth in patients reporting uterine contractions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88, 901–8.

9.9 BLÖDNING I SLUTET AV GRAVIDITETEN

Graviditetsvecka 22 utgör gränsen mellan missfall och förlossning. Eftersom fostret börjar ha reella möjligheter att överleva utanför livmodern efter graviditetsvecka 22, är det viktigt att också utreda fostrets tillstånd i samband med blödningar som inträffar efter graviditetsvecka 22.

Riklig blödning kommer vanligen från moderkakan och är ett symtom på antingen en föreliggande moderkaka eller på att moderkakan (delvis) lossnat. Ofta kan blödningen också komma från livmoderns eller livmoderhalsens slemhinnor, framför allt i samband med att förlossningen sätter igång eller att livmoderhalsen mognar eller vid sammandragningar. En infektion i slidan eller i livmoderhalsen eller ektopi i livmoderhalsen kan orsaka sparsam blödning. Efter ett samlag eller en gynekologisk undersökning kan det ibland förekomma sparsam blodig flytning. För att utreda blödningen görs en spekulumundersökning på rådgivningen.

REKOMMENDATION

- ▶ Om det konstateras att blödningar som förekommer i slutet av graviditeten kommer från livmodern, ges en akutremiss till förlossningsjukhuset. Mycket knapp blödning som förekommit endast en gång och som upphört ger i allmänhet inte anledning till en sjukhusremiss.
 - ▶ Eventuella infektioner i slidan eller livmoderhalsen ska behandlas (candidavaginit, bakteriell vaginos, klamydiacervicit).
 - ▶ Blodig flytning efter samlag eller gynekologisk undersökning avtar i allmänhet inom mindre än ett dygn och är då i praktiken ofarlig.
 - ▶ Efter en sparsam blödning och behandling av en eventuell infektion finns det skäl att komma överens om ett kontrollbesök hos rådgivningsläkaren efter 1–2 veckor.
-
-

Källa

1. Haikonen J, Aaltonen M. 2010. Loppuraskauden verenvuoto. SLL 65, 3142–3.

9.10 DEN BERÄKNADE TIDEN ÖVERSKRIDTS

Den genomsnittliga längden på en graviditet är 280 dagar, dvs. 40⁺⁰ veckor beräknat från den sista menstruationens första dag. Då menstruationscykelns längd varierar preciseras graviditetens längd och den så kallade beräknade tiden med hjälp av eventuella uppgifter om när befruktningen skett eller genom en ultraljudsundersökning i början av graviditeten. En graviditet som varat i 42⁺⁰ veckor definieras som överburen.

Då graviditeten närmar sig överburenhet minskar mängden fostervatten och fostrets känslighet för syrebrist ökar. Den biologiska variationen är dock mycket stor när det gäller följderna av en överburen graviditet.

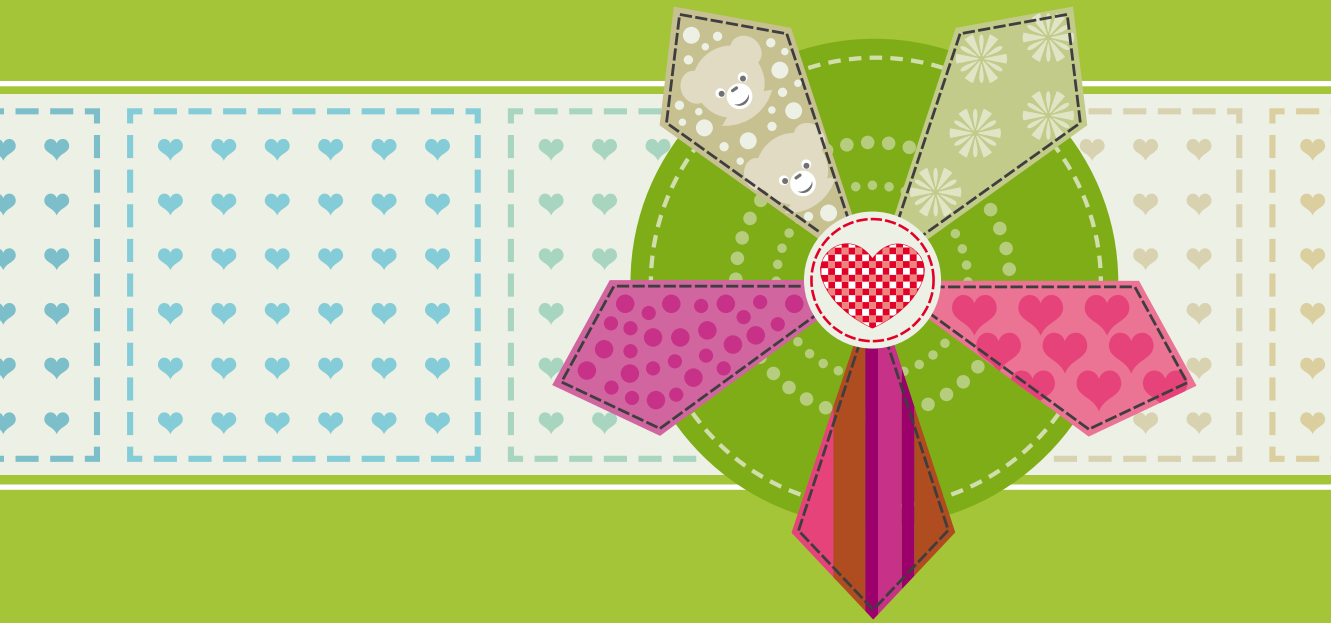
Hos en del kvinnor ligger den tidpunkt då förlossningen naturligt sätter igång mycket nära överburenhet, men ändå avviker inte förlossningsförloppet hos dessa kvinnor från andra kvinnors förlossningar. Hos en del av de kvinnor som behandlas på grund av överburen graviditet är dock livmoderhalsens mognad svag och förlossningen sätter inte effektivt igång. Olika regioner har varierande anvisningar och praxis för hur och när ett kontrollbesök ska göras på förlossningssjukhuset efter att den beräknade tiden överskridits.

REKOMMENDATION

- ▶ Efter att datumet för den beräknade tiden har passerats är risken för syrebrist (hypoxi) hos fostret störst hos föderskor över 35 år, graviditetsdiabetiker och kvinnor vars blodtryck börjar stiga eller vars fostertillväxt är fördröjd. Dessa kvinnor remitteras till förlossningssjukhuset genast då den beräknade tiden gått ut.
 - ▶ Efter att den beräknade tiden passerats är det viktigt att fästa uppmärksamhet vid tecken på den kommande förlossningen, dvs. sammansdragningsbenägenhet, tyngdkänsla, eventuell slemmig flytning och att den ledande fosterdelen sjunker ner i bäckenet.
 - ▶ Ge alla gravida kvinnor information om hur fostrets rörelser följs upp och fråga hur fostret rör på sig och hurdana rörelserna är.
 - ▶ I allmänhet ska gravida kvinnor uppmuntras att vänta tills förlossningen spontant sätter i gång.
 - ▶ Efter att graviditeten gått över tiden behövs 1–3 extra besök beroende på den gravida kvinnans resurser och de riskfaktorer som anknyter till syrebrist hos fostret. Vid besöken iakttas den gravida kvinnans välmående, resurser och blodtrycksnivå och hur fostret sjunker ner i bäckenet och rör på sig. Om problem uppkommer, kontakta då vid behov moderskapspolikliniken.
-
-

Källor

1. Timonen S. 2010. Kun laskettu aika on ohi. Duodecim 126, 773–9.
2. Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F ym. 2010. World Association of Perinatal Medicine. Guidelines for the management of postterm pregnancy. J Perinat Med 38, 111–9.



10 SJUKDOMAR ELLER PROBLEM SOM KRÄVER YTTERLIGARE UPPFÖLJNING

10.1 PROBLEM UNDER TIDIGARE GRAVIDITET

Problem som uppkommit under en tidigare graviditet framhävs ofta kraftigt vid en ny (framför allt följande) graviditet. Betydande problem under en tidigare graviditet är till exempel missfall, sjukdomar hos fostret eller fosterdöd, för tidig förlossning, preeklampsi, gestationsdiabetes, andra graviditetskomplikationer, psykiska problem, komplikationer som anknyter till förlossningen och traumatiska upplevelser vid förlossningen eller under barnsängstiden.

Många graviditetskomplikationer brukar upprepas. Dessutom gör problem under en tidigare graviditet ofta att psykiska trauman aktiveras och därför behöver den gravida kvinnan mycket psykiskt stöd och omsorg. Missfall som inträffar under den första trimestern upprepas i allmänhet inte, men i övrigt ger tidigare missfall upphov till en tendens för nya missfall och andra graviditetskomplikationer.

Största delen av alla svåra sjukdomar hos fostret förekommer slumpmässigt, men genetiska sjukdomar upprepas utgående från den matematiska sannolikhet som är typisk för respektive sjukdom.

En tidigare för tidig förlossning medför hög risk för för tidig förlossning i en ny graviditet. Svår preeklampsi och dess komplikationer höjer sjukdomsriskerna också i nya graviditeter. Graviditetskolestas upprepas nästan utan undantag. Likaså upprepas största delen av övriga problem som förekommit i en tidigare graviditet i någon form och i någon mån.

REKOMMENDATION

- ▶ Om fostret vid en tidigare graviditet av oklar anledning har dött, om fostrets tillväxt varit försenad eller om mamman haft svår preeklampsi, ska den gravida kvinnan remitteras till moderskapspolikliniken redan under den första trimestern. Också en sådan sjukdom hos ett tidigare foster som krävt fosterdiagnostik utgör en anledning till att remittera den gravida kvinnan till moderskapspolikliniken redan i början av graviditeten.
 - ▶ Om graviditetsdiabetes förekommit i samband med en tidigare graviditet, görs en glukosbelastning redan under den andra trimestern i vecka 12⁺⁰–16⁺⁶.
 - ▶ Utgående från tidpunkten för och svårighetsgraden i de komplikationer som förekommit i samband med tidigare graviditeter avgörs vilken typ av extra besök på rådgivningen, hurdana symtomförfrågningar, vilken diagnostik och hurdant psykiskt stöd kvinnan behöver under denna graviditet.
 - ▶ Från fall till fall är det ofta motiverat med extra besök på både hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens mottagning.
-

10.2 SJUKDOMAR I SLÄKTEN OCH EVENTUELLA ÄRFTLIGA SJUKDOMAR

Ärftliga sjukdomar eller avvikande egenskaper kan gå i arv 1) dominant, vilket innebär att avkomlingens sjukdomsrisk uppgår till 50 procent (sjukdomens fenotyp och svårighetsgrad kan variera), 2) recessivt, vilket innebär att avkomlingens sjukdomsrisk uppgår till 25 procent (50 % av avkomlingarna är symtomfria bärare av genfelet) eller 3) i anknytning till X-kromosomen, vilket innebär att sjukdomsrisken för pojkar är 50 procent och risken för bärarskap hos flickor är 50 procent.

Dessutom uppkommer vissa sjukdomar multifaktoriellt genom samverkan mellan den genetiska mottagligheten och miljöfaktorer. Till exempel ett medfött hjärtfel i familjen fördubblar risken för medfött hjärtfel hos avkomlingen i förhållande till den övriga befolkningen.

Det är möjligt att erbjuda fosterdiagnostik för många ärftliga sjukdomar, och då får man information om en eventuell sjukdom hos fostret redan under graviditeten – ofta redan i den tidiga graviditeten. När man vet att fostret har en sjukdom eller att sjukdomsrisken är mycket hög, kan förlossningen planeras på ett optimalt sätt. Till exempel vid ärftlig blödningsbenägenhet kan man genom förhandsplanering minimera blödningsproblemen hos det nyfödda barnet.

Risken för en ärftlig sjukdom framgår om föräldrarna eller deras släktingar har sjukdomen eller om ett barn som tidigare fötts i familjen har sjukdomen.

REKOMMENDATION

- ▶ Om det förekommer ärftliga sjukdomar i släkten och familjen inte har fått genetisk rådgivning, rekommenderas kontakt med genetiska polikliniken redan vid planeringen av en graviditet.
- ▶ Om det förekommer ärftliga sjukdomar i släkten och familjen redan tidigare har fått genetisk rådgivning, ges en remiss till moderskaps-polikliniken i början av graviditeten för eventuell fosterdiagnostik och planering av hur graviditeten ska följas upp.
- ▶ Genetiska sjukdomar som förekommer i släkten och utredningen av risken för dem kan ge upphov till ett extra besök på mödrarådgivningen. Också efter fosterdiagnostiken behöver den väntande familjen följas upp och få psykiskt stöd.

Källa

Salonen R. 2005. Milloin gynekologin potilas tarvitsee perinnöllisyyslääkäriä? SLL 60, 2197–201.

10.3 KRONISKA SJUKDOMAR

ANEMI, TROMBOCYTOPENI OCH TROMBOS

Anemi

Den vanligaste orsaken till anemi under graviditeten är järnbrist. Ytterligare tecken på järnbrist är att de röda blodkropparna är små till storleken (MCV < 80) och att ferritinkoncentrationen i serum är låg (< 30 µg/l).

Vid sidan av järnbrist kan också brist på andra näringsämnen ligga bakom anemin.¹ Det är vanligen fråga om brist på folsyra eller B12-vitamin, varav den senare kan ha ett samband med en autoimmun sjukdom i magsäcken, atrofisk gastrit. Bristen på järn och andra näringsämnen kan bero på malabsorption som går att behandla, till exempel celiaki. Ibland kan anemin hänga samman med andra kroniska sjukdomar eller en infektion, till exempel malaria, som är bra att komma ihåg när det gäller kvinnor som kommit från ett malariaområde. Benmärgssjukdomar gör ibland att bildningen av röda blodkroppar lamsläs, och ibland orsakas anemi också av att de röda blodkropparna faller sönder. Det finns dessutom en stor mängd ärftliga typer av anemi, varav de viktigaste är talassemier som framför allt är vanliga hos invandrarbefolkningen.

En låg mängd röda blodkroppar eller ett hemoglobin som bildats på ett bristfälligt sätt i de röda blodkropparna leder till att blodets förmåga att transportera syre försämras. Till följd av anemi sjunker den fysiska prestationsförmågan och vävnaderna kan lida av syrebrist av varierande grad. Detta uppträder bland annat som en tendens att bli andfådd, som trötthet och hjärtklappningar. Fostrets syretillförsel är i allmänhet tryggad redan vid mycket låga hemoglobinnivåer, men svår anemi kan ändå vara förknippad med en låg vikt hos fostret och för tidig förlossning.

Framför allt upprepade graviditeter tär kraftigt på järndepåerna. I förhållande till det ökade behovet under graviditeten får kvinnan i sig för lite järn och andra spårämnen via kosten och det leder till att anemi som beror på järnbrist är vanligt.

REKOMMENDATION

- ▶ Fäst uppmärksamhet vid en mångsidig kost. Uteslutande vegetarisk kost räcker sällan för att trygga en tillräcklig tillförsel av järn.
- ▶ Rutinmässig järnbehandling för alla gravida kvinnor rekommenderas inte.
- ▶ Lindrig anemi behandlas och förebyggs på rådgivningen. Eftersom järnbrist är den överlägset vanligaste orsaken till anemi under graviditeten, inleds järnmedicinering (100 mg ferro per dag), om hemoglobinnivån vid det första besöket understiger 110 g/l eller efter graviditetsvecka 28 understiger 105 g/l. Bestämning av ferritinnivån i serum preciserar anemidiagnostiken.

- ▶ Om hemoglobinnivån trots järnmedicineringen är avsevärt låg (mindre än 100 g/l) eller om den gravida kvinnan lider av symtom som överensstämmer med anemi, ska hon remitteras till fortsatta undersökningar.
- ▶ För att undersöka och behandla anemi behövs ofta extra besök på hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens mottagning.

Källa

1. Pavord S, Myers B, Robinson S ym. 2012. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol* 156, 588–600.

Trombocytopeni

Trombocyterna deltar i blodets koagulering genom att fästa sig vid varandra i såret och på blodkärllets skadade yta.¹ Samtidigt frisätter de vasoaktiva ämnen som gör att blodkärlet kraftigt drar ihop sig lokalt. Brist på trombocyter, dvs. trombocytopeni, leder till nedsatt koaguleringsförmåga i blodet och risk för blödningar. Typiska följder vid svår trombocytopeni är subkutana punktformade blödningar eller petechier, blåmärken, blödande tandkött, benägenhet att lätt få näsblod och riklig och okontrollerbar blödning i samband med en förlossning eller en operation.

ITP eller immuntrombocytopeni är den viktigaste trombocytsjukdomen under graviditeten. Totalt 0,2 procent av alla gravida kvinnor lider av sjukdomen. ITP är en autoimmun sjukdom där man ofta påträffar antikroppar mot trombocyter. Trombocyt-nivån är varierande låg och spontana blödningssymtom kan förekomma. Antikroppar kan konstateras både i serum och på trombocyternas yta.

Andra orsaker till trombocytopeni som påträffas under graviditeten är bland annat SLE, läkemedelsreaktioner, vissa infektioner, benmärgssjukdomar, ärftliga trombocytopenier och en större förbrukning av trombocyter än normalt i samband med preeklampsi.

En låg trombocyt-nivå ger upphov till en benägenhet för blödningar i samband med förlossningen och särskilt vid en operation. Dessutom är ryggbedövning i det fallet förknippad med risk för blödningar i spinalkanalen. Därför är målet att trombocyt-nivån ska överstiga 100 under förlossningen.

Eftersom antikropparna tränger igenom moderkakan kan också fostret ha en låg trombocyt-nivå. Fastän mamman har ITP är trombocytopenin sällan så svår hos fostret att den ger upphov till omedelbar fara under fostertiden eller i samband med förlossningen – till skillnad från alloimmun trombocytopeni hos fostret.

REKOMMENDATION

- ▶ Utredning av trombocytopenins etiologi och dess behandling hör till den specialiserade sjukvården.
- ▶ Ibland kan trombocytnivån följas upp vid mödrarådgivningen på överenskommelse med den specialiserade sjukvården.

Källa

1. Sainio S. 2001. Trombocytopenia ja raskaus. Duodecim 117, 698–702.

Tromboemboliska sjukdomar och trombofili

De typer av blodpropp som påträffas oftast är trombos i benens ytliga vener med inflammatorisk reaktion, yttlig tromboflebit.¹⁻² De orsakar lokal ömhet, förhårdnad och irritation i benens utvidgade ytliga vener.

Symtom på djup ventrombos i benet är vanligen akut smärta i benet och kraftig svullnad. Djup ventrombos kan sprida sig och leda till lungemboli. Ventrombos kan också påträffas på andra ställen än i benen, men sådana är mycket ovanligare än tromboser i benet.

Svårighetsgraden vid lungemboli varierar. Typiska symtom på lungemboli är andnöd och smärta i bröstet. Artärblodets syrehalt kan vara nedsatt, ospecifika förändringar kan synas i EKG och laboratorieprover som påvisar aktivering i koagulations-systemet är nästan alltid avvikande.

Under de senaste åren har man lärt sig att identifiera en stor mängd av ärftliga störningstillstånd som ökar risken för blodpropp, dvs. trombofiler. Den vanligaste formen av trombofili är faktor V Leiden-mutation, som orsakar så kallad APC-resistens (reagerar inte på aktiverat protein C) och ökad risk för trombos. Andra typer av trombofili är bland annat mutation i faktor II protrombingenen, medfödd brist på protein C, protein S eller antitrombin och förekomst av fosfolipidantikroppar i kroppen. Den trombosrisk som anknyter till trombofili varierar mellan olika patienter. Speciellt stor är risken för trombos till exempel om en kvinna som lider av trombofili tidigare har haft blodpropp, patienten är homozygot när det gäller mutationen i faktor V-genen, patienten har brist på antitrombin eller om flera faktorer som ger upphov till mottaglighet för trombos förekommer samtidigt under graviditeten.

Blodets koagulationsbenägenhet ökar under graviditeten och därför är både lokala blodproppar, dvs. tromber, och blodproppar som följer med blodcirkulationen, dvs. embolier, vanligare än annars.

I Finland är lungemboli den vanligaste orsaken till att mamman dör. Risken för blodpropp är som störst i slutet av graviditeten och efter förlossningen. Risken ökar

klart om förlossningen är förknippad med långvarig sängbundenhet, en infektion eller en operation.

Vid behandlingen av både djup ventrombos och lungemboli används lågmolekylära heparinderivat för att stoppa trombosprocessen och för att hindra att trombosen utvidgar sig och att nya trombosor uppkommer. Behandlingsdoserna är relativt stora och kan vid operation eller i samband med förlossningen ge upphov till blödningsbenägenhet.

Profylax med heparinderivat genomförs, om kvinnan tidigare har haft ventrombos under en graviditet eller vid användning av p-piller eller utan någon känd exponerande faktor. Profylax används också i samband med trombofili, även i det fallet att trombos inte tidigare förekommit.

REKOMMENDATION

- ▶ Ytlig tromboflebit behandlas inom primärvården med hjälp av salvor som löser upp tromber. Vid omfattande och proximal tromboflebit rekommenderas att behandling med lågmolekylärt heparin inleds.
 - ▶ När djup ventrombos eller lungemboli misstänks, remitteras den gravida kvinnan akut till sjukhus, där djup ventrombos i allmänhet diagnostiseras genom ultraljudsundersökning av venerna vid jöuren.
 - ▶ Tidpunkten för inledande av trombosprofylax och doseringen av heparinderivat varierar utgående från den individuella risken. I allmänhet inleds profylax inom den specialiserade sjukvården.
-
-

Källor

1. Laskimotukos ja keuhkoembolia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
2. Bates SM, Greer IA, Pabinger I ym. 2008. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 133, 844–886.

ASTMA

Astma är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som förekommer under graviditeten. I hela världen lider 8–13 procent av alla gravida kvinnor av någon sorts astma.¹ Hos en tredjedel förvärras astman under graviditeten, hos en tredjedel är situationen oförändrad och hos en tredjedel underlättas den något. Astma som inte är under kontroll ökar risken för sjuklighet hos både den gravida kvinnan och hos barnet, bland annat perinatal dödlighet, fördröjd tillväxt hos fostret, för tidig förlossning och förvärrad preeklampsi och diabetes hos den gravida kvinnan.¹⁻²

I allmänhet har diagnosen ställts redan före graviditeten. Om en gravid kvinna har oklara symtom, kan rådgivningsläkaren göra diagnostiska utredningar i samarbete med polikliniken för lungsjukdomar.

En optimal behandling av astma minskar risken för att sjukdomen ska förvärras och även risken för perinatale komplikationer, och därför fortsätter astmamedicineringen under graviditeten. Systemisk steroidbehandling i början av graviditeten kan i någon mån öka risken för läpp- och gomspalt, men risken är liten och påverkar inte avsevärt den totala risken för missbildningar. Det finns inte så mycket erfarenhet av användningen av leukotrienantagonister och därför ska användningen begränsas till situationer där de är viktiga med tanke på behandlingen. Teofyllin medför biverkningar och samverkar med andra läkemedel. Dosen ska minskas under graviditeten på grund av hypoalbuminemi, men risk för missbildningar har inte konstaterats. Hyposensibilisering rekommenderas inte under graviditeten, men en påbörjad behandling kan vanligen fortsätta, om man beaktar de risker för allvarliga allergiska reaktioner som anknyter till behandlingen. Läkemedel som används vid astma är också tillåtna under amningen.³

REKOMMENDATION

- ▶ Råd rökande gravida kvinnor som lider av astma att sluta röka.
 - ▶ En astmapatient följs upp av rådgivningsläkaren. Vid problem behövs extra besök. Patienter med välkontrollerad astma och patienter med lindriga symtom behöver inte specialiserad sjukvård, och fosterdiagnostik på specialnivå behövs inte heller i samband med någon av läkemedelsgrupperna.
 - ▶ Om det är fråga om svår astma eller om kontrollen tydligt försämras under graviditeten, ska fostrets tillväxt och välbefinnande undersökas inom den specialiserade sjukvården med hjälp av ultraljud och puls-kurva under den sista trimestern.
-

Källor

1. Murphy VE, Namazy JA, Powell H, Schatz M, Chambers C, Attia J, Gibson PG. 2011. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG* 118, 1314–1323.
2. Puolijoki H, Kirkinen P. 2005. Astman hoito raskauden aikana: uudet hoitosuositukset. *SLL* 37, 3605–3608.
3. Malm H, Vähäkangas K ym. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. *Lääkelaitos*. 2., uudistettu painos.

DIABETES

Diabetes är en sjukdom som kännetecknas av en långvarigt förhöjd glukoshalt i plasma. Det kan bero på insulinbrist, nedsatt insulinverkan eller bådadera.¹ Diabetes kan vara förknippad med kort- och långvariga komplikationer som avsevärt påverkar patientens livskvalitet.

Typ 1-diabetes beror på att bukspottskörtelns insulinproducerande betaceller förstörs genom en autoimmun process. Sjukdomen leder obehandlad till syraförgiftning, koma eller döden. Karakteristiskt för sjukdomen är en klar brist på insulin, men insulinverkan är vanligen normal.¹

Typ 2-diabetes är en heterogen sjukdomsgrupp som saknar klara diagnostiska kriterier. Den vanligaste sjukdomsformen börjar i vuxen ålder. Patienten är ofta överviktig och har högt blodtryck eller en störning i fettmetabolismen eller bådadera, dvs. metabolt syndrom. Sjukdomen är förknippad med både insulinbrist och nedsatt insulinverkan (insulinresistens).¹

I allmänhet har diabetesdiagnosen ställts redan före graviditeten. Ibland konstateras diabetes dock på basis av en glukosbelastning som görs under graviditeten. Enligt ADA:s definition är diabetes före graviditeten sannolik, om HbA1c > 6,5 % (48 mmol/mol), fasteglukosen i plasma överstiger 7 mmol/l eller glukosbelastningens värde överstiger 11 mmol/l efter en timme.² Ett avvikande resultat ska kontrolleras på nytt en annan dag. Under graviditeten kan situationen bedömas genom egen uppföljning av blodsockret. Diagnosen kan också basera sig på ett tillfälligt glukosvärde som överstiger 11 mmol/l, om personen har klassiska symtom som tyder på diabetes, dvs. är törstig, kissar mycket och/eller går ner i vikt.¹

Varje år föder cirka 350 kvinnor med typ 1-diabetes och 5–60 kvinnor med typ 2-diabetes barn i Finland. Det finns en aktuell rekommendation om uppföljningen och behandlingen av en diabetiker under graviditeten. Rekommendationen ger närmare information om planeringen av en graviditet och särdrag i uppföljningen, övervakningen av fostrets välbefinnande, förlossningen, uppföljningen och vården av det nyfödda barnet, faktorer som måste beaktas efter förlossningen och barnets långtidsprognos.³

Det är bra att utreda eventuella planer på graviditet hos kvinnor i fertil ålder med typ 1- och typ 2-diabetes. Det är viktigt att nå en god glukosbalans redan före graviditeten, eftersom en dålig glukosbalans är förknippad med en risk för betydande miss-

bildningar (bl.a. anatomiska avvikelser i det centrala nervsystemet och hjärtat). Risken ökar när HbA1c-värdet stiger.

Ett för högt blodsocker i början av graviditeten (särskilt i graviditetsvecka 5–7) ökar steglöst risken för missbildningar hos fostret. Risken är störst hos de kvinnor som har typ 1-diabetes, vars sockersvängningar i plasma är störst. Det finns ingen enhetlig rekommendation i den medicinska litteraturen när det gäller målnivån för HbA1c före graviditeten. Det är tillrådligt att eftersträva en så normal blodsockerbalans som möjligt och att se upp för ett alltför lågt blodsocker, dvs. hypoglykemi.²

Det är viktigt att ha uppgifter om tillståndet i ögonbotten redan före graviditeten. Uppgifterna från senaste ögonbottenundersökning får inte vara äldre än 0,5–1 år. Hos diabetiker mäts blodtrycket också vid planeringsbesöket och behovet av läkemedel bedöms.³

Hos en gravid kvinna kan hyperglykemi leda till hyperinsulinism hos fostret och därigenom till att fostret växer för mycket (makrosomi). Makrosomi ökar risken för förlossningsskador och har också ett samband med en ökad risk för intrauterin syrebrist och syrebrist under förlossningen och intrauterin fosterdöd. För tidig förlossning är vanligare hos diabetiker än hos andra föderskor. Hos barnen konstateras under nyföddhetsperioden oftare än hos andra ett behov av intensifierad vård och framför allt andningssviktsyndrom (RDS) som är kopplat till omogna lungor, låga blodsockervärden (hypoglykemi) och ett ökat behov av ljusbehandling som anknyter till hyperbilirubinemi.^{3–4} Barn till diabetikermammor löper senare i livet större risk för övervikt och typ 2-diabetes.⁴ Sannolikheten för kejsarsnitt är högre hos diabetiker än hos andra kvinnor.³

Lämpliga blodtrycksmediciner under graviditeten är labetalol, metoprolol och nifedipin. Användning av ACE-hämmare ska avslutas genast vid ett positivt graviditetstest, eftersom ACE-hämmare ökar risken för missbildningar. Statin- och fibratbehandling avslutas. Hos kvinnor med typ 2-diabetes byts tablettbehandlingen vid behov ut till insulin redan när en graviditet planeras. Behandling med metformin kan vid behov fortsätta. Det finns lång erfarenhet av användningen av korttidsverkande humaninsulin och NPH-insulin under graviditeten. Insulinet tränger inte i avsevärd grad igenom moderkakan, och användningen är inte förknippad med särskilda problem för fostret eller det nyfödda barnet.¹

Behandlingen av diabetes under graviditeten hör till den specialiserade sjukvården. Vid uppföljning av en graviditet är det viktigt att fästa särskild uppmärksamhet vid den förhöjda risken för blodtrycksproblem och för tidig förlossning. Denna risk är förhöjd framför allt hos diabetiker med nefropati. Det kan förekomma ökade förändringar i ögonbotten under graviditeten, men de återställs i allmänhet.^{3–4} Enligt nuvarande uppfattningar försvårar graviditeten inte på lång sikt de organkomplikationer som anknyter till diabetes.

REKOMMENDATION

- ▶ För typ 1 och 2-diabetiker ordnas ett besök på den behandlande läkares mottagning för planering av en graviditet, i det skedet då planer på en graviditet blir aktuella. Syftet med besöket är att ge information om graviditetens särdrag, hjälpa diabetikern att nå och upprätthålla en stabil blodsockerhalt och att identifiera och vid behov behandla tillstötande sjukdomar som anknyter till diabetes för att nå en så bra graviditetsprognos som möjligt. En stabil blodsockerbalans eftersträvas redan i god tid före graviditeten, framför allt för att minska risken för missbildning hos fostret.
- ▶ Råd rökande diabetiker att sluta röka.
- ▶ Framhäv vid behov viktkontrollens betydelse och arrangera kostrådgivning som styr till viktminskning för överviktiga.
- ▶ Graviditet rekommenderas inte om kvinnan lider av svår njursvikt (kreatin clearance < 30 ml/min.) eller kranskärlssjukdom.
- ▶ Relativa kontraindikationer mot graviditet är svår och obehandlad synhotande näthinnesjukdom, medelsvår njursvikt (kreatin clearance 30–60 ml/min.), autonom neuropati (speciellt gastropares, dvs. fördröjd magsäckstömning) och njurtransplantation.
- ▶ Blodsockerbalansen är tillräckligt bra för en graviditet, då HbA1c understiger 53 mmol/mol (7,0 %).
- ▶ Om HbA överstiger 86 mmol/mol (10 %), ska preventivmedel användas ändra fram till att den rekommenderade blodsockernivån har nåtts.
- ▶ Tillskott av folsyra (1 mg/dygn) rekommenderas från och med det att en graviditet börjar planeras ända fram till slutet av den första trimestern, dvs. graviditetsvecka 12.
- ▶ Genast efter att graviditeten bekräftats skrivs en remiss till specialiserad sjukvård. I början av graviditeten genomgår diabetiker grundläggande undersökningar, till exempel screening, på normalt sätt vid mödrarådgivningen. Behovet av extra besök hos rådgivningens hälsovårdare/barnmorska bedöms individuellt.

Källor

1. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim, Suomen sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkärineuvoston asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus: Diabetes. Päivitetty 15.9.2009.
2. Metso S. 2011. Glykosyloitunut hemoglobiini diabeteksen diagnostiikassa. SLL 3, 133–134.
3. Diabetesliiton lääkärineuvoston suositus. Diabetikon hoito raskauden aikana. Diabetes ja lääkäri 3/2012. www.diabetes.fi/lehdet.
4. Tieu J, Middleton P, Crowther CA. 2010. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12.

EPILEPSI

Ett epileptiskt anfall är en övergående störning i hjärnverksamheten. Efter det första epileptiska anfallet remitteras patienten till fortsatta undersökningar hos en neurolog, eftersom ett hjärnrelaterat anfall kan bero på anatomiska avvikelser i hjärnan och dessa kan kräva akut kirurgisk behandling.¹

En finländsk studie har visat att den årliga incidensen av epilepsi bland 20–39-åringar är 0,18/1 000. Epileptiska anfall som förekommer under graviditeten, framför allt generaliserade anfall eller olycksfall som anknyter till anfällen, kan medföra skada både för den gravida kvinnan och det foster som utvecklas. Epilepsimedicineringen ska fortsätta också under graviditeten, om det finns risk för anfall. Barn till kvinnor som använder läkemedel mot epilepsi har en trefaldig risk för utvecklingsstörningar (7,1 %) jämfört med risken hos barn till friska kvinnor (2,3 %).¹ Utvecklingsstörningen kan framträda som en fördröjning i fostrets tillväxt eller som en anatomisk eller funktionell störning. Till de anatomiska avvikelserna hör hjärtfel av olika grad, slutningsdefekter i det centrala nervsystemet, läpp- och gomspalt, lindriga njurfel eller avvikande drag i ansikte, armar och ben.² Risken för utvecklingsstörningar påverkas förutom av läkemedelsbehandlingen också av arvsmassan.³

En gravid kvinna som behandlas med epilepsiläkemedel och som planerar en graviditet ska helst diskutera sina planer med den behandlande neurologen minst ett halvår innan hon slutar använda preventivmedel. Om det har gått tillräckligt lång tid sedan senaste anfall (3–5 år) och om det finns goda utsikter för att avsluta läkemedelsbehandlingen med tanke på kvinnans epilepsisyndrom eller epilepsins etiologi, är det möjligt att överväga om läkemedelsbehandlingen kan avslutas.¹ Om läkemedelsbehandlingen inte kan avslutas, är strävan att i första hand övergå till ett enda läkemedel med minsta dos som håller anfällen borta.^{2,4}

REKOMMENDATION

- ▶ Tillskott av folsyra (1 mg/dygn) rekommenderas genast från och med det att kvinnan inte längre använder preventivmedel och ända fram till slutet av den första trimestern, dvs. graviditetsvecka 12, för att minska risken för neuralrörsdefekter. Om en kvinna som lider av epilepsi haft en tidigare graviditet med neuralrörsdefekt, används en högre folatdos på 4 mg/dygn.
- ▶ En noggrann ultraljudsundersökning av anatomin görs antingen inom den specialiserade sjukvården eller inom ramen för normal screening.
- ▶ Graviditeten följs upp inom den specialiserade sjukvården, både på neurologiska polikliniken och moderskapspolikliniken.
- ▶ Doseringen av epilepsiläkemedel ska inte ändras endast på grund av koncentrationsvariationer, om inga anfall förekommer. De koncen-

trationer som mäts motsvarar inte de aktiva koncentrationerna, eftersom fördelningsvolymen ökar på grund av hypervolemi.

- ▶ Efter en ändrad dosering och efter förlossningen rekommenderas det att läkemedelskoncentrationen kontrolleras efter två veckor.
- ▶ En kvinna med epilepsi kan amma trots medicineringen.

Källor

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus. Epilepsiat (aikuiset). Duodecim 2008, 124(24), 2874–88.
2. Meador K, Reynolds MW, Crean S, Fahrbach K, Probst C. 2008. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: A systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. *Epilepsy Res* 81(1), 1–13.
3. Lamusuo S, Paloviita K, Kälviäinen R. 2007. Nainen ja epilepsia. *SLL* 40, 3631–3636.
4. Adab N, Tudur SC, Vinten J, Williamson P, Winterbottom J. 2010. Common antiepileptic drugs in pregnancy in women with epilepsy (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1.

STÖRNINGAR I SKÖLDKÖRTELN

Symtom på hypothyreos eller nedsatt funktion i sköldkörteln är trötthet, frusenhet, viktökning, förstoppning, långsam hjärtrytm och torr hud.¹ Ofta förekommer svullnad i ögonen, ansiktet och underbenen. Svår insufficiens kan vara förknippad med förändringar i sinnestillståndet och minnessvårigheter. Symtomen börjar vanligen långsamt och förvärras med åren.²

Prevalensen av hypothyreos under graviditeten är omkring 0,1–0,4 procent, hypothyreos 0,3–0,5 procent och subklinisk hypothyreos 2–3 procent. Uppskattningsvis 1–2 procent av alla gravida kvinnor får substitutionsbehandling av hypothyreos.³

Obehandlad hypothyreos ökar risken för graviditetsförgiftning och missfall. Den kan vara förknippad med en dålig tillväxt hos fostret, låg födelsevikt hos barnet och hypothyreos hos fostret eller det nyfödda barnet. Obehandlad hypothyreos ökar risken för missfall och för tidig förlossning och kan ge upphov till en låg födelsevikt hos barnet. Obehandlad subklinisk och faktisk hypothyreos under graviditeten har också förknippats med att avkomlingen har en lägre intelligenskvot än genomsnittet.^{1,3}

Sköldkörtelparametrarna förändras under graviditeten. Om moderkakan utsöndrar rikligt med HCG i början av graviditeten ökar tyroxinhalten i den gravida kvinnans serum och likaså leder det till att TSH-halten i serum minskar. Under den första och den andra trimestern är den nedre gränsen för referensintervallet för S-TSH cirka 0,03 mU/l och under den sista trimestern 0,013 mU/l. Ett TSH-värde som överstiger 2,5 tyder på klinisk eller subklinisk hypothyreos.³

Om hypothyreos misstänks under graviditeten, underöks S-TSH, S-T4v, S-T3v och TSHRab. Egentlig hypothyreos kräver tyreostatikabehandling, men däremot behandlas inte subklinisk hypothyreos under graviditeten. Förhöjd titer av TSHRab diagnostise-

rar Basedows sjukdom. Risken för hypertyreos hos det nyfödda barnet är 1–5 procent, om den gravida kvinnan fortfarande har förhöjd titer av TSHRab i slutet av graviditeten. I en TSHRab-positiv graviditet är det också viktigt att noga övervaka fostret med hjälp av ultraljudsundersökningar och CTG. Därför omfattas en gravid hypertyreos-patient av den specialiserade sjukvården. TSHRab kan förbli positivt efter att Basedows sjukdom har behandlats. Hos en mamma som tidigare haft Basedows sjukdom ska TSHRab kontrolleras under graviditeten, och alla TSHRab-positiva mammor ska remitteras till specialiserad sjukvård.

Frusenhet och torr hud kan ge upphov till misstanke om hypotyreos under graviditeten. Hypotyreos bekräftas genom mätning av S-TSH och S-T4v. Vid sköldkörtelrelaterad hypotyreos är S-TSH förhöjt och S-T4v lågt eller vid den nedre gränsen av referensintervallet. Etiologin kan bekräftas genom mätning av S-TPO-ak. Hypotyreos under graviditeten, också den subkliniska formen, kräver alltid behandling. Behovet av tyroxin ökar genast i början av graviditeten. Under graviditeten behöver kvinnan i genomsnitt 30–50 procent mer tyroxin än vanligt. Om hypotyreos konstateras hos en gravid kvinna, påbörjas substitutionsbehandlingen med tyroxin direkt med 100 µg per dygn. Som eftersträvad nivå för S-TSH har föreslagits < 2,5 mU/l. Bestämning av S-T4v kan vara till hjälp för att hitta rätt substitutionsbehandling. Efter graviditeten kan kvinnan övergå till sin tidigare underhållsdos.³

REKOMMENDATION

- ▶ TSH-screening ska helst göras redan före en planerad graviditet eller i samband med det första besöket på rådgivningen, om kvinnan har något av följande: sköldkörtelsjukdom (också tidigare behandlad), sköldkörtelsjukdomar i släkten, förstora sköldkörtel, symtom som överensstämmer med hypo- eller hypertyreos, S-TPO va+ (kronisk autoimmun tyreoidit), typ 1-diabetes, någon annan autoimmun sjukdom som en del av infertilitetsundersökningar, tidigare upprepade missfall eller för tidig förlossning eller tidigare strålbehandling kring huvudet eller halsen.^{1,3}
 - ▶ Om en gravid kvinna har tyroxinmedicinering mot hypotyreos, höjs dosen med en 25 µg tablett i samband med att hon första gången kontakter rådgivningen. TSH- och T4V-koncentrationerna mäts första gången 4–6 veckor efter att doseringen ökats. Om TSH då ligger på eftersträvad nivå, dvs. understiger 2,5 mU/l, behöver koncentrationen inte kontrolleras under resten av graviditeten, om kvinnan inte får symtom som tyder på insufficiens eller hyperaktivitet.
 - ▶ Graviditeten ska följas upp på rådgivningen. Den specialiserade sjukvården ansvarar för behandlingen av hypertyreos och för uppföljningen av de mammor som på grund av en tidigare Basedows sjukdom är TSHRab-positiva.
-

Källor

1. Reid SM, Middleton P ym. 2010. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7.
2. Mustajoki P. 2011. Tietoa potilaalle: Kilpirauhasen sairaudet ja kilpirauhasen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim.
3. Schalin-Jääntti C. 2008. Kilpirauhas-sairaudet ja raskaus. SLL 35, 2795–2800.

KRONISKA TARMINFLAMMATIONER

Kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar är ulcerös kolit eller blödande tjocktarmsinflammation, Crohns sjukdom och obestämba kolit. I Finland är den sammanräknade prevalensen för dessa sjukdomar uppskattningsvis 1/600 och sjukdomarna förekommer typiskt hos unga vuxna.¹ Det typiska symtomet för ulcerös kolit är blodig diarré, medan typiska symtom för Crohns sjukdom är magsmärtor, diarré och fissurer och fistlar i analområdet. Bägge är förknippade med allmänsymtomen feber, viktnedgång och försämrad allmänkondition. Crohns sjukdom klassificeras som en stenoserande, fistulerande eller inflammatorisk sjukdom.² Obestämba kolit har särdrag av både kolit och Crohns sjukdom och kan inte med säkerhet klassificeras.

Tarminflammationer diagnostiseras med hjälp av endoskopi och provbitar. Behandlingens mål är att patienten ska vara symtomfri, att sjukdomen ska hållas under kontroll utan kortisonbehandling och att förhindra komplikationer och återfall. Långtidsuppföljningen av patienter i ett lugnt skede av sjukdomen kan ske inom primärvården.²⁻³

Lindrig inflammatorisk tarmsjukdom behandlas antingen lokalt eller också oralt med 5-aminosalicylsyra eller salazosulfapyridin. Om sjukdomen förvärras behövs kortikosteroider, immunsuppressiva läkemedel (azatioprin, merkaptopurin, metotrexat och ciklosporin) eller biologiska behandlingar i form av intravenösa eller intradermala injektioner (TNF-alfa-blockerarna infliximab och adalimumab).²⁻³ Aminosalicylsyra-preparat och kortikosteroider kan användas också under graviditeten, om det krävs för sjukdomsbehandlingen. Om en gravid kvinna redan före graviditeten får azatioprin-behandling kan behandlingen i allmänhet fortsätta under graviditeten. Som folsyra-antagonist är metotrexat kraftigt teratogent och användningen av läkemedlet ska avslutas redan innan preventivmedlet utelämnas. TNF-alfa-blockerare anses vara sannolikt säkra under de två första trimestrarna, men därefter ska ett uppehåll göras i behandlingen.⁴

En kronisk tarminflammation i lugnt skede är inte förknippad med barnlöshet.⁴ I en aktiv sjukdomsform och hos operativt behandlade kvinnor är risken för barnlöshet något större än hos övriga.

En kronisk tarminflammation är lika aktiv under graviditeten som hos icke-gravida. Enligt en metaanalys löper kvinnor med tarminflammation en nästan tvåfaldig risk för för tidig förlossning och en mer än tvåfaldig risk för att föda ett barn som väger mindre än 2 500 gram.⁵⁻⁶ En aktiv sjukdom är i praktiken farligare för fostret än ovan nämnda läkemedelsbehandlingar.

REKOMMENDATION

- ▶ Gravida kvinnor som lider av en lindrig och symtomfri tarmsjukdom kan övervakas på rådgivningen.
- ▶ Om tarmsjukdomen aktiveras under graviditeten eller om kvinnan tar kortisonpreparat eller immunsuppressiva eller biologiska läkemedel, rekommenderas det att graviditeten övervakas inom den specialiserade sjukvården.
- ▶ Redan när en graviditet planeras rekommenderas ett större tillskott av folsyra än normalt (1 mg/dygn), och om sjukdomen behandlas med kortikosteroider rekommenderas kalcium- och D-vitaminpreparat under graviditeten och amningen.

Källor

1. Jussila A, Virta LJ, Salomaa V, Mäki J, Jula A, Färkilä MA. 2012. High and increasing prevalence of inflammatory bowel disease in Finland with a clear North-South difference. *J Crohns Colitis*, S1873–9946(12)00429-1.
2. Crohnin tauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologianyhdistys ry:n ja Crohn ja Colitis ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011. www.käypähoito.fi.
3. Pikkarainen P. 2010. Krooniset suolistotulehdukset (haavainen koliitti, Crohnin tauti). Lääkärin käsikirja.
4. Selinger C, Leong R, Lal S. 2012. Pregnancy related issues in inflammatory bowel disease: Evidence base and patients' perspective. *World J Gastroenterol* 7, 18(21), 2600–2608.
5. Cornish J, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Clark SK, Tekkis PP. 2007. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut* 56, 830–837.
6. Mahadevan U. 2009. Pregnancy and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 38(4), 629–49.

KRONISK HYPERTONI OCH NJURSJUKDOMAR

Under graviditeten är gränsen för förhöjt blodtryck 140/90 mmHg. Gränsvärdet mellan svår och lindrig hypertoni varierar, men vanligen betraktas gränsen för svår hypertoni ligga vid 170/110 mmHg.

Kronisk hypertoni förekommer hos 1–5 procent av alla gravida kvinnor i västländerna. Prevalensen av hypertoni förutspås öka i och med att föderskornas genomsnittliga ålder stiger och antalet överviktiga föderskor ökar. Ungefär 3 procent av alla gravida blodtryckspatienter är föderskor med svår hypertoni.¹

Kronisk hypertoni är förknippad med en förhöjd risk för komplikationer, till exempel preeklampsi, fördröjd tillväxt hos fostret, för tidig förlossning, för tidig lossning av moderkakan och perinatal dödlighet och sjuklighet. Graviditetsprognosen påverkas av hypertoniens svårighetsgrad, eventuella andra underliggande sjukdomar, kvinnans

eventuella tidigare graviditeter och förlossningar och eventuell tillstötande preeklampsi.¹ Också kroniska njursjukdomar är förknippade med en förhöjd risk för preeklampsi och graviditetskomplikationer.²

Kvinnor med kronisk hypertoni kan utgående från förekomsten av graviditetskomplikationer delas in i låg- eller högriskföderskor. Som lågriskföderskor betraktas kvinnor som inte har målorganskador, vars diastoliska blodtryck understiger 110 mmHg antingen med eller utan läkemedelsbehandling och som inte haft problem i samband med tidigare graviditeter eller förlossningar. Om de inte har tillstötande preeklampsi är prognosen för dessa gravida kvinnor i vanliga fall likadan som för normotensiva föderskor, när man beaktar perinatale dödsfall, för tidig förlossning och för tidig lossning av moderkakan. Även bland kvinnor med lindrig hypertoni är incidensen av preeklampsi (14–25 %) ändå betydligt högre än hos friska föderskor (2–8 %). Också andelen nyfödda med låg vikt är ungefär trefaldig när man jämför med friska föderskor.

Till högriskföderskor räknas utöver kvinnor med svår hypertoni (över 170/110 mmHg) också kvinnor med målorganskador, diabetes, njursjukdom, kardiomyopati, bindvävsjukdom, ålder över 40 år eller komplikationer under en tidigare graviditet eller förlossning. Hos kvinnor med svår hypertoni förekommer rikligt med graviditetskomplikationer. Ungefär hälften får tillstötande preeklampsi, hos 5 procent lossnar moderkakan för tidigt, mer än hälften (60 %) har för tidig förlossning och hos en tredjedel har barnet en låg födelsevikt. Risk för de komplikationer som orsakas av svår hypertoni föreligger både under graviditeten och efter förlossningen.

REKOMMENDATION

- ▶ Hos lågriskföderskor följs graviditeten upp för att upptäcka försvårad hypertoni, utveckling av tillstötande preeklampsi eller fördröjning i fostrets tillväxt. Rekommendationen är att kvinnan besöker rådgivningen med 2–4 veckors mellanrum och vid behov gör extra besök, om hon får subjektiva symtom.
- ▶ Kvinnan remitteras till moderskapspolikliniken om blodtrycket stiger, tecken på tillstötande preeklampsi uppkommer, fostrets tillväxt eller rörelser verkar avvikande eller den gravida kvinnan har subjektiva symtom som överensstämmer med svår preeklampsi (huvudvärk, smärtor i övre delen av magen, andnöd).
- ▶ Högriskföderskor genomgår en bedömning på moderskapspolikliniken, gärna genast under den första trimestern. På grund av risken för komplikationer behöver högriskföderskor förutom rådgivningsbesök också regelbundna besök på moderskapspolikliniken som ofta också sker med allt tätare frekvens mot slutet av graviditeten.

- ▶ Läkemedelsbehandling anses inte vara till nytta vid lindrig kronisk hypertoni, om det diastoliska blodtrycket understiger 100 mmHg. Om blodtryckssjukdomen varit under kontroll före graviditeten och kvinnan använt endast en blodtrycksmedicin, är det möjligt att överväga att kvinnan helt avslutar sin blodtrycksmedicinering i början av graviditeten.
- ▶ Kvinnor med kronisk njursjukdom remitteras till moderskapspolikliniken för en bedömning redan i början av graviditeten. Om blodtrycket stiger under den uppföljning som görs på rådgivningen eller om proteinurin ökar, skrivs en remiss till moderskapspolikliniken.

Källor

1. Tihtonen K. 2010. Krooninen verenpainetauti ja raskauden ennuste. SLL 1–2/, 45–50.
2. Kaaja R, Honkanen E. 2007. Munuaissairaudet ja raskaus. Duodecim 123, 13081–4.

MULTIPEL SKLEROS (MS)

Multipel skleros eller MS är en sjukdom i det centrala nervsystemets vita substans. Sjukdomens etiologi är okänd, men MS misstänks vara en autoimmun sjukdom. Symtomen beror på var inflammationshärdarna finns och hur stora de är. Faktorer som aktiverar immunsystemet, såsom infektioner, förlossning, olycksfall och stress, kan göra att sjukdomen försvåras.^{1–2}

Omkring 7 000 personer lider av MS i Finland. Sjukdomen är två gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Hos kvinnor bryter MS vanligen ut i fertil ålder och sjukdomen uppkommer i genomsnitt vid 30 års ålder.^{1–3}

Sjukdomen diagnostiseras av en neurolog utgående från den kliniska symtombilden, likvorundersökning och magnetröntgen.^{1–3} MS påverkar inte fertiliteten, graviditetsförloppet eller förlossningen.⁴ Under den sista trimestern lugnar sig sjukdomen vanligen, men efter förlossningen kan det förekomma övergående svårare skeden.^{5–6} Graviditeten påverkar inte MS-sjukdomens långtidsprognos. Om sjukdomen försvåras under graviditeten vårdas patienten av neurologer inom den specialiserade sjukvården. Vid förlossningen är det tryggt att använda epiduralbedövning och vid behov generell anestesi som smärtlindring.⁴

REKOMMENDATION

- ▶ Om MS-sjukdomen förvärras under graviditeten, ska den gravida kvinnan få vård vid en enhet för neurologi inom den specialiserade sjukvården.
-

Källor

1. Tienari P. 2010. Multippeliskleros (MS-tauti). Duodecim 126, 2525–7.
2. Tienari P. 2010. Multippeliskleros (MS-tauti). Lääkäriin käsikirja.
3. MS-tauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 12/2012. www.kaypahoito.fi.
4. Elovaara I, Kuusisto H. 2003. Naisen multippeliskleros. Duodecim 119, 2037–43.
5. Finkelsztein A, Brooks JB ym. 2011. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. BJOG 118(7), 790–7.
6. Tsui A, Lee MA. 2011. Multiple sclerosis and pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol, 23(6), 435–9.

BINDVÄVSSJUKDOMAR OCH REUMATISKA SJUKDOMAR

Systemiska bindvävssjukdomar består huvudsakligen av kroniska autoimmuna sjukdomar hos kvinnor vars första symtom ofta uppkommer redan före 30 års ålder. Det finns ungefär 1 500 patienter med systemisk lupus erythematosus (SLE) i Finland och 90 procent av dem är kvinnor. Primärt Sjögrens syndrom är minst tio gånger vanligare än SLE. Övriga bindvävssjukdomar, till exempel sklerodermi, blandad bindvävssjukdom (MCTD), myosit och vaskulit, är ovanligt bland unga kvinnor. Egentliga reumatiska ledinflammationer, såsom ledgångsreumatism och seronegativa spondylartropatier, börjar vanligen i äldre ålder.¹

Risken för att SLE ska förvärras under graviditeten ökar om sjukdomen har varit aktiv före befruktningen och minskar om symtomen varit få i minst sex månader före graviditeten. Sjukdomen aktiveras efter graviditeten hos ungefär 5–10 procent av patienterna. Risken för spontant missfall är 2–3-faldig jämfört med den övriga befolkningen och i slutet av graviditeten är prevalensen av fosterdöd 2–3 procent. Vart fjärde barn till en SLE-patient föds för tidigt (graviditetsvecka < 37) och ungefär 10 procent av de nyfödda har svårt fördröjd tillväxt. Preeklampsi förekommer hos ungefär 10–30 procent.¹ Risken för komplikationer ökar om SLE aktiveras under graviditeten, om kvinnan har aktiv nefrit, njursvikt, förhöjt blodtryck eller fosfolipidantikroppar.¹⁻²

Neonatal lupus är en allvarligare graviditetskomplikation som anknyter till Sjögrens syndrom. Neonatal lupus orsakas av mammans SS-A- och SS-B-antikroppar som transporteras genom moderkakan till fostret och kan orsaka en immunologisk inflammation och skada hjärtats retledningssystem hos fostret, vilket uppträder som bestående bradykardi.

Ledgångsreumatism avtar vanligen under graviditeten. Ungefär 50–60 procent av patienterna uppnår remission och då kan läkemedelsbehandlingen vanligen avslutas. Hos omkring 5 procent av patienterna kan symtomen däremot förvärras. Sjukdomen aktiveras vanligen igen 3–4 månader efter förlossningen och återgår till samma nivå som före graviditeten. Ledgångsreumatism börjar sällan under graviditeten, men däremot kan den bryta ut efter förlossningen. En graviditet anses inte påverka långtidsprognosen för ledgångsreumatism och graviditeten förlöper i allmänhet normalt hos patienter med ledgångsreumatism.

REKOMMENDATION

- ▶ Hos SLE-patienter och antikroppspositiva patienter med bindvävs-sjukdomar följs graviditeten upp inom den specialiserade sjukvården. På grund av upprepade missfall i början av graviditeten eller trombosbenägenhet inleds antitrombotisk läkemedelsbehandling genast då graviditeten börjat.
- ▶ Symtomfria gravida kvinnor med ledgångsreumatism följs upp vid rådgivningen.

Källor

1. Julkunen H. 2004. Reumataudit ja raskaus. SLL 1–2, 41–59.
2. Smyth A, Oliveira GH ym. 2010. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. Clin J Am Soc Nephrol, 5(11), 2060–8.

10.4 PSYKISKA PROBLEM

Det är känt att depression efter förlossningen påverkar babys utveckling och man fäster vikt vid att depression hos föräldrarna ska konstateras och att föräldrarna ska få vård (se kap. Depression efter förlossningen). Däremot har man först under de senaste åren börjat inse att psykiska problem under graviditeten påverkar föräldern och fostret och att psykiska problem hos pappan påverkar familjen och barnen. I de fall då den gravida kvinnan eller hennes partner har psykiska problem är det viktigt att mödrarådgivningen både rehabiliterar föräldern och bidrar till att bygga upp föräldraskapet och även stödjer barnets utveckling.

Depression är det vanligaste psykiska problemet och framför allt vanligt hos kvinnor i fertil ålder.¹ Det finns också mest forskning kring depression. Cirka 10–15 procent av alla kvinnor lider av depression under graviditeten,² medan prevalensen av depression hos vuxenbefolkningen (över 30-åringar) överlag enligt undersökningen Hälsa 2011 är 7 procent bland kvinnor och 4 procent bland män.³ Risken är således klart förhöjd i samband med en graviditet. Det finns ingen evidensbaserad kunskap om den risk för depression som män eventuellt löper i samband med partnerns graviditet. Det finns inga noggranna uppgifter om prevalensen av andra psykiska störningar under graviditeten. Prevalensen av ångest i befolkningen uppgår till cirka 4–5 procent. Ångest och depression hänger ofta samman, och man kan anta att både graviditetstiden och tiden efter graviditeten också medför en risk för ångest. Prevalensen av psykotisk störning understiger en halv procent, men effekterna kan ibland också vara svåra.

Det pågår mycket forskning kring hur depression hos mamman under graviditeten påverkar barnets utveckling, och det förefaller som om graviditetstiden är ett särskilt känsligt skede för barnets kognitiva utveckling.⁴ Psykiska störningar hos mamman under graviditeten kan påverka fostret och barnets utveckling både direkt genom biologiska förändringar och indirekt via psykosociala mekanismer. Psykiska problem är förknippade med en förhöjd stressnivå som förvärras av eventuella problem i familjen, såsom problem i parrelationen och ekonomiska svårigheter. Stressen ökar produktionen av stresshormon, kortisol, hos mamman och även fostrets kortisolnivå stiger. I djurförsök har man observerat att en hög kortisolnivå påverkar fostrets neurologiska utveckling och framför allt uppkomsten av den mekanism som reglerar stress.⁵⁻⁶ Hur och under vilka omständigheter (t.ex. stresstålighet och stressens svårighetsgrad, kortisolnivån) detta gäller också hos människor och hur bestående en eventuell effekt är, är fortfarande föremål för forskning. Lindrig stress hos mamman har konstaterats stödja fostrets utveckling, men allvarlig stress har konstaterats vara till skada.⁷ Barnet utvecklas i ansträngande situationer, då problemen inte är oöverkomliga. En förhöjd stressnivå hos mamman förmedlas till fostret, fastän dess följder för barnets utveckling ännu inte till alla delar är kända.

Under graviditeten skapas grunden för föräldraskapet och relationen till det barn som ska födas. Psykiska problem kan anknyta till en känsla av förtvivlan och rädslor som gäller framtiden. Många slag av psykisk press kan återspeglas i graviditetsupplevelsen, påverka relationen till det barn som ska födas och senare framträda i att mamman har en sämre förmåga än normalt att nå en ömsesidig och känslig interaktion med baby.⁵ Det finns inte lika mycket forskning kring pappor, men frågan gäller sannolikt också dem.

Allvarliga psykiska problem kan leda till situationer som är farliga både för den gravida kvinnan och fostret. Svåra ätstörningar kan leda till en alltför snäv kost. Svår mani är ofta förknippad med långvarigt vakande och brist på sömn och vila. Ängest som avsevärt begränsar livet ger upphov till kronisk stress och förhindrar ett socialt stöd. Vid psykotiska störningar kan snedvridna och skrämmande vanföreställningar också anknyta till graviditeten, fostret och andra barn. Den gravida kvinnan kan till exempel uppleva att hon har någonting främmande i kroppen som invaderar henne, något som hon inte vill ha och som är skrämmande. I dessa situationer kan en psykotisk störning hos föräldern leda till allvarliga problem i föräldraskapet och föräldern behöver psykiatrisk specialiserad sjukvård och hela familjen behöver stöd. Mödrarådgivningen och den specialiserade sjukvården ska sträva efter ett gott samarbete. Ofta måste också barnskyddet involveras för att det förebyggande barnskyddsarbetet så tidigt som möjligt ska kunna riktas till familjen.

Det pågår aktivt forskning kring vilka effekter psykofarmaka eventuellt kan ha på fostrets tillväxt och utveckling, men uppgifterna är delvis fortfarande bristfälliga och även motstridiga. Det finns enstaka typer av psykofarmaka som klart har konstaterats vara till skada för fostret. Antidepressiva är den vanligaste typen av psykofarmaka som används under graviditeten. Vid användning av SRI-antidepressiva har omkring

20–30 procent av de nyfödda något slags symtom som anknyter till muskeltonus, andningen eller funktionen i det autonoma nervsystemet, men symtomen försvinner vanligen av sig själva inom några dagar. Utgående från nuvarande forskningsrön bedömer man därför att en allvarlig depression hos mamman har större effekter på det nyfödda barnet än de biverkningar som SRI-läkemedel eventuellt kan medföra.⁸ Doseringen av SRI-läkemedel skraddarsys vid behov och ges i minsta möjliga verkande doser under de sista månaderna av graviditeten. Doseringen justeras av den läkare som ansvarar för kvinnans psykiatriska behandling.

När man bedömer betydelsen av föräldrarnas psykiska problem måste man komma ihåg att varje gravid kvinna och varje familj måste bemötas som individer och som någonting särskilt. Forskningsrön tyder på och skildrar eventuella risker, men de beskriver inte nödvändigtvis den egna klientens situation. Även om psykiska problem ofta leder till problem i föräldraskapet, är det inte alltid så. Situationen är dock förbryllande och skrämmande för föräldrarna och därför har rådgivningen en viktig uppgift i att stödja föräldrarna och barnen under graviditeten och därefter. Att ett äldre barn tas ur dagvården när mamman blir moderskapsledig är till exempel inte alltid det bästa för barnet själv. Att föräldrarna oroar sig mycket för hur de psykiska problemen ska påverka familjens övriga barn gör att stressnivån avsevärt ökar hos den gravida kvinnan. Att de andra barnen beaktas också på mödrarådgivningen underlättar pressen på föräldrarna. Rådgivningspersonalen ska följa upp forskningsrönen och akta sig för att för tidigt dra kraftiga slutsatser.

Vid många hälsovårdscentraler har mödrarådgivningen möjlighet att få stöd av en psykiatrisk sjukvårdare och familjearbetare och även en psykolog för att intensifiera stödet till den gravida kvinnan och familjen. Erfarenheterna av detta samarbete har varit så positiva att det är tillrådligt att utöka denna verksamhet.^{9–10} Om arbetet fokuserar på att stödja klientens eller familjens egna styrkor så att de ska klara av eventuella svårigheter, har utfallet en större effekt än om det bara är fråga om ett så kallat allmänt stöd som inte har inriktats specifikt.

Arbetet med att utveckla arbetsmetoder som gäller blivande föräldrar med psykiska problem och deras familjer har bara börjat. THL har utvecklat en metod för att föra barnen på tal (Lapset puheeksi)¹¹. Metoden går ut på att 1) tillsammans med föräldrarna bedöma familjens styrkor och sårbarhet med hjälp av åldersspecifika blanketter och att 2) tillsammans med föräldern göra upp en plan för hur dessa styrkor ska kunna stärkas ytterligare och hur familjen ska agera när det gäller sårbarheten. När den funktionella ramen byggs upp går det bra att använda den överläggning som ingår i metoden och som aktiverar både familjens eget nätverk och de tjänster som behövs.

REKOMMENDATION

- ▶ Varje förälders föräldraskap ska respekteras vid mödrarådgivningen så att en förtroendefull relation kan skapas och så att bekymmer och problem kan diskuteras öppet.
- ▶ Stöd familjen och barnen genom att öppet diskutera symtomen på psykisk ohälsa, föräldrarnas och familjens starka sidor och deras betydelse så att alla familjemedlemmar – även barnen beroende på deras utvecklingsnivå – förstår vad det är fråga om och så att det bästa tillvägagångssättet kan hittas tillsammans med familjen.
- ▶ Samarbeta med en psykiatrisk sjukskötare, en psykolog och en familjearbetare.
- ▶ Om föräldrarna säger det eller om det vid rådgivningssamtalen finns tecken på att föräldern har psykiska problem, och personalens egen utbildning och erfarenhet inte räcker till för att bedöma hur föräldern mår, begärs konsultation från den psykiatriska specialiserade sjukvården. För konsultationen sluts en nära samarbetsrelation med den ansvariga enheten.
- ▶ Screening av depression kan göras med hjälp av mått på symtom, men beakta att screeningen endast är en del i situationsbedömningen.
- ▶ Rådgivningen och den behandlande enheten samarbetar så att vården kan samordnas och rådgivningens personal får information till exempel om användningen av psykiatriska läkemedel under graviditeten.
- ▶ Fråga den gravida kvinnan om den behandlande läkaren säkert är medveten om graviditeten. Eventuella förändringar i medicineringen diskuteras med den behandlande läkaren, och i osäkra fall konsulteras en specialist som är insatt i medicinering under graviditeten. Om man vill avsluta en välfungerande läkemedelsbehandling för att förhindra fosterskador, är det viktigt att noggrant överväga hur den gravida kvinnans hälsa och välbefinnande kan försämrats och vad det innebär för graviditeten och fostret. En mamma som använder psykofarmaka ska föda sitt barn på ett sådant sjukhus där det finns beredskap för återupplivning av det nyfödda barnet och möjlighet till övervakning på barnavdelningen.
- ▶ Familjens situation som helhet ska utredas, till exempel psykiska problem och missbruk hos de övriga familjemedlemmarna, arbetslöshet, ekonomiska problem och bostadsproblem, eftersom alla dessa faktorer påverkar parrelationen, föräldraskapet och barnens beteende.

Särskild vikt ska fästas vid ensamstående. Försök ordna stöd för ovan nämnda problem genom diskussioner tillsammans med familjen.

- ▶ Om det finns andra barn i familjen, uppgörs en gemensam handlingsplan med barnrådgivningen och även med området för småbarnsfostran och skolhälsovården. En barnskyddsanmälan ska göras (vid behov föregripande), om det finns risk för allvarliga problem i föräldraskapet, till exempel att barnen lämnas utan vård, omsorg och uppsikt, eller det finns risk för psykiskt eller fysiskt våld i familjen.
- ▶ Med hjälp av familjens eget sociala nätverk och de tjänster som behövs byggs en funktionell ram upp som stödjer hela familjen både under graviditeten och genast efter att barnet fötts. Detta är särskilt viktigt för ensamstående.
- ▶ Psykiska problem är ofta långvariga och symtomen kan gå i vågor. Därför lönar det sig att följa upp situationen under hela graviditeten, även i det fallet att symtomen lindras, och att i samarbete med barnrådgivningen planera en fortsatt uppföljning och ett långvarigt stöd.

Källor

1. McManus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. 2009. Adult psychiatric morbidity in England 2007. Results of a household survey. London, UK: NHS Information Centre for Health and Social Care.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlener G, Swinson T. 2005. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics Gynecol* 106:1071–1083.
3. Hälsa2011. <http://www.terveys2011.info/>
4. Evans JE, Melotti R, Heron J, Ramschandani P, Wiles N, Murray L, Stein A. 2012. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: A longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 53, 632–640.
5. Lemaire V, Koehl M, Le Moal M, Abrou D. 2000. Prenatal stress produces learning deficits associated with an inhibition of neurogenesis in the hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 97, 11032–11037.
6. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. 2009. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature Reviews, Neuroscience* 10, 434–445.
7. Laplante DP, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S. 2008. Project Ice Storm: Prenatal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47, 1063–1072.
8. Fenger-Gron J, Thomsen M, Andersen KS, Nielsen RG. 2011. Paediatric outcomes following intrauterine exposure to serotonin reuptake inhibitors – a systematic review. *Danish Medical Bulletin* 58, 1–5.
9. Kuosmanen L, Vuorilehto M, Kumpuniemi S & Melartin T. 2010. Post-natal depression screening and treatment on maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(6), 554–557.
10. Glavin K. 2012. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research Nursing* 17(2), 142–156.
11. Solantaus, Tytti, 2006. Föra barnen på tal - när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok. Institutet för hälsa och välfärd. På webben: http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/fora_barnen_pa_tal_2010_manual_loggbok_tytti-solantaus.pdf

10.5 INFEKTIONER

URINVÄGSINFEKTION OCH SYMTOMFRI BAKTERIURI

Hos 1–2 procent av alla gravida kvinnor förekommer symtomatisk cystit och hos 5–10 procent förekommer symtomfri bakteriuri (minst 10^5 bakterier/ml vid odling i urin).¹ Bägge leder till en fördubblad risk för för tidig förlossning och har en koppling till en låg vikt hos det nyfödda barnet. Om den inte behandlas leder bakteriuri i 30 procent av fallen till pyelonefrit. Antibiotikabehandling mot symtomfri bakteriuri minskar risken för pyelonefrit och låg födelsevikt.²

Vid behandlingen av urinvägsinfektioner under graviditeten används nitrofurantoin eller betalaktamer. Den optimala behandlingstiden är inte känd, men behandling med engångsdos rekommenderas inte. Behandling med pyelonefrit under graviditeten inleds på sjukhus genom intravenös läkemedelsbehandling som fortsätter oralt med första generationens cefalosporin i 10 dygn. Vid upprepade urinvägsinfektioner kan nitrofurantoin eller metenaminhippurat användas som profylax i slutet av graviditeten.¹

REKOMMENDATION

- ▶ Vid det första besöket på rådgivningen görs en bakterieodling i mittstråleurin.
 - ▶ Under graviditeten behandlas både symtomatisk och symtomfri bakteriuri.
 - ▶ Efter att en urinvägsinfektion behandlats under graviditeten görs alltid en ny odling.
-
-

Källor

1. Virtsatieinfektioit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Nefrologiyhdistyksen, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
2. Smaill F. 2007. Antibiotics for asymptomatic bacteruria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev (2):CD000490.

INFEKTIONER I KÖNSORGANEN

Bakteriell vaginos

Bakteriell vaginos innebär obalans i slidans normala flora då det finns för mycket anaerobiska bakterier i förhållande till de normala mjölksyrabakterierna.¹ Det gör att pH stiger i slidan. Hälften av kvinnorna är symtomfria, men en del har illaluktande flytning. Diagnosen baserar sig på följande fynd: vid en spekulumundersökning konstateras vanligen tunn och ljusgrå homogen flytning, i ett KOH-test uppkommer lukt eller vid mikroskopering av flytningen konstateras clue-celler. Prevalensen av bakteriell vaginos bland gravida kvinnor i Finland är inte känd. I cytologiska massundersökningar har prevalensen uppgått till 9–12 procent.^{2–3}

Bakteriell vaginos fördubblar risken för för tidig förlossning.⁴ Även om antibiotikabehandling inte har påvisats minska risken för för tidig förlossning jämfört med placebo eller obehandlad vaginos, finns det tecken på att behandling av bakteriell vaginos före halva graviditeten minskar andelen fall av för tidig förlossning som sker före graviditetsvecka 37.⁵

REKOMMENDATION

- ▶ Screening av symtomfria gravida kvinnor för bakteriell vaginos rekommenderas inte.
 - ▶ Kvinnor med symtom undersöks och får vid behov lokal behandling med metronidazol- eller klindamycinpreparat.
-

Källor

1. Paavonen J. Gynekologiset infektioit 2011. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 297. Kustannus Oy Duodecim.
2. Nieminen P, Paavonen J. 1997. Vaginiitin diagnostiikka. Duodecim 113(3), 241.
3. Eriksson K, Adolfsson A, Forsum U, Larsson PG. 2010. The prevalence of BV in the population of Åland Islands during a 15-year period. APMIS 118(11), 903–8.
4. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
5. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. 2007. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev (1):CD000262.

Klamydia

Klamydia orsakas av bakterien *Chlamydia trachomatis*. År 2011 anmäldes 13 662 fall av klamydiasmitta till det finländska registret över smittsamma sjukdomar, och 59 procent av dessa fall var kvinnor.¹ Största delen av fallen förekom hos kvinnor i åldern 15–24 år (och män i åldern 20–29 år). I en undersökning vid Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt hade 2,7 procent av föderskorna ett positivt PCR-test för klamydia på den första urinen i början av graviditeten (eller pinnprov som tas i livmodershalsen med en teknik som baserar sig på nulkeinsyraamplifiering).²

Inkubationstiden för klamydia är 10–14 dygn. Största delen av alla smittade är symtomfria. Klamydiasmitta ökar sannolikt risken för för tidig förlossning, och behandling av klamydia under graviditeten minskar risken för att fostervattnet går för tidigt och risken för en låg födelsevikt hos barnet.³ Om barnet under förlossningen smittas av klamydia i förlossningskanalen, kan det ge upphov till bindhinneinflammation eller lunginflammation hos det nyfödda barnet.⁴

Den tillförlitligaste metoden för att påvisa klamydia är nukleinsyraamplifiering som görs antingen i första portion urin eller alternativt med pinnprov som tas från sli-dans slemhinnor eller livmoderhalsen.

REKOMMENDATION

- ▶ Klamydiatest erbjuds i alla åldersgrupper efter övervägande, om den gravida kvinnans symtom eller anamnes ger anledning till det.
 - ▶ Klamydia behandlas i första hand med en 1 g engångsdos av azitromycin. Behandlingen av klamydia är gratis med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar. Det finns skäl att låta undersöka och behandla kvinnans partner.⁴
-
-

Källor

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Nohynek H, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P (reds.), 2012. Smittsamma sjukdomar i Finland 2011. Rapport 2012_037swe. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-660-1>
2. Kurkinen M, Sarkkinen H, Kärpänoja P, Ranta T. 2006. Klamydian esiintyvyys äitiysterveysthuollon asiakkailta Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirisä. SLL 51–52, 5349–51.
3. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
4. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.

Gonorré

Gonorré orsakas av bakterien *Neisseria gonorrhoeae*. I Finland anmäldes år 2011 sammanlagt 288 fall av gonorré till registret över smittsamma sjukdomar, och en fjärdedel av dessa fall var kvinnor.¹ Inkubationstiden hos kvinnor är vanligen 2–3 veckor. Endast en del kvinnor har symtom, såsom flytningar, besvär med att kissa och smärtor i nedre delen av buken.²

I förlossningskanalen kan bakterien smitta till den nyföddas ögon och orsaka ögoninflammation eller en systemisk infektion. Obehandlad orsakar gonorré en 3–5-faldig risk för för tidig förlossning.³

Gonorréprovet diagnostiseras genom nukleinsyraamplifiering i första portion urin (screening av symptomfria) eller pinnprov från urinröret, slidan och livmoderhalsen (vid stark klinisk misstanke). Om testresultatet är positivt ska också ett odlingsprov tas för att utreda antibiotikakänsligheten innan antibiotikabehandlingen inleds.

REKOMMENDATION

- ▶ Symtomfria gravida kvinnor genomgår inte screening för gonorré.
 - ▶ Under graviditeten behandlas gonorré med en engångsdos av ceftriaxon som injiceras intramuskulärt. Behandlingen av gonorré är gratis med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar, och det finns skäl att också undersöka och behandla kvinnans partner.²
-
-

Källor

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Nohynek H, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P (reds.), 2012. Smittsamma sjukdomar i Finland 2011. Rapport 2012_037swe. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-660-1>
2. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.
3. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.

Genital herpes

Omkring 15 procent av alla fall med genital herpesinfektion orsakas av HSV-1 och resten orsakas av HSV-2. Totalt 50–70 procent av alla gravida finländska kvinnor är antikroppspositiva mot HSV-1 och 11–16 procent mot HSV 2.¹⁻²

Vid en primärinfektion, dvs. en första infektion, uppkommer små vattenblåsor som lätt spricker på könsorganens slemhinnor. Allmänsymtom vid smitta kan vara feber, huvudvärk och förstörade lymfkörtlar i ljumsken. Ofta har primärinfektionen dock endast lindriga symtom eller också är den helt symtomfri. Mer än 50 procent av fallen med herpesinfektion under graviditeten är symtomfria.³

Efter primärinfektionen finns viruset latent i kroppen och kan tidvis reaktiveras. Reaktiveringen kan vara asymtomatisk eller symtomatisk, men viruset smittar i bägge fallen. Vid recidiverande infektion föregås blåsorna av klåda, sveda och stickningar på hudområdet i fråga, men ofta är symtomen atypiska, till exempel rodnande områden och spruckna slemhinnor.⁴

Om mamman har aktiv genital herpes vid förlossningen, kan fostret smittas genom direkt kontakt i förlossningskanalen. Vid neonatal herpes uppkommer symtomen före 28 dygns ålder, och sjukdomens svåra former, allmäninfektion och herpesencefalit är förknippade med en avsevärd dödlighet. Risken för neonatal herpes uppgår till 40–50 procent, om mamman har en primärinfektion vid förlossningen (inga antikroppar och en stor mängd virus). Vid recidiverande genital herpes utgör risken 1–3 procent. Om aktiv genital herpes konstateras hos kvinnan vid förlossningen eller om det gått mindre än sex veckor sedan primärinfektionen, rekommenderas kejsarsnitt innan fostervattnet går. Prevalensen av neonatal herpes är uppskattningsvis 1/2 500–10 000 levande födda barn.³

En misstanke om genital herpes under graviditeten ska verifieras antingen genom antigenpåvisning eller herpesodling. Om det är fråga om en första symtomatisk herpesinfektion görs dessutom en antikroppsbestämning för att särskilja mellan en primärinfektion och en recidiverande infektion. Det är av betydelse för det nyfödda barnets prognos. IgM-antikroppar tyder på en färsk infektion.³

En primärinfektion och ett recidiv med svåra symtom som konstaterats under graviditeten behandlas med aciklovir eller valaciklovir. Behandlingen eliminerar inte viruset i kroppen, men gör att symtomen försvinner snabbare. Svåra sjukdomsformer behandlas på sjukhus. Om kvinnan haft en primärinfektion under den sista trimestern (efter graviditetsvecka 24), finns det stor risk för en recidiverande infektion och asymtomatisk utsöndring av virus i ett senare skede av graviditeten. Profylax som inlett i graviditetsvecka 36–38 mot recidiverande herpes under graviditeten minskar risken för recidiv under förlossningen, asymtomatisk virusutsöndring under förlossningen och behovet av kejsarsnitt på grund av genital herpes.

REKOMMENDATION

- ▶ Symtomfria kvinnor genomgår inte screening för genital herpes under graviditeten. Förlossningssjukhuset ska informeras om en primärinfektion som framkommit under graviditeten. Konsultera förlossningssjukhuset om genital herpes är aktiv nära inpå den beräknade förlossningstiden.
 - ▶ Om det under den sista trimestern (efter graviditetsvecka 24) förekommer två eller flera upprepade episoder, påbörjas aciklovirprofylax i graviditetsvecka 36–38 och den försätter ända fram till förlossningen. Läkemedelsbehandlingen kan påbörjas inom primärvården.
-
-

Källor

1. Arvaja M, Lehtinen M, Koskela P, Lappalainen M, Paavonen J, Vesikari T. 1999. Serological evaluation of herpes virus type 1 and 2 infections in pregnancy. *Sex Transm Inf* 75, 168–71.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG* 112, 505–6.
3. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilaitien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.
4. Nieminen P, Paavonen J. 1997. Vaginiitin diagnostiikka. *Duodecim* 113(3), 241.
5. Hollier LM, Wendel GD. 2008. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infections. *Cochrane Database Syst Rev* 1CD004946.

Trikomonasinfektion

Trikomoniasis orsakas av urdjuret *Trichomonas vaginalis* som smittar vid samlag, men infektionen är ovanlig i Finland.

Trikomonasinfektion under graviditeten ökar endast något risken för för tidig förlossning (1,3-faldig risk). Å andra sidan är andelen barn med låg födelsevikt och andelen prematurer tvåfaldig vid behandling av en asymtomatisk trikomonasinfektion med oralt metronidazol jämfört med vid behandling med placebo.¹

REKOMMENDATION

- ▶ Screening av trikomonas hos symtomfria gravida kvinnor rekommenderas inte.
-
-

Källor

1. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.

HPV- dvs. papillomvirusinfektion

HPV är vanligt i genitalområdet. Förutom vid sex kan det också smitta perinatalt eller via händerna. HPV orsakar inte fosteravvikelser.

REKOMMENDATION

- ▶ Kondylom på de yttre delarna av könsorganen behöver inte behandlas under graviditeten, men vid behov kan enstaka kondylomvårter avlägsnas kirurgiskt eller genom behandling med flytande kväve eller laser. Podofyllotoxin och imikvimod används inte under graviditeten.

Källa

1. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.

ALLMÄNINFEKTIONER SOM POTENTIELLT KAN GE UPPHOV TILL FOSTERSKADOR

Toxoplasma gondii

Toxoplasma gondii är ett urdjur och orsakar en infektion som vanligen är symptomfri eller endast har lindriga symtom (lymfadenopati) och går över av sig själv. I Finland har 20 procent av alla kvinnor i fertil ålder antikroppar.¹

Katten är huvudvärd för toxoplasma. Katten utsöndrar toxoplasma oocystor i avföringen som sedan kommer i jorden, och därifrån kan de komma in i slaktdjurens tarmsystem, muskler och hjärna. Människan smittas vid intag av otillräckligt upphettat kontaminerat kött av nöt, svin eller får eller kontaminerade grönsaker och bär. Smittan kan också komma från jorden.² En primärinfektion under graviditeten är farlig för fostret. Ju längre graviditeten framskridit när mamman insjuknar i en primärinfektion, desto lättare överförs toxoplasma via moderkakan till fostret. Fostrets smittrisk understiger 10 procent under den första trimestern, men överstiger 70 procent under de sista graviditetsveckorna.³

I en finländsk studie konstaterades 2,4/1 000 fall av serokonversion hos kvinnor som i början av graviditeten varit antikroppsnegativa mot toxoplasma och medfödd toxoplasmos hos 0,3–0,5/1 000 nyfödda barn.¹

I början av graviditeten kan en infektion hos fostret leda till missfall, intrauterin fosterdöd eller fosterskada, i slutet av graviditeten är sjukdomsbilden lindrigare.² Största delen av de barn som har medfödd toxoplasmainfektion föds utan symtom, men sjukdomen är kronisk och medför under årens lopp skador i synen och/eller det centrala nervsystemet hos 85–90 procent av barnen.

Diagnosen bygger på antikroppsbestämningar. IgM-antikroppar kan finnas kvar upp till ett år efter en infektion. IgG-aviditet hjälper vid bestämning av tidpunkten för infektionen. En låg aviditet varar i månader, men en aviditet som blivit hög anger att det gått minst fyra månader sedan infektionen. Prov för infektionsscreening som tagits i början av graviditeten kan vid behov användas för jämförande undersökningar när en infektion misstänks under graviditeten. Observationsstudier har visat tecken på att risken för toxoplasmos under graviditeten minskar genom rådgivning.

REKOMMENDATION

- ▶ Även om vissa länder utför återkommande antikroppsbestämningar hos gravida kvinnor, är rekommendationen i Finland primärprevention mot toxoplasma.
 - ▶ Under graviditeten är det viktigt med en noggrann handhygien före hantering av livsmedel, likaså efter hantering av rått kött. Frukt och grönsaker ska tvättas noggrant. Köträtter ska vara genomstekta. Vid trädgårdsarbete används handskar, händerna tvättas noggrant efter hantering av jord och efter trädgårdsskötsel. Dessutom undviks kattavföring (kattsand, jordmån).⁴
-

Källor

1. Lappalainen M, Koskela P, Hedman K, Teramo K, Ämmälä P, Hiilesmaa V, Koskiniemi M. 1992. Incidence of primary toxoplasma infections during pregnancy in southern Finland: a prospective cohort study. *Scand J Infect Dis.* 24(1), 97–104.
2. Lappalainen M, Hedman K. 2010. Toksoplasmoosi. Lääkäriin käsikirja 7.6.2010. www.terveysportti.fi.
3. Thiébaud R, Leproust S, Chêne G, Gilbert R. 2007. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 13, 369(9556), 115–22.
4. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

Cytomegalovirusinfektion

Cytomegalovirus (CMV) hör till herpesvirusen. Viruset smittar via kroppsskret, såsom saliv, och vid sex. Nästan alla infekterade personer är symtomfria, eller också är symtomen ospecifika, till exempel en sjukdomsbild som liknar mononukleos eller lindrig hepatit. Antikroppspositivitet uppkommer med åldern och i Finland är 50–70 procent av alla gravida kvinnor seropositiva.¹ Efter primärinfektionen finns viruset latent i kroppen och kan senare aktiveras. Totalt 0,2 procent av alla gravida kvinnor får en primärinfektion under graviditeten, och i 40 procent av fallen överförs viruset till fostret. Också en reaktivering eller en reinfektion av cytomegalovirusets olika subtyper kan överföras till fostret, men sjukdomsbilden är då vanligen lindrigare.²

Cirka 1 procent av alla nyfödda utsöndrar cytomegalovirus i urinen. Av dessa barn är 90 procent symtomfria, men hos 10 procent konstateras senare till exempel fel på hörseln.² Svåra fosterskador kan uppkomma, om mamman har fått en primärinfektion under den första trimestern eller tidigt under den andra trimestern. Fostret kan då få följande symtom: fördröjning i tillväxten, mikrocefali, ventrikulomegali, hydrops, hepatosplenomegali, chorioretinit, sensorineural hörselnedsättning, hepatit, trombocytopeni och purpura.

Perinatal CMV-transmission kan också ske i förlossningskanalen och via modersmjölken, men är inte till skada för fullgångna nyfödda. Det är svårt att särskilja mellan en primärinfektion och en reaktivering av en latent infektion. IgM kan vara positivt i flera månader efter en primärinfektion och efter en reaktivering. Andra medel för diagnostisering är IgG-serokonversion och PCR och virusisolering i fostervattnet.²

REKOMMENDATION

- ▶ I Finland rekommenderas inte screening för cytomegalovirus under graviditeten.
 - ▶ Eftersom cytomegalovirus smittar via sekret och eftersom ett barn som infekterats under fostertiden eller fram till två års ålder avsöndrar virus i upp till två år, rekommenderas en god handhygien. Dessutom undviks användning av gemensamma bestick med småbarn och kontakt med barns saliv.
-
-

Källor

1. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG* 112, 505–6.
2. McCarthy FP, Giles ML, Rowlands S, Purcell KJ, Jones CA. 2011. Antenatal interventions for preventing the transmission of cytomegalovirus (CMV) from the mother to fetus during pregnancy and adverse outcomes in the congenitally infected infant. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 16;(3):CD008.

Listerios

I Finland konstateras årligen nästan 100 fall av smitta som orsakats av bakterien *Listeria monocytogenes*, och av dessa fall sker 0–5 under graviditeten.¹ Listeria orsakar svåra infektioner hos nyfödda barn, gravida kvinnor, personer med immunbrist och äldre. Listeriabakterien kan orsaka missfall, fosterdöd och svår infektion hos det nyfödda barnet.

Infektionen är livsmedelsburen. Till risklivsmedlen hör produkter framställda av opastöriserad mjölk och andra animaliska och vegetabiliska livsmedel och färdigmatsprodukter som kylförvaras långa tider och äts oupphettade. Listeriabakterien dör vid upphettning över 70 grader, men inte vid frysning eller saltning.²

REKOMMENDATION

- ▶ För att undvika listerios rekommenderas endast pastöriserad mjölk under graviditeten.
 - ▶ Gravida kvinnor ska inte äta mjuk ost (camembert, brie, chevre och blåmøgelost). Under graviditeten kan dessa ostar ätas tryggt endast om de hettas upp tills de bubblar.
 - ▶ Rekommendationen är att undvika vakuumpförpackade gravade och kallrökta fiskprodukter, paté och rom under graviditeten.
 - ▶ Köträtter ska vara genomstekta, och djupfrysta grönsaker och färdigmat ska hettas upp noggrant.
 - ▶ Grönsaker ska tvättas eller skalas för att undvika listerios under graviditeten.
-
-

Källor

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Nohynek H, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P (reds.), 2012. Smittsamma sjukdomar i Finland 2011. Rapport 2012_037swe. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-660-1>
2. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

Salmonella

Salmonellabakterien ger upphov till matförgiftning.¹ Den är inte farlig för fostret, men kan orsaka svår diarré och kräkningar hos den gravida kvinnan.

REKOMMENDATION

- ▶ För att undvika matförgiftning som orsakas av salmonella ska en gravid kvinna inte äta råa hönsägg. Köttretter ska vara genomstekta och händerna ska tvättas noggrant efter hantering av kött.
-
-

Källor

1. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:11. Helsinki.

Vattkoppor

Varicella zoster är ett virus som årligen orsakar ungefär 57 000 fall av vattkoppor i Finland.¹ Största delen av de insjuknade är barn i lek- och skolåldern. Ungefär en tredjedel av alla människor insjuknar på nytt i vuxen ålder i bältros som beror på att viruset aktiveras på nytt. Vattkoppor sprids mycket lätt genom droppsmitta via luftvägarna och hudblåsorna. Inkubationstiden är vanligen två veckor (10–21 dagar). Sjukdomen smittar redan 1–2 dagar före de första symtomen och smittsamheten upphör när blåsorna torkat.

En finländsk undersökning har visat att ungefär 4 procent av alla gravida kvinnor inte haft vattkoppor.² Vattkoppor kan vara en mycket allvarlig sjukdom hos vuxna och framför allt under graviditeten. I början av graviditeten kan vattkoppor också orsaka svåra fosterskador. Om mamman insjuknar i vattkoppor strax innan förlossningen eller under dagarna efter förlossningen insjuknar också det nyfödda barnet i en svår form av vattkoppor.

REKOMMENDATION

- ▶ Rekommendationen är att alla personer som fyllt 13 år och inte vet om de har haft vattkoppor ska få två doser vaccin mot vattkoppor med minst tre månaders mellanrum.¹
- ▶ Undersökning av antikroppar mot vattkoppor behövs inte, eftersom en omedvetet genomgången sjukdom inte hindrar vaccination. Vaccinet får dock inte ges under graviditeten.¹
- ▶ En kvinna som exponerats för vattkoppor under graviditeten ska i mån av möjlighet skyddas mot sjukdomen med hjälp av antivirala medel och antikroppar mot vattkoppor.³
- ▶ Konsultera den specialiserade sjukvården vid vården och övervakningen av en gravid kvinna som insjuknat i vattkoppor.

Källor

1. Kansanterveyslaitoksen asettaman lasten vesirok-
korokotustyöryhmän selvitys. Kansanterveyslai-
toksen julkaisuja 40/2008.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vain-
ionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of pre-
natal infections and reliability of maternal his-
tory of varicella zoster virus, cytomegalovirus,
herpes simplex virus and parvovirus B19 infec-
tion in South-Western Finland. BJOG 112, 50–6.
3. Lamont RF, Sobel JD, Carrington D, Mazaki-To-
vi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Romero R. 2011.
Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in
pregnancy. BJOG 118, 1155–62.

Femte sjukan (den femte barnsjukdomen)

Hos barn ger parvovirus B19 upphov till femte sjukan (erythema infectiosum) som orsakar utslag. Typiska symtom är feber, huvudvärk, muskelvärk, trötthet och rodnande utslag på kinderna som beror på en immunologisk reaktion. Hos vuxna är det typiskt med ledsymtom, men å andra sidan kan infektionen också vara helt symtomfri. Femte sjukan förekommer i epidemier med några års mellanrum framför allt under våren och vårvintern. Inkubationstiden är 1–3 veckor.¹

Omkring 60 procent av alla gravida kvinnor har skyddande antikroppar mot femte sjukan på grund av tidigare genomliden sjukdom.² Största delen av de infektionsfall som förekommer hos gravida kvinnor har smittat från de egna barnen eller barnen i den närmaste omgivningen. Hos ungefär 10 procent av de insjuknade orsakar femte sjukan en infektion hos fostret under graviditeten. En infektion hos fostret är förknippad med en risk för missfall och anemi som i värsta fall kan leda till hydrops.

Det finns inget vaccin och ingen specifik läkemedelsbehandling mot femte sjukan. Anemi och hydrops hos fostret kan behandlas effektivt.³

REKOMMENDATION

- ▶ Av en kvinna som under graviditeten exponerats för femte sjukans tas ett blodprov för att utreda om kvinnan har skyddande antikroppar.¹
- ▶ Om antikroppar inte konstateras hos den exponerade gravida kvinnan, övervakas kvinnan genom undersökning av antikroppar och vid behov PCR under ett par månader efter exponeringen eller tills epidemin är över.¹
- ▶ Under en epidemi av femte sjukans på arbetsplatsen (t.ex. ett daghem eller en skola) placeras gravida seronegativa kvinnor i personalen i sådana uppgifter där risken för att exponeras för viruset är liten.¹
- ▶ Kvinnor som insjuknat i femte sjukans under sin graviditet remitteras till fosterövervakning inom den specialiserade sjukvården.¹

Källor

1. Riipinen A, Söderlund-Venermo M, Hedman K, Sallmen M, Taskinen H, Karikoski R, Lindbohm M-L, Nuutila M. 2009. Parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG*, 112, 50–6.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG*, 112, 50–6.
3. Dijkmans AC, de Jong EP, Dijkmans BA, Lopriore E, Vossen A, Walther FJ, Oepkes D. 2012. Parvovirus B19 in pregnancy: prenatal diagnosis and management of fetal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 24, 95–101.

TUBERKULOS

Tuberkulos är en smittsam sjukdom som vanligen förekommer i lungorna. Sjukdomen kan emellertid förekomma i vilket organ som helst och därför finns det stor variation i de kliniska fynden. Smittan sprids framför allt av sådana personer med tuberkulos i andningsorganen som har rikligt med tuberkulosbakterier i upphostningen. Som tur smittar tuberkulos inte så lätt, cirka 30 procent av dem som exponeras i sin närmaste krets smittas och blir smittbärare (latent tuberkulosinfektion). Ungefär 10 procent av alla smittbärare med ett normalt immunsvår insjuknar i aktiv tuberkulos någon gång i livet. I Finland är sjukdomen koncentrerad till riskgrupper, bland annat missbrukare och invandrare som kommer från ett land där tuberkulos är vanligt.

Graviditeten ökar sannolikt risken för tuberkulos hos en person som exponerats och även risken för att en latent infektion övergår i aktiv sjukdom.¹ Graviditeten kan också ge upphov till att T-hjälparcellsvaret försvagas och därigenom till att tuberkulos-symtomen är lindrigare och sjukdomen således svårare att konstatera.² Efter förloss-

ningen korrigeras T-cellsväret och symtomen kan då framhävas på ett liknande sätt som immunrekonstitutionssyndrom.³

Obehandlad tuberkulos utgör en risk för både mamman och det nyfödda barnet och därför är det viktigt att sjukdomen konstateras. Lungröntgen undviks under den första trimestern, men om den gravida kvinnan har symtom och tuberkulos misstänks får graviditeten inte vara ett hinder för undersökning. Lungröntgen görs på ett skyddat sätt och en serie med tre upphostningsprov tas för tuberkulosfärgning och odling. Om en gravid kvinna har exponerats för tuberkulos eller om hon kommer från ett land där tuberkulos förekommer i riklig omfattning (THL:s förteckning), är det viktigt att göra en lungröntgen redan före förlossningen och säkerställa att mamman inte har lungtuberkulos. Om sjukdomen konstateras genom röntgen kan mamman få behandling redan före förlossningen. Det nyfödda barnet får inte exponeras för smittsam tuberkulos, eftersom sjukdomen är livsfarlig för nyfödda. Mammor med invandrarbakgrund kan också ha andra former av tuberkulos utanför lungorna och därför ska tuberkulos alltid beaktas i differentialdiagnostik, om kvinnan kommer från ett land med utbredd tuberkulos. När tuberkulos misstänks i andra organ finns det skäl att ta riktade prover (biopsi och odlingsprov).

Hos gravida kvinnor behandlas tuberkulos med en kombination av isoniazid, rifampicin och etambutol.² Streptomycin är förbjudet, eftersom det kan orsaka hörsel-skador eller dövhet hos barnet. Pyrazinamid ska helst undvikas under graviditeten, eftersom det inte finns närmare uppgifter om eventuella nackdelar. Fluorokinoloner har vid djurförsök orsakat leddskador och rekommenderas därför inte för gravida kvinnor. Mamman kan amma sitt barn normalt under läkemedelsbehandlingen, om hon inte lider av smittsam tuberkulos. Den läkemedelshalt som tas upp ur modersmjölken är inte tillräcklig för att behandla en latent tuberkulosinfektion hos barnet. Om mamman är smittsam kan hon inte amma, men efter att smittorisken gått över är det möjligt att amma.

REKOMMENDATION

- ▶ En gravid kvinna styrs till lungröntgen och upphostningsprov tas, om kvinnan har symtom som överensstämmer med tuberkulos.
 - ▶ Om en gravid kvinna exponerats för tuberkulos eller om hon är invandrare från ett land med utbredd tuberkulos (THL: Länder med hög tuberkulosincidens och sjukdomar som screenas hos flyktingar och asylsökande efter land, www.thl.fi/attachments/Infektiaudit/Maaluettelo.pdf), tas lungröntgen under varje graviditet före förlossningen och säkerställs att den gravida kvinnan inte har lungtuberkulos.
-
-

Källor

1. Zenner D, Kruijshaar ME, Andrews N, Abubakar I. 2012. Risk of tuberculosis in pregnancy: a national, primary care based cohort and self-controlled case series study. *Am J Respir Crit Care Med* 185, 779–84.
2. Mathad JS, Gupta A. 2012. Tuberculosis in Pregnant and Postpartum Women: Epidemiology, Management, and Research Gaps. *Clin Infect Dis*, Oct 5. [Epub ahead of print.]
3. Singh N, Perfect JR. 2007. Immune reconstitution syndrome and exacerbation of infections after pregnancy. *Clin Infect Dis* 45, 1192–9.

MIKROBER SOM ÄR AV BETYDELSE FÖR SJUKHUSHYGIENEN

Antibiotikaresistenta bakterier har blivit vardag vid finländska hälso- och sjukvårdsinstitutioner. Livlig turism och riklig global användning av antibiotika har ökat resistensproblemet avsevärt också i Finland. Också hos föderskor kan resistenta bakterier konstateras. De viktigaste resistenta bakterierna som för närvarande orsakar problem i Finland är *Staphylococcus aureus* (MRSA) som är meticillinresistent, enterobakterier som producerar betalaktamas med utvidgat spektrum (extended spectrum betalactamase, ESBL), karbapenemasproducerande enterobakterier (carbapenemas producing) och vankomycinresistenta enterokocker (VRE).

Bärare av resistenta bakterier vårdas kontaktisolerat vid hälso- och sjukvårdsinrättningarna. Den kontaktisolerade vårdens längd varierar beroende på bakterien och regionen, och det är alltid den lokala enheten för sjukhushygiene som ansvarar för beslutet om att avsluta kontaktisoleringen. Till exempel vid MRSA upphör kontaktisoleringen i de flesta fall först när MRSA-bäraren har fått en effektiv behandling som avlägsnat MRSA eller om MRSA inte på flera år (till exempel två år) kunnat konstateras vid screening hos en frisk person.

När det är fråga om resistenta bakterier iakttar hälso- och sjukvårdens inrättningar och mottagningar utöver sedvanliga försiktighetsmått även kontaktisolering. I samband med besök på mottagningen iaktas principerna för kontaktisolering: desinfektion av händerna, användning av skyddshandskar och även användning av skyddsrock och mun- och nässkydd, om det finns risk för stänk till exempel i samband med vårdåtgärder som gäller barn. Utrustning och ytor ska desinficeras på ändamålsenligt sätt.

Resor, resistenta bakterier och föderskor

Föderskor som har fått sjukhusvård utomlands vårdas kontaktisolerat på finländska sjukhus tills dess att de screeningprov som tagits av kvinnan när hon kommit till sjukhuset har undersökts och resultatet är negativt för resistenta bakterier. Vanligen screenas föderskor för multiresistenta gramnegativa enterobakterier, MRSA och VRE. Efter sjukhusvård som getts utomlands varar kontaktisoleringen och provtagningarna vanligen minst sex månader.

Av föderskor som rest utomlands tas under vissa förutsättningar också screeningprov för resistent bakterier i samband med sjukhusvård eller vid förlossningen. Det finns skäl att vårda föderskor som nyligen rest i Indien, Bangladesh och Pakistan kontaktisolerat vid förlossningen, åtminstone om de har infektionssymtom, såsom feber eller diarré.

När bärare av MRSA eller andra resistent bakterier kommer till rådgivningen

Det finns stora regionala skillnader i förekomsten av MRSA i Finland. Riksomfattande MRSA-anvisningar har tagits fram.¹ Utöver de MRSA-stammar som anknyter till institutionsvården håller också MRSA-stammarna inom öppenvården på att öka. Eftersom kvinnor i fertil ålder vanligen är relativt friska och i allmänhet inte behöver sjukhusvård, är sådana MRSA-bakterier som förekommer inom öppenvården vanligare hos föderskor och barn än sådana MRSA-bakterier som förekommer inom institutionsvården. Inom de områden där MRSA är utbredd eller där MRSA-screeningar görs aktivt har man konstaterat att MRSA-fynd hos barn och framför allt hos nyfödda ofta anknyter till att ett MRSA-bärarskap konstaterats hos mamman.

När barnet till en MRSA-bärande mamma kommer till rådgivningen

MRSA är bakterien *Staphylococcus aureus* med en avvikande antibiotikakänslighet. MRSA kan av en slump påträffas i en bakterieodling eller i ett MRSA-screeningprov. MRSA orsakar liknande sjukdomar som den motsvarande känsliga bakterien *Staphylococcus aureus*. Hos största delen av bärarna har MRSA koloniserats, men de har inte nödvändigtvis fått en MRSA-anknuten infektion. Ett MRSA-fynd medför vanligen inget hot mot hälsan hos friska föderskor och foster. I samband med ett eventuellt kejsarsnitt beaktas fyndet vid den antibiotikaprofylax som föregår kejsarsnittet.

Om sjukhusvården inte drar ut på tiden eller om sjukhusvård inte behövs på nytt, är det inte nödvändigt att ta ett MRSA-prov av det nyfödda barnet till en MRSA-positiv mamma. Exponeringen för MRSA antecknas på sjukhuset i uppgifterna om barnets risker och epikrisen.

ESBL

Antalet ESBL-fynd har ökat i Finland under de senaste åren. I allmänhet påträffas ESBL av en slump, eftersom bakterien följer med friska resenärer från utlandet till Finland. ESBL är vanligen en egenskap hos bakterierna *E. coli* eller *Klebsiella pneumoniae*. ESBL är ett betalaktamasenzym med utvidgat spektrum som gör att bakterien är motståndskraftig mot flera antibiotikagrupper. Den vanligaste sjukdomen som ESBL-bakterier framkallar är urinvägsinfektion och ESBL-bakterier hittas oftast i urinprov. ESBL påträffas också hos friska kvinnor och föderskor. Ett ESBL-fynd ger inte upphov till nå-

gon ytterligare infektionsrisk hos föderskan eller fostret, men vid en eventuell infektion eller vid behandling av symtomfri bakteriuri kan fyndet påverka valet av antibiotika.

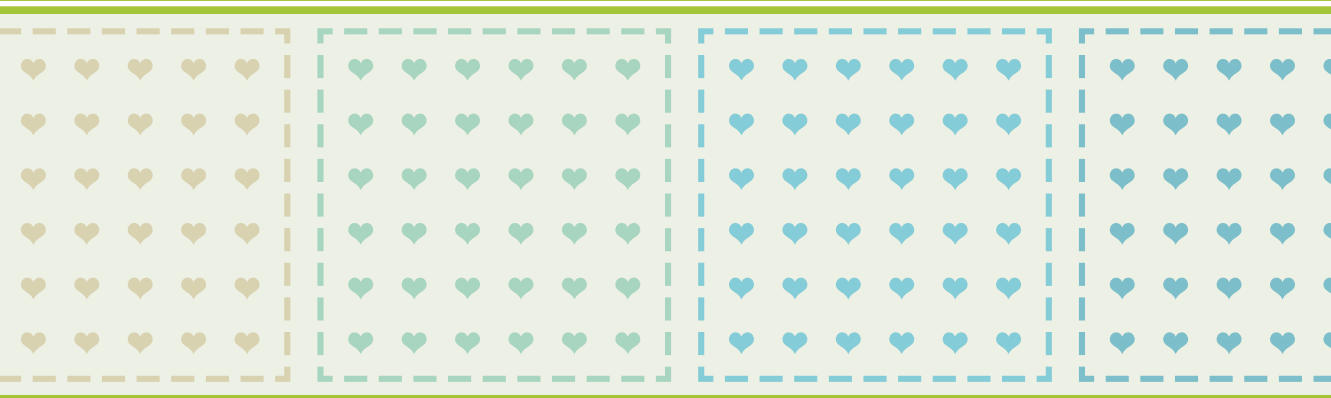
Det är oklart hur länge ESBL-bärarskapet varar. Vanligen försvinner bakterien ur kroppen inom några månader, men en del bär bakterien också längre. Det finns ingen bakterieavlägsnande behandling mot ESBL.

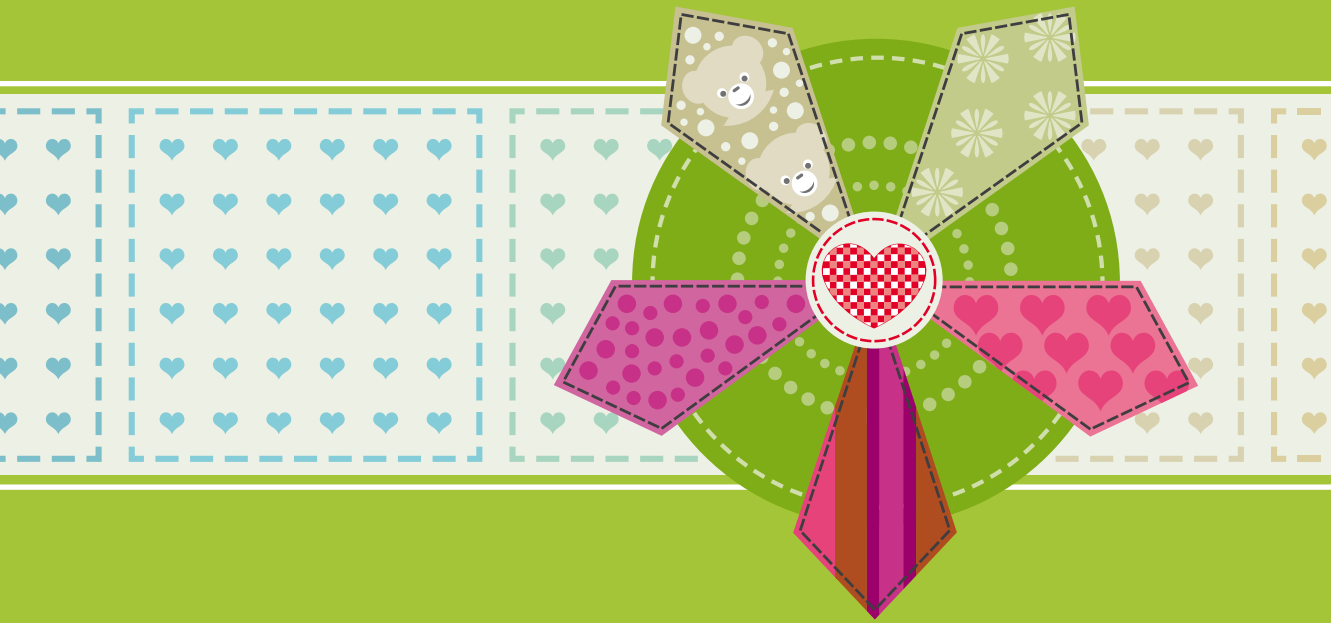
REKOMMENDATION

- ▶ Varje anställd inom hälso- och sjukvården ska vara insatt i de resistent bakterier som förekommer inom det egna området, de centrala metoderna för att förebygga dessa bakterier och anvisningarna för sjukhushygien.
 - ▶ Uppgifter om var gravida kvinnor och föderskor rest samlas in på rådgivningen.
 - ▶ I allmänhet behövs ingen kontaktisolering när gravida kvinnor som rest eller fått sjukvård i utlandet besöker rådgivningen, om inte en resistent bakterie redan tidigare har konstaterats.
 - ▶ Att resistent mikrober och andra sjukdomsalstrare överförs från en klient till en annan och till personalen förhindras genom god handhygien. Personalen ska helst inte använda handsmycken eller konstnaglar, eftersom de ökar mängden bakterier på händerna och försvagar desinfektionen.
 - ▶ Om den epikris som förlossningsvårdavdelningen sänder till rådgivningen innehåller en anteckning om att barnet har exponerats för MRSA, ska kontaktisolering iakttas vid undersökning av barnet. Om mamman bär på MRSA tas screeningprov av barnet i ett senare skede (t.ex. efter att amningen slutat), om de lokala anvisningarna så anger.
 - ▶ ESBL-bärare, också barnet om mamman är bärare, vårdas vanligen kontaktisolerat.
 - ▶ Barnet till en mamma som är ESBL-bärare genomgår vanligen inte screening för ESBL. Efter förlossningen räcker det med sedvanliga försiktighetsåtgärder eller kontaktisolering på rådgivningen.
 - ▶ I allmänhet slutar kontaktisoleringen för barnet till en ESBL-bärande mamma senast när barnsängstiden eller alternativt amningen slutar.
-
-

Källa

1. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. MRSA-asiantuntijatyöryhmän suositus. Ohje metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus*en torjunnasta. C1/2004.





11 EXTRA UPPFÖLJNING AV DEN GRAVIDA KVINNAN OCH FAMILJEN I SPECIALFALL

11.1 MÅNGKULTURELLA FAMILJER

Familjer som flyttat till Finland och par med två kulturer är en snabbt växande klientgrupp på mödrarådgivningarna, framför allt i de stora städerna. Största delen av de utländska medborgarna kommer från europeiska länder (inkl. Ryssland). Av alla invandrare har endast ungefär var tionde kommit till landet som flykting eller genom en asylprocess. Trots detta är invandrarna de mest sårbara i samhället.

De vanligaste orsakerna till inflyttningen anknyter till familjeförhållanden: man kommer till landet som partner eller barn antingen till en inflyttande person med samma ursprung eller till en finländare. Ofta har familjen och släkten en centralare roll i livet för inflyttade än för den infödda finländska befolkningen i genomsnitt. Detta anknyter till vissa kulturer och till att familjebanden stärks efter inflyttningen till ett nytt land.

För att säkerställa jämlikhet för alla ska mödrarådgivningen beakta invandrarnas mångfald och även det faktum att vissa specialgrupper har större hälsorisker än andra. Framför allt i huvudstadsregionen och i östra Finland ökar klienternas mångfald till följd av par som kommer från två olika kulturer.¹ Också nationella etniska minoriteter, såsom romer, samer och tatarer, skapar kulturell mångfald bland klienterna.

Epidemiologiska faktorer

Utgående från abortsiffrorna har de unga kvinnor som kommer från Estland, Kina och Afrika söder om Sahara (exkl. Somalia) fler icke-önskade graviditeter än de kvinnor som tillhör majoritetsbefolkningen.² Fler än varannan kvinna med rysk bakgrund har genomgått abort.³ Mindre än 12 procent av alla kvinnor med somalisk bakgrund i åldern 18–54 år använder preventivmedel, bland kvinnor med rysk eller kurdisk bakgrund är motsvarande andel 43 procent. Jämfört med majoritetsbefolkningen är hormonella preventivmedel klart ovanligare bland kvinnor med rysk bakgrund och användning av kondom klart ovanligare bland kvinnor med kurdisk bakgrund. Det är viktigt att mödrarådgivningen fäster tillräcklig vikt vid olika alternativa preventivmetoder efter förlossningen.

Framför allt kvinnor med afrikansk bakgrund har fler hälsoproblem under graviditeten och problem vid förlossningen än de kvinnor som tillhör majoritetsbefolkningen. Perinatale dödsfall är mer sannolika bland dem än bland majoritetsbefolkningen, och likaså är låg födelsevikt och kejsarsnitt vanligare. Kvinnor med invandrabakgrund besöker mödrarådgivningen i genomsnitt lika flitigt som mammor med finländskt ursprung. Därför kan rådgivningens klientorienterade verksamhet betydligt förbättra hälsan framför allt hos kvinnor och barn med afrikansk bakgrund.³⁻⁴ De risker som an-

knyter till graviditeten och förlossningen är dock inte alltid större hos invandrare än hos majoritetsbefolkningen.

I många europeiska länder har man observerat att det förekommer fler hiv-positiva bland invandrare än bland majoritetsbefolkningen, men för Finlands del saknas heltäckande uppgifter. Kunskaperna om hiv är bristfälliga, åtminstone bland personer med kurdisk eller somalisk bakgrund.⁵ Hos gravida kvinnor med mörkt pigment är det särskilt viktigt att beakta en tillräcklig tillförsel av D-vitamin, eftersom forskning har visat att upp till 80–90 procent av alla somaliska och kurdiska kvinnor i Finland lider av en låg D-vitaminhalt i serum.^{6–7}

Bland kvinnor födda till exempel i Egypten, Etiopien, Somalia och Sudan finns det sådana som genomgått könsstympning, och då krävs särskild finkänslighet av personalen. Totalt 70 procent av alla kvinnor med somalisk bakgrund uppger att de genomgått könsstympning.⁸ Könsstympning är också vanligt bland kvinnor med kurdisk bakgrund, och nästan en tredjedel av dem uppger att de genomgått könsstympning. Rådgivningsarbete mot könsstympning behövs också i andra grupper än bland somalierna.

Det finns många olika typer av könsstympning, och kvinnorna kanske inte alltid vet hur omfattande ingreppet har varit.⁹ Eftersom de kvinnor som genomgått könsstympning upplever att de är sårbara när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster,^{10–11} ska de bemötas på ett särskilt finkänsligt och individuellt sätt.^{12–13} Om könsstympningen försvårar uppföljningen av graviditeten eller den kommande förlossningen rekommenderas en öppningsoperation i andra trimestern. Trots att ämnet är känsligt är det viktigt att inte på grund av försynthet låta bli att ta upp frågan och eventuella effekter på förlossningen och flickors hälsa. Det är viktigt att tröskeln för att göra en barnskyddsanmälan är låg om du misstänker att könsstympning av ett barn planeras. Gör också en barnskyddsanmälan om du misstänker att ett barn som bor i Finland redan genomgått könsstympning, i Finland eller utomlands.¹³

Kulturella skillnader och psykosociala faktorer

Rådgivningsklienternas kulturella bakgrund och utbildning påverkar deras uppfattningar i frågor som anses vara självklara, till exempel faktorer som inverkar på fostrets utveckling, sex eller kost under graviditeten. Många finländska vanor väcker förundran hos invandrare. Hos en del kan de grundläggande kunskaperna om människans anatomi och fysiologi vara bristfälliga.¹⁴ Dialog är en bättre utgångspunkt för rådgivningen än att döma klienten. De anställda på rådgivningen behöver inte särskilt sätta sig in i alla kulturers särdrag, men de ska vara beredda på att ställa frågor, lyssna och lära sig i växelverkan med de gravida kvinnorna och deras partner.

Amning är inte en självklarhet efter invandring, inte heller i det fallet att mamman kommer från en stark amningskultur. Ryska, somaliska och kurdiska mammor ammar sitt yngsta barn i genomsnitt längre än ett halvår.³ Invandrarkvinnor har sällan ett sådant nätverk av släktingar i Finland som de behöver för att få stöd för amningen. Det behövs mycket personlig handledning för amningen och vid amningsproblem.

Personer som kommer från länder utanför Norden kan uppfatta relationerna mellan kvinnor och män på annat sätt än vad vi gör här. Det är viktigt att uppmuntra invandrapappor att delta i rådgivningens återkommande undersökningar och i familjeträningen och att kalla dem till rådgivningen. I en svensk undersökning observerades att män som kommit från Mellanöstern är villiga att delta i familjeträning och rådgivningsbesök om de känner sig accepterade i dessa miljöer.¹⁵ Om kvinnan inte kan språket har mannen en central roll i att stödja sin partner när frågor som gäller den sexuella hälsan diskuteras.

Att flytta från ett land till ett annat innebär alltid stress med att anpassa sig. Många har dessutom ekonomiska bekymmer och svårigheter att få arbete, och saknar kanske sociala relationer till det omgivande samhället. En del invandrargrupper, till exempel kvinnor med rysk eller kurdisk bakgrund, lider klart oftare av allvarliga depressions- och ångestsymtom än majoritetsbefolkningen.¹⁶ Sårbarheten i invandrarkvinnornas psykiska hälsa ska beaktas också i arbetet på mödrarådgivningarna.

Växelverkan

De svårigheter som kan vara förknippade med att anlita tjänster eller att främja välbefinnandet inom hälsovården beror inte alltid enbart på kulturella och religiösa skillnader.¹⁷ Det är överhuvudtaget svårt att behandla intima frågor på ett främmande språk och i en främmande miljö. Det är inte heller problemfritt att anlita tolktjänster i frågor som gäller den sexuella hälsan. Vårdpersonalen måste ha en multinationell (transnationell) kompetens och färdigheter i kulturell växelverkan. Detta innebär attityder som stödjer jämlikhet, kunskap om inflyttningsprocessens inverkan på familjerna och praktiska rutiner, till exempel när det gäller att anlita en tolk.¹⁸

Vid mötet med personer som lever i en parrelation med två kulturer är det viktigt att beakta den andra partners kulturella bakgrund och ett eventuellt särskilt stödbehov. Dessa par måste mer än vanligt diskutera praktiska val och värderingar som anknyter till föräldraskapet.¹ Se också till att den utländska partners informationsbehov och synpunkter beaktas.

En person som levt i ett främmande samhälle känner nödvändigtvis inte till de tillvägagångssätt inom hälso- och sjukvården som behövs för att en framgångsrik klientrelation ska kunna skapas på den finländska rådgivningen. Många invandrare och representanter för etniska minoriteter uppfattar att de anställda inom hälso- och sjukvården i första hand är maktutövare och inte serviceleverantörer. Detta kan återspeglas i form av misstro eller rädsla för att avslöja familjeangelägenheter för rådgivningspersonalen. Det tar tid att bygga upp ett förtroende.

REKOMMENDATION

- ▶ För invandrarpar som talar främmande språk reserveras i mån av möjlighet en mottagningstid som är 1,5 gånger längre än vanligt på mödrarådgivningen.
- ▶ Om de personer som deltar i diskussionen inte har något gemensamt språk, tillkallas alltid en tolk. Familjens barn ska inte anlitas som tolkar på mödrarådgivningen. Kom också ihåg möjligheten till distans-tolkning.
- ▶ När du samtalar med par som har en annan kulturell bakgrund ska du modigt ta upp frågor kring deras åsikter om graviditeten, hälsovanor, åtgärder och undersökningar.
- ▶ Uppmuntra framför allt pappor som flyttat från utlandet och pappor i etniska minoriteter att komma med till mödrarådgivningen och familjeträningen.
- ▶ Familjeträning ordnas efter behov och i mån av möjlighet också på andra språk än på finska.

Källor

1. Lainiala L, Säävälä M. 2012. Rakkautta, rikkautta ja ristiriitoja. Suomalaisten solmimat kaksikulttuuriset avioliitot. Perhebarometri 2012. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E 46. Helsinki: Väestöliitto.
2. Malin M, Gissler M. 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. Finnish Journal of Ethnicity and Migration 3(1), 2–12.
3. Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 134–140.
4. Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 9:84. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>
5. Liitsola K, Kivelä P, Tiittala P. 2012. HIV-tietoisuus. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 117–120.
6. Islam MZ, Viljakainen HT, Kärkkäinen MU, Saarnio E, Laitinen K, Lamberg-Allardt C. 2011. Prevalence of vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism during winter in premenopausal Bangladeshi and Somali immigrant and ethnic Finnish women: associations with forearm bone mineral density. British Journal of Nutrition 9, 1–7.
7. Jääskeläinen, T, Lamberg-Allardt, C, Koponen, P, Laatikainen, T. 2012. D-vitamiini ja hemoglobiini. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 105–109.
8. Koponen P, Mölsä M. 2012. Naisten ympärileikkaus. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.
9. Litorp H, Franck M, Almroth L. 2008. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand 87(7), 716–22.

10. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. 2006. Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs* 17(1), 50–7.
11. Tiilikainen, M. 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
12. Ihmisoikeusliitto 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. Tiilikainen M. http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/kokonainenohjeistus.pdf.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimenpiteet 2012/2016 (FGM). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:8. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21903.pdf.
14. Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys edistäminen. Toimintasuunnitelma 15.9.2009. <https://vaestoliitto-fibin.directo.fi/@Bin/317002928f913f87b9878f1130e5cf14/1320148855/application/pdf/310289/Maahanmuuttajien%20seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys%20%2024%2011.pdf>.
15. Ny P, Plantin L, Dejin-Karlsson E, Dykes AK. 2008. The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: Focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* 24(3), 281–90.
16. Castaneda AE, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Halla T, Mölsä M, Suvisaari J. 2012. Psykkiset oireet. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 145–150.
17. Sainola-Rodriguez K. 2009. Transnationaalinen osaaminen: Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172. Kuopio: Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos.
18. Hammar-Suutari, S. 2009. Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoiminnan etnografia. Joensuun yliopisto, Karjalan tutkimuslaitos.

11.2 SÄRDRAG SOM BEROR PÅ DEN GRAVIDA KVINNANS ÅLDER

Åldern är en av de viktigaste enskilda faktorerna som påverkar graviditetens början och förlopp, förlossningen och det nyfödda barnets hälsa. De särdrag som beror på kvinnans ålder anknuter till både mycket unga och äldre föderskor.

Medelåldern bland föderskor i Finland har länge varit cirka 30 år.¹ Medelåldern bland förstföderskor har stigit i jämn takt men varierat regionalt. År 2011 var medelåldern i hela landet 28 år. Antalet tonårsgraviditeter är lågt. År 2011 var 2 procent av alla föderskor yngre än 20 år.¹

Andelen föderskor som fyllt 35 år har ökat.¹ År 1987 hade 13 procent av alla föderskor fyllt 35 år och år 2011 var motsvarande andel 19 procent. År 2011 hade 10 procent av alla förstföderskor fyllt 35 år. Också antalet föderskor som fyllt 40 år har ökat: år 2011 var andelen cirka 4 procent av alla föderskor.

Tonårsmammor

De negativa kort- och långtidseffekterna av att bli mamma i tonåren har redan länge varit kända.² Tidigare ansågs problemen hos mamman och barnet bero på mammans unga ålder. Under de två senaste årtiondena har man dock kommit fram till att problemen i första hand beror på många olika slags socioekonomiska bakgrundsfaktorer.^{3–4} En tonårsgraviditet medför en förhöjd risk för vissa missbildningar, såsom gastroschis

(defekt i bukväggen),⁵ och störningar i fostrets tillväxt, låg födelsevikt, för tidig förlossning och dödlighet bland nyfödda.⁶ Orsakerna kan vara biologisk omognad, levnadsvanor eller att mamman inte anlitar mödravårdens tjänster i tillräcklig utsträckning.

I tabell 1 finns en sammanställning av de särdrag som anknyter till unga gravida kvinnor och/eller föderskor. Förutom amningshandledning är också kostrådgivning under graviditeten särskilt viktigt för unga gravida kvinnor, eftersom en bristfällig kost kan ha en skadlig inverkan på fostrets tillväxt och utveckling, förlossningskomplikationer och barnets och mammans framtida hälsa.⁷ Preventivrådgivning är viktigt eftersom över 90 procent av alla graviditeter bland tonåringar är oplanerade.

TABELL 1. Särdrag som anknyter till unga gravida kvinnor och föderskor

Positiva faktorer som anknyter till den unga åldern	Negativa faktorer som anknyter till den unga åldern
De första förlossningarna är lättare och förlossningskomplikationer ovanligare ²	Högre risk för fosterdöd (standardiserat RR 1,4) ⁶
Övervikt ovanligare ⁶	Anemi vanligare (standardiserat RR 1,3) ^{6,8}
Diabetes ovanligare ⁶	Användning av tobak vanligare: 50 procent använder tobak i början av graviditeten ¹
Färre kejsarsnitt: 11 procent år 2011	Amning ovanligare (en femtedel ammar inte alls) och då amning förekommer är amningstiden kortare (endast en femtedel ammar barn i åldern 6 månader)
Vaginala förlossningar som kräver ingrepp ovanligare ⁸	Bakgrundsfaktorer ofta sämre social situation, missbruk och otillräckligt socialt stöd ²
Lägre risk för preeklampsi (standardiserat RR 0,008) ⁸	
Lägre risk för blödning efter förlossningen (standardiserat RR 0,81) ⁸	

RR= Risk Ratio, risktal

Graviditet och förlossning bland kvinnor som fyllt 35 år

Med beaktande av bakgrundsfaktorerna har kvinnor i åldern 35–39 år, framför allt förstföderskor, en 1,1–2,0-faldig risk för de hälsoproblem som presenteras i tabell 2.^{3, 9–15} Hos omföderskor är riskerna i regel lägre än hos förstföderskor.

Hos kvinnor som fyllt 40 år är risken redan 1,5–3,0-faldig jämfört med yngre gravida kvinnor eller föderskor (tabell 2).^{3, 9–13, 15–16} Man har observerat att risken för perinatal dödlighet är störst i slutet av graviditeten. Hos äldre gravida kvinnor börjar risken öka i tidigare graviditetsveckor: kvinnor över 40 år löper samma risk för fosterdöd i graviditetsvecka 39 som kvinnor i åldern 25–29 år löper i graviditetsvecka 41.¹⁶ Hos förstföderskor som fyllt 40 år är riskerna dubbelt så stora som hos omföderskor i samma ålder.

TABELL 2. Hälsoproblem som anknyter till graviditet, förlossning och nyfödda hos kvinnor i åldern 35–39 år och kvinnor som fyllt 40 år

Kvinnor i åldern 35–39 år	Kvinnor som fyllt 40 år
Kroniska sjukdomar	Kroniska sjukdomar
Graviditetsdiabetes	Graviditetsdiabetes
Graviditetshypertoni	Preeklampsi
Igångsättande av förlossning	Problem när moderkakan fäster sig
Flera besök på rådgivningen och polikliniken under graviditeten	Flera besök på rådgivningen och polikliniken under graviditeten
Sjukhusvård under graviditeten	Sjukhusvård under graviditeten
Kejsarsnitt	Kejsarsnitt
(Mycket) för tidiga förlossningar (< gv 28, 32, 37)	Låga Apgar-poäng hos det nyfödda barnet
Nyfödda med (mycket) låg födelsevikt (< 1 500 g, 2 500 g)	(Mycket) för tidiga förlossningar (< gv 28, 32, 37)
Intensivvård eller observation av det nyfödda barnet	Nyfödda med (mycket) låg födelsevikt (< 1 500 g, 2 500 g)
	Intensivvård eller observation av det nyfödda barnet
	Perinatal dödlighet

Kromosomavvikelserna, framför allt trisomi, ökar med kvinnans ålder.⁵ Åldern påverkar knappast alls förekomsten av de flesta anatomiska avvikelserna.

Gravida kvinnor över 35 år rapporterar färre typiska graviditetsbesvär än vad yngre gravida kvinnor gör, men besvären är oftare långvariga, såsom åderbrock, hemorrojder och karpaltunnelsyndrom; med beaktande av bakgrundsfaktorerna är risken 1,3–1,8-faldig.¹⁷

De flesta problemen uppkommer inte i någon särskild ålder. En del av problemen hos förstföderskor ökar klart redan från och med 25 års ålder (t.ex. kejsarsnitt), en del så småningom från och med 25–26 års ålder (igångsättande av förlossningen, för tidig förlossning, låg födelsevikt och behov av intensivvård och observation av det nyfödda barnet) eller snabbt från och med 31–34 års ålder (diabetes och hypertoni).

Man har observerat att kvinnor som fyllt 35 år, framför allt förstföderskor, förbereder sig noggrant inför graviditeten oftare än vad unga gravida kvinnor gör, till exempel genom att följa en hälsosam kost och motionera tillräckligt och genom att självständigt skaffa information om graviditeten och dess förlopp.¹⁸ Tobak är klart ovanligare i denna grupp än bland yngre kvinnor. År 2011 uppgav knappt 10 procent att de rökte i början av graviditeten och en tredjedel att de slutat röka under graviditeten.¹

En del äldre gravida kvinnor känner ångest för att bli stämplad som riskföderska, men vill å andra sidan ha all tillgänglig information och värdesätter den information som yrkespersonalen delar med sig.¹⁸ Äldre gravida kvinnor kan känna mer oro över sin egen och barnets hälsa än yngre gravida kvinnor gör. De upplever graviditeten ut-

tryckligen som en psykisk angelägenhet och vill ha stöd och möjlighet till samtal. Man har observerat att de förhåller sig positivare till förlossningen än yngre kvinnor, men att de efteråt bedömer graviditetsupplevelsen som svårare än de yngre kvinnorna.¹⁹

REKOMMENDATION

- ▶ På mödrarådgivningen ska en ung gravid kvinna vid behov få stöd för att ändra sina levnadsvanor. Det framtida behovet av preventivmedel kan diskuteras redan under graviditeten.
 - ▶ Framför allt när det gäller unga gravida kvinnor är det viktigt att kartlägga det sociala stödnätet och vid behov samarbeta med socialvården. Fäst uppmärksamhet vid eventuella symtom på depression redan under graviditeten.
 - ▶ Rådgivningarna kan ordna familjeträning riktad till unga gravida kvinnor. Styr vid behov den unga gravida kvinnan till rådgivningens familjearbete, fostrings- och familjerådgivningen eller till någon annan psykolog för familjer med spädbarn.
 - ▶ Eftersom det inte går att definiera en viss riskfylld ålder då problem uppkommer, utgår uppföljningen av äldre gravida kvinnor från noggranna förhandsuppgifter, uppgifter om hur den gravida kvinnan mår och det identifierade behovet.
 - ▶ Hos kvinnor över 40 år, framför allt förstföderskor, kan graviditeten på basis av åldern betraktas som en riskgraviditet och följas upp utgående från det.
 - ▶ Kroniska sjukdomar ska följas upp och behandlas enligt särskilda anvisningar (se kap. Kroniska sjukdomar).
 - ▶ Beakta de särskilda önskemål om diskussioner och särskilt stöd som äldre gravida kvinnor har, till exempel genom att reservera längre mottagningstider än normalt.
 - ▶ Både väldigt unga och äldre gravida kvinnor remitteras till moderskapspolikliniken utgående från givna kriterier (se kap. Samarbete), och behovet av extra besök på rådgivningen övervägs individuellt.
-
-

Källor

1. Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistisk rapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>
2. Halonen M, Apter D. 2010. Teiniraskauden ja äitityden moninaiset haasteet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (8), 881–887.
3. Hemminki E, Gissler M. 1996. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland 1991. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 75(1), 9–27.

4. Hoffman SD. 1998. Teenage childbearing is not so bad after all... or is it? A review of the new literature. *Fam Plann Perspect* 30, 236–239.
5. Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P. ja asiantuntijaryhmä. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. *FinOHTAn raportti* 27/2005. Stakes.
6. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. 2006. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *European Journal of Public Health* 16(2), 157–161.
7. Henrickson T. 2006. Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition Reviews* 64(5), 519–523.
8. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. 2009. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 147(2), 151–156.
9. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. 2004. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 104, 727–33.
10. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J. 2005. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 105, 983–90.
11. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. 2005. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 105, 1410–1418.
12. Hoffman C, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A, González-Quintero VH. 2007. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol* May 2007.
13. Luke B, Brown MB. 2007. Elevated risk of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod* 22, 1264–72.
14. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen AN. 2012. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update* 18, 29–43.
15. Klemetti R, Gissler M, Sainio S, Hemminki E. 2013. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG*, 001:10. 1111/4771–0528.
16. Sainio S, Klemetti R, Hemminki E, Gissler M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *SLL* 39, 3129–34.
17. Klemetti R, Kurinczuk JJ, Redshaw M. 2010. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Nov 26.
18. Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. 2009. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal* 3, 33–38.
19. Zaslouff E, Schytt E, Waldenström. 2007. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86, 1328–36.

11.3 ASSISTERAD BEFRUKTNING

Ungefär en sjuandedel av alla par har upplevt ofrivillig barnlöshet, och allt fler barn föds i Finland med hjälp av olika barnlöshetsbehandlingar.¹ Lagen om assisterad befruktning från 2007 och Social- och hälsovårdsministeriets anknäytande förordning förpliktar tillhandahållare av tjänster att lämna uppgifter om behandlingarna till THL för övervakning, uppföljning och statistikföring.^{2–3} Lagen om assisterad befruktning begränsar inte möjligheten till behandling på grund av kvinnans ålder, sexuella läggning eller civilstånd.² Årlig statistik tas fram om assisterad befruktning, insemination och provrörsbefruktning (in vitro-fertilisering, IVF) som kan innefatta mikroinjektion (ICSI) eller insättning av fryst embryo (FET). En graviditet kan också börja med hjälp av stimulerad ägglossning, utan egentliga fertilitetsbehandlingar, eller med hjälp av andra barnlöshetsbehandlingar, såsom operativa ingrepp som förbättrar fertiliteten. Dessa behandlingar statistikförs inte, och det finns nästan inga forskningsrön om ämnet.

Assisterad befruktning kan ske med parets egna eller med donerade äggceller, spermier och embryon. Vid in vitro-maturation (IVM) mognar äggcellerna längre, och

embryodiagnostik (pre-implantation genetic diagnosis, PGD) innebär att man gör en genetisk undersökning av embryot (eller äggcellen) före embryot sätts in. År 2011 påbörjades sammanlagt cirka 14 460 assisterade befruktningar i Finland och dessa gav upphov till sammanlagt cirka 3 150 graviditeter och cirka 2 540 födda barn, vilket är ungefär fyra procent av alla födda barn.⁴ Nästan 16 procent av alla assisterade befruktningar år 2011 genomfördes med donerade könsceller.

Assisterad befruktning medför en relativt stor sannolikhet för flerbördsgraviditet. I Finland är största delen av alla insättningar sådana med ett embryo (65 %), vilket betyder att andelen flerbördsgraviditeter internationellt sett är låg.⁴ Också stimulerad ägglossning medför en förhöjd risk för flerbördsgraviditet. Bland de kvinnor som fått fertilitetsbehandling var cirka 6 procent av förlossningarna år 2011 flerbördsförlossningar, medan motsvarande andel av alla förlossningar var 1,5 procent. Vid fertilitetsbehandling är flerbörd den viktigaste faktorn som påverkar både graviditetsförloppet och mammans, fostrens och de nyfödda barnens hälsa.⁵⁻⁶ De flesta undersökningarna har visat att de risker som anknyter till flerbördsgraviditeter, förlossningar och de nyföddas hälsa vid IVF-behandling i regel kan jämföras med riskerna vid spontana flerbördsgraviditeter (se kap. Flerbördsgraviditet). För tidig förlossning (med beaktande av mammans bakgrundsfaktorer är risken 1,3–1,6-faldig), låg födelsevikt (1,4-faldig), kejsarsnitt (1,3-faldig) och intensivvård (2,7-faldig) är dock vanligare vid IVF-flerbördsgraviditeter än vid spontana flerbördsgraviditeter.^{5, 7-8}

IVF-graviditeter med endast ett foster förlöper i regel problemfritt, och största delen av de nyfödda mår bra. Dessa graviditeter är dock förknippade med en något förhöjd risk för olika problem (tabell 1).^{6, 8, 10-13} Problem under graviditeten har lett till ett

TABELL 1. Hälsoproblem vid en enkelbördsgraviditet som börjat genom assisterad befruktning jämfört med spontana enkelbördsgraviditeter (standardiserad relativ risk, OR, som visar hur många gånger större risken är jämfört med spontana graviditeter, då olika bakgrundsfaktorer hos kvinnor beaktas)^{6, 8, 10-13}

Problem under graviditeten eller förlossningen	OR	Problem hos det nyfödda barnet	OR
Blödning under graviditeten	4,5	För tidig förlossning (< gv 32) (< gv 37)	1,7–2,1 1,5–2,0
Förhöjt blodtryck under graviditeten	1,5	Låg födelsevikt (< 1 500 g) (< 2 500 g)	1,9–2,2 1,6
Graviditetsdiabetes	1,5	SGA**	1,4
Föreliggande moderkaka	3,7–3,8	Intensivvård av det nyfödda barnet	1,4–1,6
Igångsättande av förlossning	1,2–1,4	Medfödda missbildningar	1,4–1,7
Kejsarsnitt	1,4–1,6	Perinatal dödlighet	1,9
PROM*	1,2–2,5		
Blödning under förlossningen	1,2		

*PROM = Premature rupture of membranes, fosterhinnan spricker för tidigt

**SGA = Small for gestational age, barnet är litet vid födseln i relation till graviditetsveckorna

ökat behov av sjukhusvård och sjukledigheter under graviditeten och sjukhusvård efter graviditeten, huvudsakligen på grund av blödningar.⁶ Problemen vid IVF-graviditeter och hos de nyfödda har minskat under de senaste åren, vilket till största delen beror på att antalet flerbördsgraviditeter minskat, men också i samband med enkelbördsgraviditeter har problemen minskat något.¹⁴⁻¹⁵

Kvinnor som blir gravida med hjälp av donerade äggceller eller embryon lider något oftare av hypertoni och blödning under graviditeten än kvinnor som blir gravida med hjälp av sina egna äggceller.¹⁶ De kvinnor som donerar äggceller är vanligen yngre än mottagarna. Åldersskillnaden kan orsaka ett falskt positivt resultat vid fosterscreeningen och därigenom ge upphov till onödigt oro och onödiga fortsatta undersökningar.¹ Under de senaste åren har ny kunskap framkommit om vilken betydelse frysningen av embryon har för graviditeten och de nyföddas hälsa. Enligt denna kunskap är hälsoproblem ovanligare vid graviditeter som börjat med hjälp av ett fryst embryo än vid användning av färska embryon.¹⁷

Det finns endast få nya forskningsrön om vilken betydelse mognadsbehandling av äggstockar och insemination har för den gravida kvinnans, föderskans och fostrets eller det nyfödda barnets hälsa.¹⁸⁻²⁰ Största delen av graviditeterna förlöper bra. Riskerna för för tidig förlossning, låg födelsevikt, intensivvård och medfödda missbildningar är något högre än vid spontana graviditeter (standardiserad relativ risk 1,2), men lägre än vid IVF-graviditeter (tabell 1).

Fertilitetsbehandlingar är både fysiskt och psykiskt ansträngande.¹³ Kvinnan eller paret har kanske velat ha barn i flera år och genomgått flera behandlingar och missfall. En del av de kvinnor som genomgått behandlingar säger att de upplevt både ångest och depression, och en del av de gravida kvinnorna är särskilt oroliga över hur det ofödda barnet mår och om det ska klara sig. De emotionella banden utformas på samma sätt som mellan andra mammor och barn.

Om en gravid kvinna länge varit ofrivilligt barnlös, kan hon ha en något förhöjd risk bland annat för för tidig förlossning och för att föda ett barn med låg födelsevikt, även i det fallet att hon inte genomgått fertilitetsbehandlingar.²¹ De uppgifter som rådgivningen har om att en kvinna blivit gravid efter att ha upplevt barnlöshet och/eller med hjälp av assisterad befruktning baserar sig på de förhandsuppgifter som den gravida kvinnan har uppgett. Även om en del gravida kvinnor upplever att det är svårt att tala om barnlöshet och behandlingar, och även om största delen av graviditeterna förlöper utan större problem, är det viktigt att rådgivningspersonalen är medveten om situationen så att graviditeten kan följas upp på ett ändamålsenligt sätt och den gravida kvinnan vid behov får stöd.¹

REKOMMENDATION

- ▶ En enkelbördsgravitet som börjat genom assisterad befruktning eller annan barnlöshetsbehandling följs upp på rådgivningen, om den gravida kvinnan är frisk och hennes eller fostrets välbefinnande inte kräver uppföljning på moderskapspolikliniken (se remisspraxis i kap. Samarbete) eller den klinik som genomfört behandlingen. Flerbördsgraviteter följs upp på rådgivningen och moderskapspolikliniken i enlighet med programmet för uppföljning av flerbördsgraviteter (se kap. Flerbördsgravitet).
- ▶ Gravida kvinnor som genomgått assisterad befruktning och/eller (länge) varit ofrivilligt barnlösa kan behöva mer stöd än vanligt och en möjlighet till att samtala framför allt i början av graviditeten. Detta kan ske antingen genom extra besök som övervägs individuellt, genom att reservera längre mottagningstider än vanligt och/eller genom att arrangera stöd i grupper av personer i samma situation. Ge dessutom information om föreningen för barnlösa, Lapsettomien yhdistys Simpukka ry (www.simpukka.info), där gravida kvinnor själv kan söka stöd av personer i samma situation.

Källor

1. Aitokallio-Tallberg A. 2012. Lapsettomuuspöytäkirja raskauden seuranta neuvolassa. Suomen Lääkärilehti 67:2072–2075.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2006. Lag om assisterad befruktning 1237/2006. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om assisterad befruktning 825/2007. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2007/20070825>
4. Heino, Anna; Gissler, Mika, 2013. Assisterad befruktning 2011–2012. Statistikrapport 13/2013. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201305243725>
5. McDonald S, Murphy K, Beyene J, Ohlsson A. 2005. Perinatal outcomes of in vitro fertilization twins: A systematic review and meta-analysis. *AJOG* 193, 141–152.
6. Källén B. 2008. Maternal morbidity and mortality in in-vitro fertilization. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22, 549–558.
7. Verstraelen H, Goetghebeur S, Derom C, Vansteelandt S, Derom R, Goetghebeur E, Temmerman M. 2005. Preterm birth in twins after subfertility treatment: population based cohort study. *BMJ* 19, 331(7526), 1173. Epub 2005 Oct 25.
8. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. 2006. Health of Children Born as a Result of In Vitro Fertilization. *Pediatrics* 118, 1819–1827.
9. Hansen M, Colvin L, Petterson B, Kurinczuk JJ, de Klerk N, Bower C. 2009. Twins born following assisted reproductive technology: perinatal outcome and admission to hospital. *Human Reproduction* 24, 2321–2331.
10. Pandey S, Shetty A, Bhattacharya S, Maheswari A. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 18, 485–503.
11. Källén B, Finnström O, Nygren KG, Otterblad Olausson P, Wennerholm UB. 2005. In vitro fertilization in Sweden: obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG* 112, 1529–1535.
12. Gelbaya TA. 2010. Risks to women of IVF. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Human Fertility* 13, 19–27.

13. Hansen M, Bower C, Kurinczuk JJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. 2013. Assisted reproductive technologies and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update Advance Access* Feb 28.
14. Klemetti R, Gissler M, Hemminki E. 2002. Comparison of perinatal health of children born from in vitro fertilization in Finland in the early and late 1990s. *Human Reproduction* 17, 2192–2198.
15. Källén B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Otterblad Olausson P. 2010. Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Human Reproduction* 25, 1026–1034.
16. van der Hoorn MLP, Lashley ELO, Bianchi DW, Claas FHJ, Schonkeren CMC, Scherjon SA. 2010. Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review. *Human Reproduction Update* 16, 704–712.
17. Maheswari A, Pandey S, Ashalatha S, Hamilton M, Bhattacharya S. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from the transfer of frozen thawed versus fresh embryos generated through in vitro fertilization treatment: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 98, 368–377.
18. Källén B, Otterblad Olausson P, Nygren KG. 2002. Neonatal outcome in pregnancies from ovarian stimulation. *Obstet Gynecol* 100, 414–419.
19. Ombelet W, Martens G, De Sutter P, Gerris J, Bosmans E, Ruysinck G, Defoort P, Molenberghs G, Gyselaers W. 2006. Perinatal outcome of 12 021 singleton and 3108 twin births after non-IVF-assisted reproduction: a cohort study. *Hum Reprod* 21, 1025–1032.
20. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. 2010. Health of children born after ovulation induction. *Fertil Steril* 93, 1157–1168.
21. Messerlian C, Maclagan L, Basso O. 2013. Infertility and the risk of adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 28, 125–137.

11.4 FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH GRAVIDITET

”Personer med funktionsnedsättning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.”¹ FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning framhäver dessa personers rätt att på lika villkor som andra människor bilda familj och bestämma antalet barn och tidsrymden mellan havandeskapan.^{1–3}

En funktionsnedsättning är inte nödvändigtvis den viktigaste och mest avgörande faktorn i familjedynamiken, men kan medföra särdrag när personen växer in i rollen som förälder. Graviditeten och förlossningen kan vara förknippad med medicinska risker och begränsningar som gäller mamman och barnet,^{4–5} och därför kan det vara bra att redan när en graviditet planeras hänvisa kvinnan till en läkare eller andra experter för att diskutera graviditeten och faktorer som anknyter till den. Att gå igenom eventuella risker och praktiska problem på förhand hjälper kvinnan att fatta beslut och bidrar till att kvinnan kan känna sig lycklig under en eventuell graviditet.

Hälsorådgivning och stöd på mödrarådgivningen

Att en person har en funktionsnedsättning förutsätter inte nödvändigtvis särskild service eller särskilda åtgärder på mödrarådgivningen, men föräldrarna kan behöva särskilt stöd och extra hjälp både under graviditeten och efter förlossningen.^{6–7} Vanligen kan personen själv berätta i hordana situationer han eller hon behöver extra stöd och

hjälp. Det centrala är att mödravårdens tjänster är tillgängliga för alla; att avlägsna fysiska, kommunikativa och attitydmässiga hinder förbättrar servicen för alla klienter. En engelsk studie har visat att mammor som har en funktionsnedsättning eller en långvarig begränsande sjukdom besöker mödrarådgivningen oftare än andra mammor både under graviditeten och efter förlossningen.⁶ Vid uppföljningen av graviditeten och under förlossningen upplever de oftare än andra mammor sådana situationer då de inte förstår vad som sägs eller menas. De ammar mer sällan än andra mammor. Forskarnas slutsats är därför att man måste fästa allt större vikt vid kommunikationen med sådana mammor som har en funktionsnedsättning.

Vid den omfattande hälsoundersökning som görs på mödrarådgivningen undersöks den gravida kvinnans och fostrets hälsotillstånd, men också hela familjens välbefinnande klarläggs genom en intervju och vid behov med andra metoder. Annat stöd som familjen får av mödrarådgivningen är hembesök och extra besök som ordnas vid behov, förlängda mottagningstider, familjeträning och en individuell plan för hälsan och välbefinnandet som utarbetas tillsammans med familjen.⁸ Ett multiprofessionellt samarbete med olika aktörer kan behövas. Till exempel vid planeringen av förlossningen kan det finnas samarbete med förlossningssjukhusets personal.

På rådgivningsmottagningen klarläggs behovet av assistent- eller tolkningstjänster. Mottagningens lokaler ska vara framkomliga och lättillgängliga. Undersökingsbordet ska kunna sänkas tillräckligt lågt så att det är lätt och tryggt att förflytta sig till bordet i olika situationer. Den information som mödrarådgivningen delar ut ska vara tillgänglig också i alternativa format. Om en synskadad klient behöver material i punktskrift, i förstorad text eller som ljudinspelning, finns det tjänster för modifiering av materialet vid Synskadades Centralförbunds tryckeri och inspelningsstudio.

Efter barnets födelse

Ibland kan föräldern ta upp frågan eller också kan den anställda märka att föräldern behöver stöd eller hjälp till exempel i de praktiska vårdsysslorna och för att förstå barns signaler. Stöd kan också behövas för parrelationen eller för att orka. I det fallet ska rådgivningen tillsammans med föräldrarna fundera över hur familjens behov ska kunna beaktas på bästa sätt och styra familjen till de tjänster som behövs. Möjliga stödåtgärder kan till exempel vara hjälpmedel, kommunens hemtjänst för barnfamiljer eller familjearbete, tjänster av en fysioterapeut, ergoterapeut eller psykolog, personlig assistans och andra allmänna tjänster riktade till familjer. Vid behov kan en serviceplan utarbetas vid kommunens tjänster för personer med funktionsnedsättning tillsammans med familjen.

I alla planer och åtgärder ska familjens egna önskemål och alternativa lösningar beaktas. Då barnet och familjen växer kan stödbehoven variera, och det stöd som ges ska på ett smidigt sätt anpassas till förändringar i familjens livssituation och behov.⁸⁻⁹

REKOMMENDATION

- ▶ Om den gravida kvinnan har en begränsning som gäller kommunikationen (t.ex. hörsel- eller synskada), är det viktigt att fästa särskild vikt vid smidig kommunikation och tydlighet.
- ▶ Konkreta metoder för att stödja en familj eller familjemedlem som lider av en funktionsnedsättning är till exempel extra besök, förlängda besökstider, möjlighet att få material om hälsorådgivning och hälsofostran i olika alternativa former, användning av tolknings-tjänster och hörselhjälpmedel, såsom hörselslingor, och fysiskt tillgängliga lokaler.

Källor

1. YK, 2006. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. <http://www.ykliitto.fi/files/YKn%20vammaissopimus%20uudistettu%20painos%202012.pdf>.
2. Healy E, McGuire BE, Evans DS, Carley SN. 2009. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(11), 905–912.
3. Urhonen A. 2011. Vammaisuus ja seksuaalisuus, kaksi tabua. Teoksessa E. Korhonen, I. Mäkinen (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23, Väestöliitto.
4. Hellwig K, Brune N, Haghigia A, Muller T, Schimrigk S, Schwödiauer V. 2008. Reproductive counselling, treatment and course of pregnancy in 73 German MS patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118(1), 24–8.
5. Ghidini A, Simonson MR. 2011. Pregnancy after spinal cord injury: a review of the literature. *Spinal Cord Injury Rehabilitation* 16(3), 93–103.
6. Redshaw ME, Malouf R, Gao H, Gray R. 2012. Disabled women's experience of maternity care. SRIP-konferenssi, 12.–13. syyskuuta 2012.
7. Sumilo D, Kurinczuk JJ, Redshaw ME, Gray R. 2012. Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*. Apr 27, 12:31.
8. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
9. Olsen R, Tyers, H. 2004. Think parent: supporting disabled adults as parents: National Family and Parenting Institute, United Kingdom. Welfare Reform on the Web 2005, 66.

11.5 VÅLD I NÄRA RELATIONER OCH INOM FAMILJEN

Våld i nära relationer och inom familjen innebär att en person avsiktligt använder fysiska krafter och makt eller hotar med det och att det är en familjemedlem eller en närstående person som är offer för detta våld.¹ Mödrarådgivningen ska fästa särskild uppmärksamhet vid våld i parrelationer. Våld i nära relationer och inom familjen inbegriper förutom uppenbara former av våld också det att barnet ser och hör våld och därigenom också själv blir utsatt för våldet.

Våld i parrelationen är i grund och botten en beteendemodell som kännetecknas av kontroll och makt. Våld i parrelationen avser alla sådana handlingar i en parrelation

som orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada för parterna i förhållandet. Sådant beteende är

- fysisk aggressivitet, till exempel att daska eller smälla till en person, slå och sparka
- psykiskt våld, till exempel att skrämma, kontinuerligt nedvärdera och förödmjuka en person
- tvingande till sex och andra former av påtvingade sexuella handlingar
- olika former av kontroll, till exempel att isolera en person från familj och vänner, övervaka personens rörelsefrihet och att begränsa tillgången till information och hjälp
- förföljelse efter en separation, dvs. att avsiktligt och upprepat bete sig hotfullt mot en person, vilket får personen att bli orolig över den egna säkerheten.²

Både män och kvinnor kan vara offer och utövare vid våld i parrelationen, framför allt vid lindrigt våld. Vid långvarigt och upprepat våld är offret ändå oftast en kvinna.¹ Enligt finländsk forskning har nästan en femtedel av alla personer som lever i en parrelation upplevt någon form av våld i parrelationen; de olika forskningsresultaten visar att 5–8 procent hade råkat ut för våld under året före undersökningen.^{3–4} Varje år dör i genomsnitt 30 personer till följd av våld i parrelationen och största delen (80 %) är kvinnor.⁵ Förutom partnern kan också familjens barn bli offer för brott mot liv. År 2003–2011 förekom sammanlagt 35 fall där en person dödade sin egen familj eller sitt eget barn. I dessa brott dog sammanlagt 55 personer. I sju fall var det fråga om förövarens partner, medan 48 av dem var barn till förövaren.

Kvinnor får oftare skador i samband med våld i parrelationen, och skadorna är klart allvarigare än de skador som förekommer hos män.³ En undersökning som gjorts av Heiskanen och Ruuskanen⁴ visar att våld i parrelationen mer än två gånger oftare ger upphov till fysiska skador hos kvinnor än hos män, och tre gånger oftare till psykiska skador. Det våld som kvinnor upplever i parrelationen upprepas klart oftare, dvs. antalet incidenter är fler än hos män. Därtill är det två gånger vanligare att kvinnor upplevt våld i tidigare parrelationer än vad män i motsvarande situation gjort. Förutom att våld i parrelationen har direkta fysiska och psykiska konsekvenser ger det också upphov till andra slags behov av hjälp, såsom behov av emotionellt stöd, tryggt boende (skyddshem) och ekonomiskt stöd. Utomstående experthjälp behövs också ofta vid juridiska problem och i frågor som gäller vården av barnen. En undersökning som gjorts av Honkatukia⁷ visar att behovet av hjälp är betydligt större hos kvinnor än hos män.

Identifiera och samtala om våld

Systematisk screening har en stor betydelse för att personer som utsätts för våld i parrelationen ska kunna styras till vård och för att våldet ska kunna förebyggas. I en undersökning vid Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt bedömde tio procent av patienterna på förlossningsenheten att våld som tidigare förekommit i nära relationer har en nega-

tiv effekt på välbefinnandet och livshandlingen.⁸ Enligt en finländsk studie som gjorts på gynekologiska patienter hade 42 procent av patienterna upplevt fysiskt eller sexuellt våld i vuxen ålder.⁹ Enligt undersökningar som gjorts utomlands, främst i Skandinavien och i USA, upplever 1–21 procent av alla kvinnor fysiskt våld under graviditeten.¹⁰

För att identifiera och föra våldet på tal finns det olika slags redskap som hjälper den anställda i arbetet och förbättrar möjligheterna att hjälpa klienten. På mödra- och barnrådgivningen används en blankett för screening av våld i parrelationen som är avsedd för kvinnor.¹¹ I projektet RutiiNiksi 2011–2013 har man undersökt, utvärderat och vidareutvecklat de metoder som används på mödra- och barnrådgivningen (också ovan nämnda blankett) för att identifiera och förebygga följderna av våld i parrelationen och inom familjen.¹² För att göra det lättare att ställa frågor om våld till klienten och för att sänka tröskeln för att ta upp våldet kan så kallade filterfrågor användas. Det innebär att den anställda först ställer muntliga frågor till klienten, till exempel om klienten utsatts för fysiskt eller psykiskt våld eller misshandel i nära relationer med sin nuvarande partner eller tidigare i livet. Modellen har använts inom Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. För att ta upp våldet finns det också en checklista som gör det lättare för den anställda att ta upp frågan både med den person som utsätts för våld och med våldsutövaren.¹³ Tilläggsinformation om blanketter, handböcker och källor som anknyter till våld finns i följande förteckning och i den källförteckning som finns i slutet av kapitlet.

Handböcker och broschyrer som stöd för de anställda

- *Parisuhdeväkivalta puheeksi.* Handbok om att ta upp våld i parrelationen. Handboken är avsedd för personalen inom mödra- och barnrådgivningen och ger information till de anställda och stöd för verksamheten.¹⁴
- *Nettiturvakoti.* Webbplats om våld i parrelationen och inom familjen där personalen eller klienten kan få tilläggsinformation. Vid behov kan servicelevrarentören kontaktas och också stöd fås (www.turvakoti.net).¹⁵
- *Parrelationskraft (PARK).* Folkhälsans material som hjälper att ge stöd i parrelationens olika skeden (unga par, familjer som fått sitt första barn, barnfamiljer).¹⁶
- *Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen.* Rekommendationen ger anvisningar för att identifiera och ingripa vid misshandel och försummelse av barn och utgör nationella anvisningar för hälsovårdsarbetet.¹⁷
- *Behandlas varsamt!* I broschyren finns information om riskerna med att skaka ett spädbarn, och den delas ut på barnrådgivningen, framför allt till familjer som fått sitt första barn.¹⁸
- *Väkivallasta ei vaieta.* Broschyren ger information om våldets karaktär vid våld i nära relationer och inom familjen och var man kan söka hjälp.¹⁹
- *Nej till allt våld!* Broschyren är avsedd för föräldrar och fostrare och ger information om sådant våld som riktas mot barn.²⁰

Rutiner på rådgivningen

Sådant våld i parrelationen som börjat tidigare slutar vanligen inte under graviditeten. Tiden under graviditeten och efter förlossningen kan rentav utsätta kvinnan för en större risk än tidigare att råka ut för våld i parrelationen.¹⁴ Mödrarrådgivningarna innehar en nyckelposition när det gäller att identifiera och ingripa i våld i parrelationen. Största delen av de gravida kvinnorna i Finland besöker mödrarrådgivningen under graviditeten, och besöken fortsätter på barnrådgivningen ända tills barnet når skolåldern. Vanligen anlitas rådgivningstjänsterna också av kvinnor som tillhör etniska och kulturella minoriteter och som eventuellt inte nås genom andra tjänster. Förutom dessa grupper är kvinnor med funktionsnedsättning och personer som tillhör könsminoriteter och sexuella minoriteter särskilt sårbara när det gäller våld i parrelationen.^{21–23} Våldet utgör ett hot för barnets utveckling och uppväxt också i det fallet att våldet inte direkt riktar sig mot barnet.^{17, 24}

Frågan om våld i parrelationen tas upp på mödrarrådgivningen med hjälp av en blankett för screening och kartläggning av närståendevåld (https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet).²⁵ Blanketten har utarbetats vid THL, och dess användning har på förhand testats på rådgivningarna i samband med projektet RutiiNiksi. Blanketten kan användas istället för den blankett som gäller screening av våld i parrelationer vid mödra- och barnrådgivningarna. Våld i nära relationer och inom familjen kartläggs i samband med den omfattande hälsoundersökning²⁵ som görs på mödrarrådgivningen (se kap. Omfattande hälsoundersökning). För att sänka tröskeln för att ställa frågor om våld kan du använda den blankett som behandlar resurser i familjer som väntar barn. Utgående från den eventuella oro som uppstått vid samtalen kallas sedan klienten till extra besök på rådgivningen och görs en noggrannare kartläggning av våldet. Om den gravida kvinnan kommer ensam till den omfattande hälsoundersökningen kan kartläggningen av våld göras samtidigt. Frågan om våld ska alltid kartläggas då det finns en anledning till oro på rådgivningen eller då tecken på våld är synliga.²⁶ Också diffusa jourbesök och sjukhusvård (t.ex. på grund av sammandragningar) kan vara tecken på våld i parrelationen. Orsakerna till dessa besök kan vara att mamman söker skydd i en hotande situation eller upplever rädsla inför förlossningen. Om moderkakan lossnar är det också viktigt att utreda bakomliggande faktorer.^{27–28}

För att kunna använda blanketterna för kartläggning av våld måste den anställda ha fått lämplig utbildning. Frågorna behandlas genom att samtala, och den anställda ställer alltid frågorna i den form som de anges på blanketten. För att försäkra sig om att klienten förstår frågorna kan hälsovårdaren/barnmorskan ge exempel på olika former av våld. Att använda och fylla i en blankett som behandlar våld ska alltid ske i växelverkan. Klienten lämnas inte ensam för att fylla i blanketten, och av säkerhetsskäl fylls blanketten i så att endast hälsovårdaren/barnmorskan och klienten är närvarande.^{11, 25} Den blankett som kartlägger våld kan användas när det gäller både män och kvinnor, men det är viktigt att komma ihåg att blanketten fylls i då klienten är ensam, inte så att bägge makarna är på plats.

Om klienten upplevt våld i parrelationen, gör hälsovårdaren/barnmorskan en bedömning av situationen och diskuterar frågan både med klienten och vid behov med andra yrkesutbildade personer.

Det är viktigt att lyssna på vad klienten har att säga utan att skuldbelägga klienten eller förfasa sig över händelserna. Om det finns minderåriga barn i familjen ger personalen information om det stöd som barnskyddsmyndigheterna erbjuder och om den anställdas skyldighet att göra en barnsyddsanmälan.²⁹

Då det framgår att våld förekommer i parrelationen bedöms den utsatta partens säkerhet och vid behov utarbetas en säkerhetsplan. Av säkerhetsskäl är det viktigt att överväga bland annat följande frågor:

- Är det tryggt att diskutera våldet just nu?
- Är klienten ensam eller är den eventuella våldsutövaren också närvarande?
- Är det tryggt för klienten och barnen att återvända hem?
- Behövs ett omedelbart skydd?

Om klienten har synliga spår av misshandel, antecknar hälsovårdaren/barnmorskan de märken som observerats på mottagningen (rodnad, skråmor, sår) och i mån av möjlighet styrs klienten omedelbart till en läkare för noggrannare undersökningar, för utbildning och dokumentering av skadorna och för bedömning av säkerheten. En beskrivning av situationen antecknas så noggrant som möjligt i journalhandlingarna då klienten är närvarande. Som hjälp vid dokumenteringen av skadorna kan en kroppskarta användas, framför allt i situationer då klienten inte genast kan besöka en läkare. Om sexuellt våld misstänks ska klienten alltid styras till en läkares mottagning. Skador som uppkommit på grund av våld behandlas genast. Genom att styra klienten till fortsatt vård säkerställs att klienten får den vård som behövs. Vid behov kan den anställda ringa och per telefon avtala om arrangemangen med platsen för fortsatt vård. Om det är mannen som använt våld ska den gravida kvinnan få information om tjänster för män som utövar våld, men ansvaret för att styra mannen till dessa tjänster ska inte läggas på kvinnan.¹¹

På rådgivningen får klienten information om våld, dess risker och följder för klienten och eventuellt också för fostret (blödningar, missfall) och för familjens övriga barn. Därtill informeras klienten om strafflagen och hur man gör en polisanmälan, om besöksförbud och hur man ansöker om besöksförbud. Med stöd av barnskyddslagen är den anställda skyldig att göra en föregripande barnskyddsanmälan. En föregripande barnskyddsanmälan ska göras redan före barnets födelse, om den anställda bedömer att barnet och föräldrarna kommer att behöva stöd av barnskyddet efter att barnet fötts. Motiveringar till denna bedömning är till exempel föräldrarnas missbruk eller psykiska problem. Om den gravida kvinnans situation till exempel på grund av våld är sådan att den anställda bedömer att ett ofött barn genast efter sin födelse kommer att behö-

va stöd och skydd inom barnskyddet, är den anställda skyldig att göra en föregripande barnskyddsanmälan.³⁰

Den anställda ser också till att klientens grundläggande behov, såsom mat och sömn, beaktas. Efter att klienten fått vila ut utarbetas en preliminär handlingsplan så snart som möjligt. Det är tillrådligt att den anställda ber om hjälp och stöd också av andra aktörer. Den anställda fattar inte ensam beslut, utan agerar enligt överenskommen praxis och genom att tillämpa anvisningarna efter behovet i respektive situation och hos respektive familj och barn. Arbetsgivaren är skyldig att ge den anställda möjlighet till konsultation och annat stöd, såsom arbetshandledning.¹¹ Att ingripa i våld kräver multiprofessionellt samarbete, och kommunens olika sektorer ska ha avtalat om en klar vårdkedja och en samarbetsmodell i frågor som gäller våld i parrelationen. Arbets sätt och ansvariga aktörer antecknas i verksamhetsmodellen. Varje enhet ska dessutom ha en verksamhetsmodell inför situationer där man misstänker att våld riktas mot barn eller att barn blir utsatta för våld och då sexuellt utnyttjande eller misshandel och försummelse misstänks.^{11,13}

REKOMMENDATION

- ▶ Att ställa frågor om våld och föra våldet på tal är ett systematiskt arbetssätt vid rådgivningarna och därför ska alla föräldrar informeras om våldets effekter på barnen och även på föräldrarna.
 - ▶ Ett tema i familjeträningen är våld i parrelationen, konstruktiva gräl och hur man avhåller sig från våld.
 - ▶ Rådgivningens personal ska också beakta den möjlighet att barnen misshandlas (inkl. att en baby skakas).
 - ▶ Hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren ska se till säkerheten hos den som upplever våld och hos barnet och ge information om var de kan få hjälp.
 - ▶ En klar vårdkedja, en samarbetsmodell och verksamhetsprinciper har tagits fram på kommunal eller regional nivå för att ge rådgivningspersonalen stöd när de bemöter våld i parrelationen eller våld som riktas mot barn.
 - ▶ Rådgivningspersonalens färdigheter att identifiera våld och att ta upp frågan om våld förbättras också genom kompletterande utbildning.
-
-

Källor

- World Health Organization (WHO). 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa (World report on violence and health), 21, 109–110.
- Council of Europe. 2011. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series no. 210. <http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?CL=ENG&NT=210>.
- Piispa M. 2011. Parisuhdeväkivallan todellisuus. Teoksessa Hannus R, Mehtola S, Natunen L, Ojuri A. (toim.) Veitsen terällä: naiseus ja parisuhdeväkivalta. Ensi- ja turvakotien liitto.
- Heiskanen M, Ruuskanen E. 2010. Tuhansien iskujen maa – Miesten kokemaa väkivalta Suomessa 2010. Verkkojulkaisu. <http://www.heuni.fi/Etu-sivu/Publications/1284990374295>.
- Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. 2012. Henkiri-kostietokanta. Julkaisematon taulukko.
- Piispa M, Taskinen J, Ewalds H. 2012. Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012. Sisäasiainministeriön julkaisut 35/2012.
- Honkatukia P. 2011. Uhrin rikosprosessissa. Haa-voittuvuus, palvelut ja kohtelu. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 252. Helsinki.
- Notko M, Holma J, Husso M, Virkki T, Laitila A, Merikanto J, Mäntysaari M. 2011. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 127(15), 1599–1606.
- Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. 2007. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstet Gynecol* 109, 1116–1122.
- Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. 2002. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 103, 26–29.
- Perttu, Sirkka, 2011. Våld i nära relationer – identifiering och tidigt ingripande. I boken: Mäki, Päivi; Wikström, Katja; Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Laatikainen, Tiina (reds.). Hälsundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården – Metodhandbok. Institutet för hälsa och välfärd.
- Rutiiniksi.fi. Varhainen puuttuminen perhe- ja parisuhdeväkivaltaan äitiys- ja lastenneuvoloissa. <http://blogs.helsinki.fi/rutiiniksi/>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Suomen Kuntaliitto. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositus. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. STM julkaisuja 2008: 9. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf.
- Perttu S, Kaselitz V. 2006. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveystalvissa. Yliopistopaino. <http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf>.
- Ensi- ja turvakotien liitto ry. Nettiturvakoti. Apua perheväkivaltaan – turvallisuutta lähisuhteisiin. <https://www.turvakoti.net/site/>.
- Folkhälsan. Produktion av material: Park. <http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Barn-familj/Familjens-relationer/Parrelationer/Material-ParK/>.
- Paavilainen E, Flinck A. 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen – hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/lasten-kaltoinkohtelun-tunnistaminen-ja-siihen-puuttuminen-hoitotyon-suosit>.
- Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2009. Behandlas varsamt! (broschyr). <http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/node/4>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Väkivalta ei vaieta -esite.
- Ge barnet en god uppväxt. Nej till allt våld! Institutet för hälsa och välfärd, 2012. https://www.thl.fi/documents/605877/747474/haitari_sve_LR.pdf
- Powers LE, Oswald M. 2004. Violence and abuse against people with disabilities: Experiences, barriers and prevention strategies. Oregon Institute on Disability and Development.
- Lehtonen J. 2006. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt Suomen kunnissa. ESR tutkimukset ja selvitykset -sarja. Työministeriö. Edita, Helsinki.
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=28707&name=DLFE-3513.pdf.
- Radford L, Hester M. 2006. Mothering through domestic violence. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Blankett för screening och kartläggning av närstående våld. THL. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lo-makkeet/lo-makkeet_vakivallan_puheeksi_ottamiseen#Vakivaltatapausten_kartoituslomake
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus- ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolotoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Brownridge D, Taillieu T, Tyler K, Tiwari A, Chan KL, Santos S. 2011. Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects. *Violence Against Women* 17, 858–881.
- Saisto T, Rouhe H. 2012. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Suomen Lääkäreilihti* 42/2012, vsk 67.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007, 25 c §

11.6 MISSBRUK I FAMILJEN

Det finns ingen exakt uppskattning av andelen gravida kvinnor som har problem med användningen av alkohol och andra droger under graviditeten. I en enkät som genomfördes av Pajulo¹ m.fl. klassificerades 6 procent av alla gravida kvinnor bosatta i Egentliga Finland som riskkonsumenter. Enligt en registerstudie av Raitasalo och Holmila² var 1,6 procent av de kvinnor som födde barn år 2002 missbrukare. Enligt uppskattningar föds det årligen cirka 600 barn i Finland med symtom på exponering för alkohol under fostertiden (se också kap. Alkohol och droger).³ Det är inte heller alltid lätt att avstå från socialt drickande under graviditeten.

I familjer med missbruk begränsas riskerna inte enbart till graviditeten. Ett kraftigt missbruk hos föräldrarna utgör en risk för en balanserad uppväxt och utveckling hos barnet, eftersom det stör vården och omsorgen, den tidiga interaktionen och utvecklingen av de emotionella banden.⁴ I en familj där det förekommer missbruk finns det risk för att den fysiska och emotionella omvårdnaden av barnet försummas och att barnet också utsätts för annan misshandel och försummelse. Livet i familjer med missbruk präglas ofta av att föräldrarna inte tar ett tillräckligt ansvar för sina uppgifter, att det råder kaos i vardagen, att det förekommer social isolering och att familjen har ekonomiska problem. Orsaken bakom omhändertagande av barn är ofta att föräldrarna använder alkohol eller droger.⁵ Om föräldrarna dricker för mycket alkohol börjar också barnen lätt dricka för mycket, dvs. barnen lär sig dryckesvanorna av sina föräldrar.⁶⁻⁷ Största delen av barnen i familjer med missbruk klarar sig ändå bra i livet.

Att identifiera missbruk och att styra en missbrukarfamilj till vård

Största delen av alla familjer anlitar både mödra- och barnrådgivningens tjänster, och på så sätt når rådgivningen också familjer som har olika former av missbruksproblem. Rådgivningens uppgift är att klarlägga faktorer som inverkar på barnets hälsa och välbefinnande, såsom den gravida kvinnans och partners eller föräldrarnas bruk av alkohol och andra droger.⁸⁻¹⁰ De regelbundet återkommande hälsoundersökningarna, framför allt de omfattande hälsoundersökningarna (se kap. Omfattande hälsoundersökning), extra besök, hembesök och familjeträning gör det möjligt att ta upp frågor, att ge hälsorådgivning, att identifiera problem tidigt, att stödja familjen och att styra till fortsatt vård.

Det är viktigt att den anställda på rådgivningen kan och vågar ta upp familjens missbruk, kan uppmuntra föräldrarna till förändring och vid behov styra klienterna till fortsatt vård. Vid samtal om alkoholvanor och vid screening används Audit-enkäten, som har konstaterats minska de totala kostnaderna.¹¹ Enkäten är tillgänglig på finska, svenska, nordsamiska, engelska, estniska och ryska.¹² Det tar cirka 2–3 minuter för klienten att fylla i Audit-formuläret. Varje fråga poängsätts med 0–4 poäng, det maximala sammanlagda poängantalet är 40. Målsättningen för den gravida kvinnan är 0 poäng. Gränsvärdet för de sammanlagda poängen anses ligga vid 8 poäng, och ett resultat på 8 poäng eller mer är ett tecken på överkonsumtion. Utöver det sammanlagda poäng-

antalet är det bra att se på innehållet i svaren och diskutera alkoholbruket utgående från dem. Vid tolkningen är det viktigt att komma ihåg att Audit kan ge ett missvisande resultat för individen. Resultatet kan överdriva eller underskatta en persons alkoholproblem.¹³

Förutom Audit kan man till exempel använda den serie med frågor som kartlägger den gravida kvinnans bruk av alkohol och andra droger och som finns på THL:s webbplats (på finska).¹⁴ Det är bra att genomföra enkäten i början av graviditeten. Genom enkäten kartläggs förutom alkoholen också användningen av tobak, narkotika och läkemedel. Som stöd för hälsorådgivningen är det bra att använda tidsenliga broschyrer avsedda för föräldrar.^{15–18}

Utöver Audit-enkäten talar man också ofta om riskgränser för alkoholkonsumtionen. Detta avser den konsumtionsnivå som vetenskapliga undersökningar har fastställt som gräns för att alkoholrelaterade sjukdomar avsevärt börjar öka. Dessa gränser är dock inte riskfria, eftersom också en alkoholkonsumtion som ligger under dessa gränser kan ge upphov till hälsoproblem. Hur människan reagerar på alkohol är individuellt, och därför ska riskgränserna inte framställas som säkra gränser. Gränserna passar in på de flesta vuxna, men inte på gravida kvinnor eller personer som har en sjukdom som försvåras eller en läkemedelsbehandling som äventyras vid användning av alkohol.¹⁹ Audit-formuläret lämpar sig därför bättre än riskgränserna för att bedöma alkoholkonsumtionen på rådgivningen.

Det finns skäl att misstänka att en gravid kvinna har ett missbruksproblem om hon söker sig till rådgivningen senare än vanligt, låter bli att komma eller kommer sporadiskt utan att ange orsak, om kvinnan har barn som tidigare omhändertagits på grund av missbruk, kvinnan påträffas alkohol- eller drogpåverkad eller om barnet efter födseln har symtom på exponering. Hiv-smitta och framför allt hepatit C hos en gravid kvinna tyder på narkotikabruk.²⁰

Rådgivningen har en viktig uppgift i att styra och stödja den missbrukande gravida kvinnan och eventuellt också partnern så att de söker vård. Styrning till vård innebär att klienten får hjälp med att hitta en vårdinstans och stöd för att förbinda sig till vården. Viljan att säkerställa barnets hälsa motiverar de flesta föräldrarna till att hålla sig nyktra med hjälp av öppenvården. Alkohol- och drogfrihet kan främjas om föräldrarna får stöd för att bygga upp föräldraskapet och knyta emotionella band till barnet.²¹ I de svåraste fallen av missbruk behövs effektiv vård och intensivt stöd.²² Mer information om styrning till vård finns i THL:s webbtjänst Neuvoo-antavat (på finska).²³

Styrningen till vård och motivationen främjas bland annat i och med att rådgivningen bemöter alla familjer lika: med en positiv inställning och utan att moralisera. Det är viktigt att den anställda begrunder sina egna attityder gentemot gravida missbrukare och deras partner, eftersom attityderna trots goda försök lätt förmedlas genom sättet att tala, tonfallet och kroppsspråket. Missbruk under graviditeten och efter den är ofta något som den gravida kvinnan inte själv rår för även om hon kanske vill det – åtminstone inte utan långsiktigt och gediget professionellt stöd. Många gravida kvinnor har själva en mycket svår familjebakgrund och har råkat ut för flera svåra och trauma-

tiserande situationer i livet. Målet för vården ska planeras utgående från den gravida kvinnans situation: för en gravid kvinna kan målet vara att bli alkohol- och drogfri och att förbereda sig inför föräldraskapet, för en annan kan målet vara att så ofta som möjligt komma till uppföljning av graviditeten och att minska missbruket.²⁴

Multiprofessionellt samarbete i vården av en missbrukarfamilj

I arbetet med att avhjälpa missbruk får rådgivningen stöd av ett nätverk som består av olika aktörer. Det är viktigt att rådgivningen känner till sina samarbetspartner och att informationen löper smidigt mellan viktiga aktörer. Även om den gravida kvinnan eller familjen anlitar missbrukarvårdens tjänster, är de fortfarande klienter också på rådgivningen. Också samarbetet mellan mödra- och barnrådgivningen är viktigt.

För uppföljningen av gravida kvinnor som använder alkohol och andra droger under graviditeten får mödrarådgivningen stöd av specialpolikliniker, såsom moderskaps- poliklinikens mottagningar för missbrukare av droger, alkohol och läkemedel (HAL) inom den specialiserade sjukvården. Gravida kvinnor med missbruk kan styras till dessa mottagningar för uppföljning under graviditeten. Mottagningen bygger på en multiprofessionell vårdmodell som kombinerar intensifierad medicinsk uppföljning av graviditeten med psykosociala perspektiv. En gravid kvinna med opioidberoende har möjlighet till substitutionsbehandling med opioider. Specialpolikliniker finns vid alla universitets- sjukhus.

I Finland sker nästan alla förlossningar på sjukhus, och därigenom nås de föderskor som använder alkohol och andra droger. Förlossningssjukhusen utgör en naturlig del av mödra- och barnrådgivningarnas samarbetsnät. Efter förlossningen får familjen stöd av den socialpediatriska mottagningen. Socialpediatriska enheter finns i Helsingfors, Åbo, Björneborg och Uleåborg, och utöver det har varje centralsjukhus en läkare som ansvarar för socialpediatrik. Till långtidsuppföljning vid den socialpediatriska mottagningen kommer sådana barn som man vet att exponerats för alkohol eller narkotika under graviditeten. Den socialpediatriska enheten arbetar framför allt med sådana familjer där missbruket är påfallande.

Från och med år 1990 har Förbundet för mödra- och skyddshem utvecklat ett vårdsystem som kallas *Pidä kiinni* och som innebär att en mamma med missbruksproblem kan få en plats på ett mödrahem redan under graviditeten eller tillsammans med sitt barn.²⁵ I Tammerfors får en missbrukande gravid kvinna eller småbarnsfamilj all service vid Päiväperho, som fungerar som en länk mellan barnskyddet, missbrukarvården, mödra- och barnrådgivningen och rådgivningen för familjer och fostringsfrågor.²⁶ Från rådgivningen styrs klienter också direkt till A-kliniker och andra vårdtjänster. Eftersom narkotikaproblem ofta har en koppling till kriminalitet är också fängelser i vissa fall samarbetspartner med rådgivningen. För missbrukare finns också olika former av frivilligt stöd i grupper med personer i samma situation, dagcenterverksamhet och olika organisationer. Information om samarbetet med socialvården och dess tjänster, barnskyddet och barnskyddsanmälan finns längre fram i denna handbok (se kap. Samarbete).

De rekommendationer som nämns ovan bygger på rekommendationer som utarbetats av arbetsgruppen för säkerställande av vård och behandling för gravida kvinnor med missbruksproblem och arbetsgruppen för säkerställande av tillräckliga stödtjänster för barn till föräldrar med missbruksproblem.^{27–28}

REKOMMENDATION

- ▶ Ta upp användningen av alkohol och andra droger i ett så tidigt skede som möjligt med alla som besöker mödrarådgivningen. Fråga föräldrarna om användningen av alkohol, tobak, snus och narkotika. Erbjud familjerna hälsorådgivning om de skadeverkningar som alkohol och andra droger har på fostret, det barn som föds och föräldrarna själva.
- ▶ Audit-enkäten görs vid det första besöket och efter behov regelbundet också vid andra besök efter det. Anteckna bedömningen och kom överrens om de fortsatta åtgärder som behövs. Också partners alkoholbruk klarläggs med hjälp av en Audit-enkät senast vid den omfattande hälsoundersökningen, om det inte klarlagts tidigare.
- ▶ Bägge föräldrarna kallas till en omfattande hälsoundersökning, även i det fallet att de bor åtskilt. Samtidigt diskuteras också distansföräldrarnas användning av alkohol och andra droger.
- ▶ Ett hembesök görs hos alla familjer så att partnern är på plats, vilket ger möjlighet att granska hela familjens situation närmare.
- ▶ Vid mödrarådgivningen ska gravida kvinnor som använder alkohol och andra droger få stöd för att avstå från dessa. Den gravida kvinnan och hennes partner ska erbjudas extra besök på rådgivningen, och den gravida kvinnan ombeds att föra dagbok över sitt drickande. Alkohol- och drogfrihet eftersträvas också genom att stärka den gravida kvinnans föräldraskap och hennes tillgivenhet för det barn som ska födas. För att bedöma behovet av särskilt stöd utarbetas tillsammans med familjen en målinriktad plan som följs upp.
- ▶ Hos en missbrukare följs graviditeten upp förutom på rådgivningen också på förlossningssjukhusets poliklinik för missbrukare av narkotika, alkohol och läkemedel (på finska HAL). Målet är att genom intensiv uppföljning trygga fostrets tillväxt och välbefinnande, motivera den gravida kvinnan till alkohol- och drogfrihet och förbereda förlossningen.

- ▶ Ordna vid behov missbrukarvård i multiprofessionellt samarbete under graviditeten och vård och stödtjänster efter förlossningen för bägge föräldrarna.
- ▶ Under graviditeten görs en föregripande barnskyddsanmälan om missbrukarföräldrar och efter födseln görs en barnskyddsanmälan för att ordna med stödtjänster. Tillväxten och utvecklingen hos ett barn som utsatts för alkohol och andra droger eller som bor i en missbrukarfamilj ska följas upp intensivt både inom barnskyddet, primärvården och den specialiserade sjukvården.

Källor

1. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65, 9–17.
2. Raitasalo K, Holmila M. 2012. Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. Rekisteritutkimuksen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2012.
3. Halmesmäki E, Autti-Rämö I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: Voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54–61.
4. Pajulo M, Kalland M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim* 122, 2603–2611.
5. Sarkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–6.
6. Coffelt NL, Forehand R, Olson AL, Jones DJ, Gaffney CA, Zens MS. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31, 593–605.
7. Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. 2006. Alcohol use in families: A 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 101, 984–992.
8. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
9. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. *Selvityksiä* 2009:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
10. Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. *Työryhmän raportti. Selvityksiä* 2011:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
11. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
12. Alkoholprogrammets materialer: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/alkoholiohjelmataineistot-ja-julkaisut/alkoholinkayton-itsearviointi/10-henkilokohtaista-kysymysta-alkoholinkaytosta>.
13. Mäki, Päivi; Wikström, Katja; Hakulinen-Viitainen, Tuovi; Laatikainen, Tiina (red.) 2014. Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården - Metodhandbok. Institutet för hälsa och välfärd.
14. Kysymyssarja raskaana olevan päihteiden käytön selvittämiseksi. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/paihdetyo-neuvolassa/paihdetyo-aitiysneuvolassa/kysymyssarja-raskaana-olevan-paihteidenkayton-selvittamiseksi
15. Ajattelen Sinua – päihteiden haitat odotusaikana -esite. Ensi- ja turvakotien liitto. http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d137decff62f-36b577a7c37dd63dda2b/1365065369/application/pdf/3081661/etl_AjttelenSinua_lowres.pdf
16. Ei kiitos! Asiaa alkoholista pienen lapsen vanhemmille. Alko, A-klinikka, MLL, THL. <http://www.lastenseurassa.fi/pub/files/neuvolaopas.pdf>
17. Solantaus, Tytti; Ringbom, Antonia, Hur tar jag hand om mina barn? En handbok för föräldrar som oroar sig för sitt alkohol- eller drogbruk. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-055-9>
18. Ensi- ja turvakotien liitto, 2011. Rusmedel ur barnets synvinkel. Vad tänker mitt barn när jag dricker. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/ty-omuodot/paihteet-lapsen-silmin-hanke/mita-lapseni-ajattelee-kun-juon/>
19. Seppä K, Aalto M, Kiianmaa K. 2012. Alkoholoin suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko

- neuvontarajat? Suomen Lääkärilehti 37, 2543–2546.
20. Kivitiie-Kallio S. 2011. Sikiöaikana alkoholille altistuneet lapset sosiaalipediatriassa työssä. Teoksessa Vaarla S. (toim.) Alkoholien vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Kehitysvammaliitto, 49–61. Helsinki.
 21. Pajulo M, Suchman N, Kalland M, Mayers L. 2006. Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. Infant Mental Health Journal 27(5), 4484–65.
 22. Kivitiie-Kallio S. 2011. Sikiöaikana alkoholille altistuneet lapset sosiaalipediatriassa työssä. Teoksessa Vaarla S. (toim.) Alkoholien vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Kehitysvammaliitto, 49–61. Helsinki.
 23. Päihdeongelman hoitoonohjaus neuvolassa. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/paihdeetyo-neuvolassa/paihdeongelman-hoitoonohjaus-neuvolassa
 24. Leppo A. 2006. Miten kohdata päihdeongelman odottaja? Artikkelin Lasinen lapsuus -verkopalvelussa osoitteessa: <http://www.lasinenlapsuus.fi/tietoa/raskausjapaihteet/kohtaaminen>.
 25. Pidä kiinni -hoitomalli. www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/.
 26. Tampereen Päiväperho. www.tampere.fi/perheja-sosiaalipalvelut/lastensuojelu/sijaishuolto/perhetukikeskukset/paivaperho.html.
 27. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Selvityksiä 2009:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
 28. Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. Selvityksiä 2011:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

11.7 GRAVIDITETEN SLUTAR MED ATT BARNET DÖR

Situationer där graviditeten avbryts och barnet dör är en svår situation för både familjen och vårdpersonalen. Familjen ställs inför en traumatisk kris, en plötslig och oväntad, ledsam händelse som ofta väcker ovanligt starka känslor och berör varje familjemedlem. Genom ett första besked som ges på rätt sätt, psykosocialt stöd som beaktar alla familjemedlemmar och styrning till fortsatt vård är det möjligt att hjälpa familjen i krisen och sorgearbetet. Det är till fördel om föräldrarna får ha kontakt med samma personal under en längre tid.¹⁻⁴

Första besked

I den situation där det första beskedet ges är personalen fackexperter, medan den gravida kvinnan och familjen är experter på sitt eget liv. Då familjen får det första beskedet är det särskilt viktigt att diskussionen är öppen, att personalen visar genuin närvaro och ger uppriktig information. Yrkespersonalens uppgift är att ge information på ett lugnt, uppriktigt och positivt sätt, utan att försköna eller överdriva situationen, och att ta hand om eventuella fortsatta undersökningar och vård.^{3,5}

Beskedet om dödsfall ges alltid av en läkare. Föräldrar värdesätter information som ges i ett tidigt skede, empatisk och förståelsefull inställning, möjlighet att dela informationen och känslan av osäkerhet, möjlighet att få stöd i tjänsterna och konkret hjälp. Att vara närvarande, vidröra, lyssna och genuint delta i sorgen är det allra viktigaste. Föräldrarna vill ha informationen på vanligt språk, i klar och kortfattad form (se bilaga 8). Det anses också vara viktigt att upprepa saker och händelser.^{1,3} På mödrarådgivningen ger hälsovårdaren/barnmorskan eller läkaren stöd då det behövs. Också konsultation av en socialarbetare, psykolog, teolog eller psykiater kan arrangeras vid behov.

Olika faser i trauma- och sorgearbetet

Bearbetandet av händelser börjar ofta genom en chock – det är svårt att förstå händelserna. Man undviker allt sådant som påminner om traumat eftersom det orsakar ångest. Känslotillstånden varierar och bilder av händelsen tränger in i tankarna. När man kommit till en fas då man kan börja tala om sina tankar är det möjligt att gå vidare. Trauma- och sorgearbetet innehåller gemensamma drag, men är också olika. I sorgearbetet vill man tala om det man förlorat och söka tröst i minnen.^{3,6}

Föräldrarnas sorg påverkar familjens andra barn på många olika sätt. Det är till exempel viktigt att berätta för barnen vad döden innebär på ett begripligt sätt, eftersom barn annars hittar på egna förklaringar och kan missuppfatta det hela. Framför allt vid plötslig spädbarnsdöd ska föräldrarna tydligt berätta för barnen att det är fråga om en sjukdom som drabbar endast spädbarn och att äldre barn eller föräldrar inte är i fara.⁶⁻⁷

Styrning till fortsatt vård

Om fostret inte rör på sig och hjärtats puls inte kan höras med varken Pinards stetoskop eller med andra tillgängliga instrument på mödrarådgivningen, används ultraljud för att fastställa avsaknad av hjärtfunktion och rörelser. Om rådgivningen inte har någon ultraljudsutrustning och fosterdöd misstänks, ska den gravida kvinnan sändas till moderskapspolikliniken för utredning av situationen och för fortsatt vård.

Sociala förmåner

Om ett barn föds dött eller dör under förlossningen eller strax efter den, har mamman rätt att få moderskapspenning ända till slutet av perioden, dvs. sammanlagt 105 vardagar.⁸ Mamman är också berättigad till moderskapsunderstöd. Föräldrapenning och barnbidrag betalas inte. Om ett barn dör då mamman eller pappan är föräldraledig, betalar FPA föräldrapenning i tolv vardagar från och med dödsdagen, dock högst till slutet av föräldrapenningsperioden. Betalningen av barnbidrag upphör i början av påföljande månad. Barnets död kan också påverka andra förmåner, såsom underhållsstödet eller bostadsbidraget.

REKOMMENDATION

- ▶ Reservera tid för att ge det första beskedet. Samtidigt är det viktigt att arrangera eventuella fortsatta undersökningar och åtgärder, fortsatt vård och stöd för familjen.
 - ▶ Familjen ska få information om grupper med personer i samma situation, stödpersoner, stödtelefoner, webbsidor och skriftligt stödmaterial, bland annat www.kapy.fi.
 - ▶ Att personalen är kompetent och orkar i sitt arbete tryggas genom utbildning, stöd av arbetsgemenskapen och genom arbetshandledning.^{9–11}
-
-

Källor

1. Cacciatore J. 2010. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49(2), 134–48.
2. Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. 2007. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20, 153–160.
3. Heiskanen T, Salonen K, Kitchener B, Jorm A. 2008. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielenterveysseura.
4. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. 2004. The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents. *Birth* 31:2, 132–137.
5. Sanchez NA. 2001. Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The journal of perinatal education* 10(2), 23–30.
6. Raussi-Lehto E. 2009. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä, s. 457–462. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) *Kättilötyö*. Edita. Helsinki.
7. Uittomäki S, Mynttinen S, Laimio A. 2011. KÄPY – Lapsikuolemaperheet ry. Miten tukea lasta, kun läheinen on kuollut? Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. <http://www.kapy.fi/uploads/Miten%20tukea%20lasta%20kun%20läheinen%20on%20kuollut.pdf>.
8. Folkpensionsanstalten. Stöd till barnfamiljer. <http://www.kela.fi/web/sv/ovriga-situationer>.
9. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. 2007. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics and Gynecology*, 109(5), 1156–66.
10. Jonas-Simpson C, McMahon E, Watson J, Andrews L. 2010. Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* 14(4), 14–21.
11. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. 2008. Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* vol. 37 is.6. 631–639.

11.8 ATT VÄNTA ETT BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH BARNETS FÖDELSE

Föräldrar som väntar ett barn med funktionsnedsättning eller ett sjukt barn känner ofta oro och rädsla för skadans eller sjukdomens svårighetsgrad och för hur barnet kommer att klara sig nu och senare i livet, men också för hur de själva ska orka och hur situationen påverkar familjen och den övriga miljön.¹⁻⁴ Den information, det stöd och de tjänster som fås av hälso- och sjukvården, organisationer och samhället hjälper familjen, och även stödet av närstående och vänner är viktigt. Det är viktigt att de yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården är medvetna om att föräldrarnas behov av stöd varierar individuellt.

Första besked och psykosocialt stöd

Beskedet om en avvikelse eller en sjukdom hos fostret ges av en läkare. Familjerna vill ha information, stöd och öppna samtal och värdesätter den vårdande personalens omsorg och närvaro, men å andra sidan krävs också egen ro i situationen.⁵⁻⁶ Då det första beskedet ges är det viktigt med en öppen dialog, genuin närvaro och uppriktig information.⁷⁻¹⁰ Vid en fosteravvikelse bestämmer den gravida kvinnan tillsammans med familjen hur fynden påverkar den fortsatta graviditeten. Det psykosociala stödet är särskilt viktigt under resten av graviditeten, om den gravida kvinnan och familjen beslutar att fortsätta graviditeten efter att en fosteravvikelse konstaterats.

Graviditetens förlopp och förlossningen

När familjen anpassar sig till en sjukdom eller en skada hos det ofödda barnet framhävs hur viktigt det är med information och stöd, och familjen behöver konkret information om sjukdomens eller skadans svårighetsgrad och vårdmöjligheterna.^{2, 4, 10} Det är viktigt att familjen har en klar uppfattning om vad som är att vänta efter barnets födelse. Information kan till exempel ges vid ett möte som arrangeras för att ge det första stödet, om föräldrarna så vill. Försök få med de personer som föräldrarna vill att ska delta och till exempel en läkare eller andra experter som kan svara på familjens och de anhörigas frågor. Det är bra att arrangera mötet relativt snabbt efter att barnets skada eller sjukdom konstaterats, eventuellt redan under graviditeten. Då förlossningen närmar sig kan kvinnan diskutera eventuella förlossningsrädslor med en hälsovårdare, sjukhusets barnmorska och/eller läkare. Vid behov kan en tid reserveras på polikliniken för förlossningsrädsla.

Sociala förmåner

Föräldrar till ett svårt sjukt barn kan få specialvårdspenning.¹¹ FPA betalar specialvårdspenning i situationer där en förälder till ett barn under 16 år med en svår sjukdom eller funktionsnedsättning är tvungen att vara tillfälligt borta från sitt arbete för att kunna delta i vården eller rehabiliteringen av barnet.

REKOMMENDATION

- ▶ I samband med ett avvikande screeningresultat är det viktigt att se till att den gravida kvinnan och hennes familj får tillräckligt med information om situationen och att hon vid behov styrs till specialiserad sjukvård vid moderskapspolikliniken.
- ▶ Familjen ska få information om grupper med personer i samma situation, till exempel stödpersoner genom föreningen Leijonaemot ry (www.leijonaemot.fi), stödtelefoner, webbsidor och skriftligt stödmaterial.
- ▶ Det möte som arrangeras för att ge det första stödet ska utgående från familjens önskemål hållas på förlossningssjukhuset, vid rådgivningen eller en annan plats som familjen väljer.

Källor

1. Fonseca A, Nazaré B, Canavarro MC. 2011. Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 29, No. 4, September 2011, 320–333.
2. Áskelsdóttir B, Conroy S, Rempel G. 2008. From Diagnosis to Birth. Parents' Experience When Expecting a Child With Congenital Anomaly. *Advances in Neonatal Care* 8, 6, 348–354.
3. Graungaard AH, Skov L. 2006. Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: care, health and development*, 33, 3, 296–307.
4. Vernerinet. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <http://verneri.net/yleis/tietoa-odottajille/erilainen-raskaus/vammaisen-lapsen-odotus.html>.
5. Miquel-Verges F, Lee Woods S, Aucott SW, Boss RD, Sulpar LJ, Donohue PK. 2009. Prenatal Consultation With a Neonatologist for Congenital Anomalies: Parental Perceptions. *Pediatrics* 124, 4, e573–e579.
6. Majjala H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilökunnan välinen vuorovaikutus: substantiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämässä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis*; 993. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
7. Hänninen, K. 2005. Kun varmaa tietoa ei vielä ole: Perhelähtöinen tapa kertoa vastasyntyneen poikkeavuudesta. *Suomen lääkirlehti* 60, 40, 3987–3991.
8. Hänninen K. 2004. Sosiaalipolitiikka: Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä. Kokemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen syntymässä. Väitöskirjatyo. Stakes.
9. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M, THL. 2009a. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085140>
10. Raussi-Lehto E. 2009. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. s. 457–462. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) *Kättilötyö*. Edita. Helsinki
11. Folkpensionsanstalten. Specialvårdspenning för barn under 16 år. <http://www.kela.fi/web/sv/omditt-barn-bli-sjukt-specialvardspenning>.
12. Leijonaemot. <https://www.leijonaemot.fi/>.

11.9 MISSFALL

Missfall innebär att en graviditet avbryts spontant före graviditetsvecka 22+0.¹ Missfall är vanliga: av alla kliniskt konstaterade graviditeter slutar 15–20 procent i missfall, vanligen före graviditetsvecka 12⁺⁰. Symtom på missfall är blödningar och smärtor i nedre delen av buken. Ett missfall kan vara 1) fullständigt, då all graviditetsvävnad stöts ut ur livmodern, eller 2) ofullständigt, då graviditetsvävnad finns kvar i livmodern, eller 3) uteblivet, då det döda fostret är kvar i livmodern. Symtom på ofullständigt missfall är ökande smärta i nedre delen av buken, kontinuerlig blödning och feber.

Cirka 40 procent av alla missfall sker spontant och kräver ingen behandling.¹ I annat fall kan det vara nödvändigt med uppföljning eller utrymning av livmodern genom läkemedelsbehandling eller skrapning. Benämningen habituellt abort används då missfall konstateras kliniskt hos en kvinna (i samma parrelation) tre gånger i följd, eller två gånger i följd om det ena missfallet sker efter graviditetsvecka 12⁺⁰.² Låg födelsevikt hos barnet och för tidig förlösning är vanligare i samband med graviditeter som börjar efter flera missfall än vid graviditeter i genomsnitt.³ Anti-D-immunglobulin är väl-tolererat och kan hindra Rh-immunisering hos Rh-negativa kvinnor vid följande graviditet.¹

Missfall medför ångest och depression hos upp till hälften av kvinnorna.¹ Symtomen kan fortsätta i månader efter missfallet, och sorgens svårighetsgrad kan variera. Om kvinnan hoppats på en graviditet under en längre tid eller om missfallen upprepas, kan upplevelsen kännas särskilt tung och definitiv. Klienttillfredsställelsen ökar då en kvinna som fått missfall ges möjlighet att själv påverka vårdmetoden. Ångesten minskar då kvinnan får information om hur vanligt det är med missfall, om eventuella bakgrundsfaktorer och att prognosen i allmänhet är god för kommande graviditeter. I de flesta fall kan man säga att kvinnan inte själv kunnat påverka missfallet. Tills vidare är det inte möjligt att förhindra missfall, och det är ovanligt att en tydlig orsak hittas.

Vedertagen praxis vid missfall är att en sjukledighet på 1–3 dygn beviljas.¹ En längre sjukledighet kan behövas till exempel om det är fråga om en habituellt abort, kvinnan länge har velat ha barn eller graviditeten börjat med hjälp av assisterad befruktning. Blödningen fortsätter vanligen i två veckor efter missfallet, men de individuella skillnaderna är stora. En efterundersökning görs inom primärvården 3–4 veckor efter missfallet. Vid efterundersökningen fokuserar man på hur kvinnan mår psykiskt och ges kvinnan stöd. Om kvinnan inte har blödningar, smärta eller feber behövs ingen gynekologisk undersökning. Att livmodern är tom kan säkerställas genom ett graviditetstest i urinen som kvinnan själv gör. Om testet inte är negativt 3–4 veckor efter missfallet, går det bra att vänta och göra om testet efter 1–2 veckor, om kvinnan mår bra. Det går bra att försöka bli gravid genast efter missfallet, eftersom det i allmänhet inte finns några skäl att vänta. Vid efterundersökningen säkerställs ett eventuellt behov av preventivmedel.

REKOMMENDATION

- ▶ Det ska finnas regionala vårdkedjor vid missfall så att klienten kan styras till ändamålsenlig vård och så att man kommer ihåg att ge klienten ett tillräckligt psykiskt stöd.
- ▶ Vid spontant missfall under tidig graviditet där blödningarna och smärtorna först börjar och sedan avtar och upphör behövs ingen remiss till gynekologiska polikliniken.
- ▶ Den gravida kvinnan ska få en akutremiss till gynekologiska polikliniken eller jourpolikliniken, om missfallet 1) sker efter graviditetsvecka 12⁺⁰, 2) om blödningen först upphör och sedan börjar på nytt inom kort eller om kvinnan har smärtor i nedre delen av buken eller feber, eller 3) om blödningen är mycket riklig eller smärtan i nedre delen av buken är svår.
- ▶ Akutremiss till gynekologiska polikliniken eller jourpolikliniken ges också, om graviditetstestet är positivt och blödningen fortsätter eller om kvinnan har kraftiga smärtor i nedre delen av buken.
- ▶ Vid upprepade missfall är förfarandet vid pågående missfall det samma som ovan anges och en remiss skrivs till gynekologiska polikliniken för en bedömning inom icke-brådskande specialiserad sjukvård.
- ▶ Vid missfall som inträffar då graviditeten varat 8⁺¹ graviditetsveckor eller längre, ska Rh-negativa kvinnor ges anti-D-immunglobulin 250–300 µg.
- ▶ Vid mödrarådgivningen erbjuds både kvinnan och hennes partner möjlighet att komma och samtala om den förlust som missfallet gett upphov till, eventuell depression behöver identifieras och vid behov styrs personen till vård och stödtjänster ordnas.
- ▶ Föräldrarna ska få information om stöd av personer i samma situation. KÄPY - Barndödsfamiljerna rf är en förening som erbjuder stöd av personer i samma situation och hjälper familjer vars barn har dött, oavsett på vilket sätt och i vilken ålder barnet dött (www.kapy.fi). Lapsettomien yhdistys Simpukka ry (www.simpukka.info) är en riksomfattande förening för ofrivilligt barnlösa och har experter med egna erfarenheter som erbjuder stöd för personer som länge hoppats på en ny graviditet efter ett missfall. Föreningen har också en handbok som behandlar missfall och är avsedd för personer som upplevt barnlöshet (Odotus muuttui menetykseksi).
- ▶ Vid en graviditet som följer efter ett missfall erbjuds möjlighet att gå igenom frågor som anknyter till ett eller flera tidigare missfall med hjälp av en längre besökstid än vanligt eller ett extra besök.

Källor

1. Niinimäki M, Heikinheimo O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. *Duodecim* 127, (1), 67–73.
2. Ulander VM, Tulppala M. 2004. Keskenmeno. Teoksessa Ylikorkkala O, Kauppila A. (toim.) *Näistentaudit ja synnytykset*, 392–400. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
3. van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). 2009. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update*, 15, 409–421.

11.10 ABORT

Abort avser en graviditet som avbrutits artificiellt och som inte överensstämmer med definitionen på en förlossning och som leder till att ett eller flera foster dör.¹ År 2011 genomfördes 10 490 aborter i Finland, dvs. nio aborter per tusen kvinnor i fertil ålder (15–49 år).² I Finland regleras abort genom lag och förordning.^{3–4} Enligt lagen kan abort genomföras i Finland före graviditetsvecka 20⁺¹, eller med tillstånd av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) före graviditetsvecka 24⁺¹ på basis av en allvarlig fosteravvikelse. I Finland genomförs årligen cirka 200–300 aborter på fosterindikation.¹

Före graviditetsvecka 12⁺¹ kan abort göras genom läkemedelsbehandling eller kirurgiskt.¹ I graviditetsvecka 12 och senare genomförs aborten medicinskt vid vård på avdelning. År 2011 var 89 procent av aborterna i Finland medicinska.² Antalet upprepade aborter har ökat: totalt 37 procent av abortpatienterna år 2011 hade genomgått abort tidigare.

Abort är ingen riskfaktor för bröstcancer och ökar inte heller risken för somatiska sjukdomar.¹ Upprepade aborter (tre eller flera) har dock konstaterats öka risken för för tidig förlossning och låg födelsevikt hos barnet vid den första graviditeten efter aborterna.⁵ En efterundersökning genomförs 3–4 veckor efter aborten. Anvisningar om abortpatientens vårdkedja, undersökningar, stöd och planeringen av preventivmetod efter aborten finns i rekommendationen *God medicinsk praxis* (på finska).¹

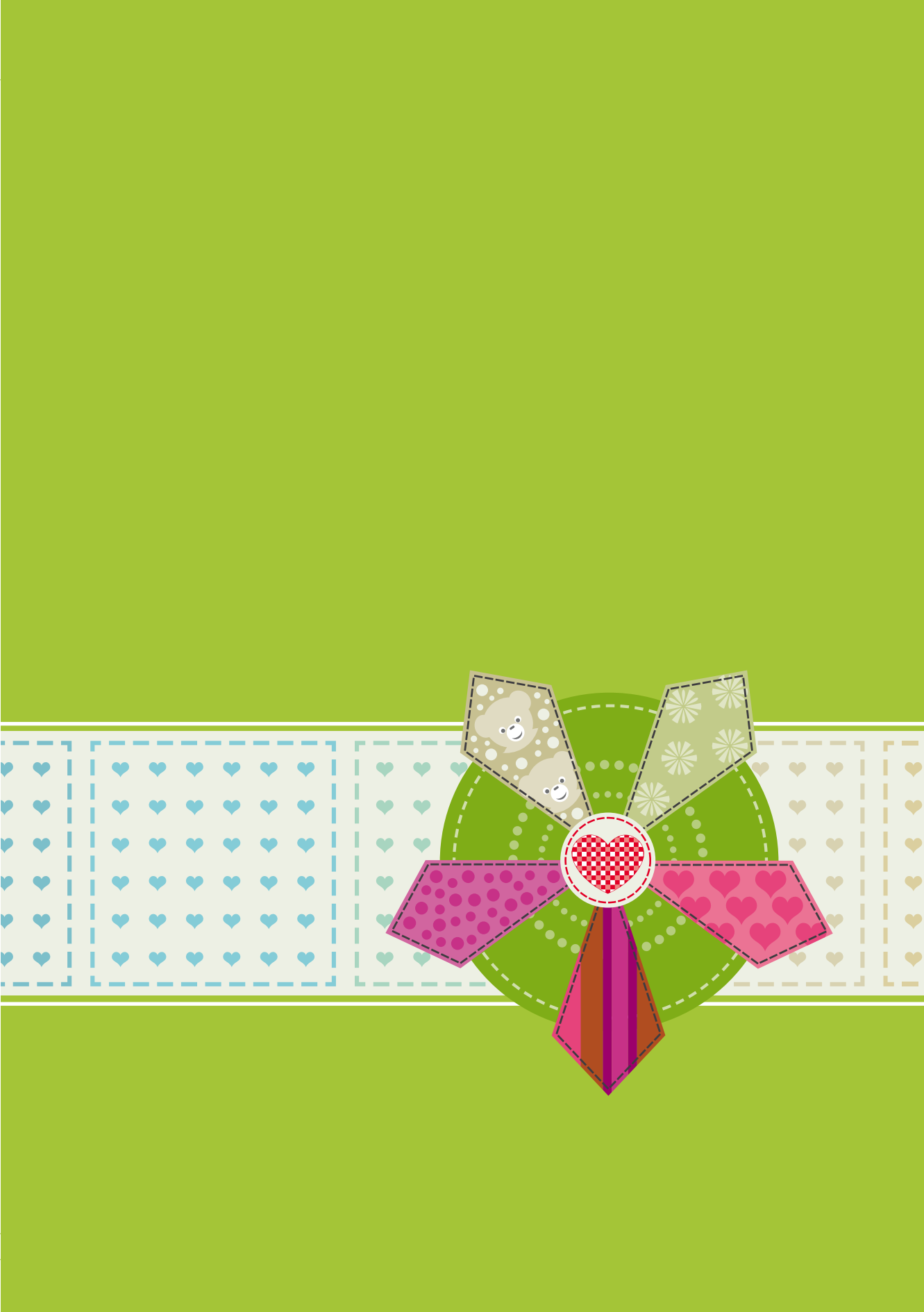
Mödrarådgivningen har en viktig roll i situationer där den gravida kvinnan genomgått upprepade aborter eller där abort genomförs eller har genomförts på grund av fosteravvikelse. En abort utgör ofta en del av en problematisk livssituation som kan vara förknippad med psykisk ohälsa eller psykiska symtom.¹ Särskild uppmärksamhet ska fästas vid situationer där abortpatienten är minderårig. Barnskyddslagen förutsätter att eventuellt sexuellt utnyttjande utreds och att sexualbrott anmäls direkt till polisen.

REKOMMENDATION

- ▶ Rekommendationen God medicinsk praxis¹ ska iakttas vid genomförandet av abortpatientens vårdkedja, undersökningar, vård och stöd och planeringen av preventivmetod efter aborten.
 - ▶ Om det är fråga om sen eller upprepad abort är det viktigt att fästa uppmärksamhet vid tidigare psykiska problem, ekonomiska eller sociala problem, tidigare assisterad befruktning eller eventuell avvikande fysisk hälsa för att utreda behovet av stöd och för att ge stöd och vid behov styra kvinnan till andra stödtjänster (socialarbetare, psykolog) och vid behov också tillgodose behovet av tolktjänster.
 - ▶ Om det är fråga om en abort på grund av fosteravvikelse är det mycket viktigt att föräldrarna får psykiskt stöd både före och efter aborten. Kontakta föräldrarna och erbjud dem möjlighet att samtala. Föräldrarna ska vid behov ges möjlighet till rådgivning vid en enhet för genetisk medicin efter det att alla undersökningsresultat blivit klara. Vid en ny graviditet efter en abort erbjuds vid behov möjlighet att diskutera frågor som anknyter till den tidigare aborten antingen vid ett längre besök eller ett extra besök.
-
-

Källor

1. Raskaudeneskeytytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. www.kaypahoito.fi [viitattu 9.4.2013].
2. Heino, Anna; Gissler, Mika; Soimula, Anna, 2013. Aborter 2012. Statistikrapport 18/2013. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 1970. Lag om avbrytande av havandeskap 239/1970. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700239>.
4. Social- och hälsovårdsministeriet 1970. Förordning om avbrytande av havandeskap 359/1970. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700359>
5. Klemetti K, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki, E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction*, 27(11), 3315–20.
6. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>.



12 FÖRBEREDELSE INFÖR FÖRLOSSNINGEN

12.1 VAL AV FÖRLOSSNINGSTÄLLE

I Finland föder cirka 99 procent av alla kvinnor på sjukhus, som av säkerhetsskäl också är det rekommenderade primära förlossningsstället.¹ Under de senaste årtiondena har flera förlossningssjukhus stängts i Finland. Antalet kommer sannolikt att minska ytterligare i framtiden, vilket bland annat beror på de kriterier för vård under jourtider som Social- och hälsovårdsministeriet fastställt och vars syfte är att förbättra patient-säkerheten och tillhandahålla jourverksamhet, till exempel förlossningsverksamhet.² Vid varje förlossningssjukhus ska det finnas möjlighet att genomföra akut kejsarsnitt² och akut vård ska erbjudas oberoende av var föderskan bor.³ Då avståndet mellan hemmet och sjukhuset blir längre kan det leda till en ökning av antalet förlossningar som sker på vägen till förlossningssjukhuset.

Valet av förlossningsställe påverkas av föderskans önskemål,³ avståndet till förlossningssjukhuset och de anvisningar som gäller riskförlossningar.⁴ Föderskan kan själv välja förlossningsställe. Före år 2014 var valet begränsat till specialupptagningsområdet för den verksamhetsenhet inom specialiserad sjukvård som hennes hemkommun hör till.³ Från och med början av år 2014 har valmöjligheterna utvidgats så att föderskan kan välja vilket förlossningssjukhus i Finland som helst oavsett var hon bor, eller söka sig till hälso- och sjukvårdstjänster inom Europeiska unionen (EU) och få en kostnadsersättning som motsvarar finländsk nivå.⁵ Rätten att utnyttja hälso- och sjukvårdstjänster i Finland hos personer som kommer från länder utanför EU ska bedömas från fall till fall.⁶ När det gäller riskförlossningar, såsom prematura förlossningar (före graviditetsvecka 30⁺⁰–32⁺⁰) eller förlossningar där barnets uppskattade födelsevikt understiger 1 500 gram, har vården koncentrerats till universitetssjukhusen.^{7–8} Om fostret konstaterats eller misstänks ha ett medfött hjärtfel som kräver operativ behandling omedelbart efter födseln, ska förlossningsstället vara ett sjukhus inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS).

REKOMMENDATION

- ▶ Föderskan ges handledning vid valet av förlossningsställe. Hon kan välja ett av de förlossningssjukhus som finns inom hemkommunens specialupptagningsområde, eller också vilket förlossningssjukhus som helst i Finland eller inom Europeiska unionen.
- ▶ Vid valet av förlossningssjukhus beaktas avståndet mellan hemmet och sjukhuset.

- Riskförlossningar, såsom prematura förlossningar (före graviditetsvecka 30⁺⁰–32⁺⁰) eller förlossningar där barnets uppskattade födelsevikt understiger 1 500 g, styrs till universitetssjukhusen. Förlossningssjukhus kan vid behov väljas på basis av läkarens bedömning.

Källor

- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. 2005. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. CD 000012.
- STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1486181
- Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Ennenaikainen synnytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynäkologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 17.3.2013].
- Direktiivi 2011/24/EU. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>.
- Folkpensionsanstalten. Sjukvård för utlänningar i Finland. <http://www.kela.fi/web/sv/sjukvard-for-utlannningar-i-finland?inheritRedirect=true>
- Rautava L, Lehtonen L, Peltola M ym. 2007. The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth register study. *Pediatrics* 119:e257–63.
- Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW ym. 2010. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants. *JAMA* 304: 992–1000.

12.2 ANVISNINGAR FÖR NÄR KVINNAN SKA TA SIG TILL FÖRLOSSNINGSSJUKHUSET

Tecken på att förlossningen sätter igång är sammandragningar, fostervattenavgång och blodblandad, slemmig flytning. Förlossningen anses börja då sammandragningarna är regelbundna (ett intervall på mindre än 10 minuter) och då livmodermunnen öppnats 3–4 centimeter.^{1–2} Förlossningen kan föregås av en så kallad latensfas, då föderskan kan ha regelbundna sammandragningar, men livmodermunnen inte öppnas eller öppnas långsamt.¹ Totalt 60 procent av de förlossningar som börjar med fostervattenavgång sätter igång inom loppet av ett dygn.³ Olika sjukhus kan ha olika anvisningarna för hur man ska gå tillväga när man misstänker att fostervattnet har gått.

Den gravida kvinnan känner igen de ovannämnda tecknen på att förlossningen sätter igång, men det har konstaterats vara svårt att bedöma när förlossningen börjar. Detta gäller framför allt förstföderskor, eftersom förlossningen ofta börjar med en latensfas, då sammandragningarna är regelbundna trots att förlossningen ännu inte satt igång.¹ Därför ska föderskor alltid ha möjlighet att kontakta förlossningssjukhusets personal då de har frågor.^{1,4} När kvinnan ges anvisningar för att ta sig till förlossningssjukhuset är det viktigt att beakta avståndet mellan hemmet och sjukhuset, eftersom ett långt avstånd ökar risken för att förlossningen sker på vägen till förlossningssjukhuset.^{3,5}

REKOMMENDATION

- ▶ Vid familjeträningen och förlossningsförberedelserna som arrangeras för den gravida kvinnan och hennes familj och vid besöken på mödrarådgivningen ges information om hur förlossningen börjar, tecken på det och förlossning före graviditetsvecka 36^{+0,6}.
 - ▶ Den gravida kvinnan tillråds vid behov att kontakta förlossningsjukhuset per telefon när förlossningen sätter igång för att få anvisningar och stöd. När kvinnan tar kontakt är det viktigt att lyssna på hur hon känner sig och att fråga henne när sammandragningarna börjat, hur länge de varar, hur tätt de återkommer, om fostervattnet eventuellt har gått och att be henne bedöma hur fostret rör på sig.
 - ▶ Råd kvinnan att ta sig till förlossningsjukhuset, när hon har regelbundna sammandragningar som varar i ungefär en minut och som återkommer med mindre än tio minuters intervall och/eller om kvinnan upplever att hon inte längre klarar sig hemma.
 - ▶ Tillråd kvinnan att komma omedelbart till sjukhuset om hon har klara blödningar eller oavbruten smärta.
-

Källor

1. Greulich, B, Tarrant, B. 2007. The Latent Phase of Labour; Diagnosis and Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Normal labour: first stage. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007. Intrapartum Care. Prelabour rupture of the membranes at term. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
4. Dixon L, Skinner J, Foureur, M. 2012. Women's perceptions of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 179.
5. Rathnayake, T. 2010. Defining onset of labour. *Midwifery Practice Manual*. Joanna Briggs Institute.
6. Lauzon L, Hodnett, ED 2009. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. CD000935.

12.3 FÖRLOSSNINGSPLAN

En förlossningsplan avser i detta sammanhang en skriftlig plan som den gravida kvinnan utarbetar tillsammans med barnmorskan eller hälsovårdaren och barnmorskan. Denna skriftliga plan kompletteras genom diskussioner tillsammans med den barnmorska som senare kommer att vara närvarande vid förlossningen. Med hjälp av förlossningsplanen kan kvinnan bearbeta sina egna önskemål och tankar kring den kommande förlossningen. Planen fungerar också som stöd för kommunikationen mellan föderskan och den vårdande personalen; i planen framför föderskan konkret sina egna önskemål till exempel när det gäller smärtlindring, ställning vid krystningen och de första stunderna med det nyfödda barnet.^{1–3} Förlossningsplanen har konstaterats öka känslan av kontroll och självbestämmanderätt hos föderskan och kännedomen om olika alternativ.^{4–6} Genom att träffa barnmorskan får föderskan och familjen en bra chans att påverka vården och att ställa frågor.^{3,7–8} Å andra sidan har man också hävdad att förlossningsplanen kan göra att familjen inte alls är flexibel i sina krav och att den kan skapa orealistiska uppfattningar om de egna möjligheterna att påverka.^{6–7}

REKOMMENDATION

- ▶ En individuell förlossningsplan kan göras upp för en kvinna som förbereder sig inför förlossning om hon så vill. Planen görs upp antingen vid mödrarådgivningen eller på förlossningssjukhuset. I arbetet med planen är det viktigt att lyfta fram att förlossningsförloppet är svårt att förutse och att planen justeras och ändras vid behov.

Källor

1. Adams E, Bianchi A. 2008. A Practical Approach to Labor Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 37, 106–115.
2. Bailey JM, Crane P. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35, 497–509.
3. McCormick C. 2003. The First Stage of Labour: Physiology and Early Care, 435–453. Teoksessa Fraser D, Cooper MA. (toim.) *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone. London – New York.
4. Ryttyläinen K. 2005. Naisten arviointit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio.
5. Kuo S, Lin K, Hsu C, Yang C, Chang M, Tsao C, Lin L. 2010. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experience, control and expectations fulfillment: a randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies* 47(7), 806–814.
6. Kaufman T. 2007. Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education* 16(3), 47–52.
7. Lothian J. 2006. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35 (2), 295–301.
8. Simkin P. 2007. Birth Plans: After 25 Years Women Still Want Be Heard. *Birth* 34(1), 49–51.

12.4 PLANERING AV FÖRLOSSNINGEN I SPECIALFALL

PROBLEM VID TIDIGARE FÖRLOSSNING

Det mest betydande av de problem som kan ha förekommit vid en tidigare förlossning är att förlossningen slutat med kejsarsnitt, antingen på grund av att förlossningen framskridit långsamt, på grund av fetal distress eller av någon annan orsak. Andra betydande problem är till exempel att det varit fråga om assisterad vaginal förlossning, att det nyfödda barnet inte mått bra, att det förekommit problem i efterbördsskedet, såsom kraftig blödning, eller att förlossningen på annat sätt varit traumatisk på grund av misslyckad smärtlindring eller någon annan orsak. Dessa problem kan upprepas vid nästa förlossning. Den kommande förlossningen kan ge upphov till oro och ångest redan i ett tidigt skede av graviditeten.

Det är bra att diskutera den tidigare förlossningen redan i mitten av graviditeten, vid behov också tidigare. Det är framför allt viktigt att kartlägga föderskans upplevelser och uppfattning som gäller den tidigare förlossningen, att ställa mer specifika frågor om förlossningens avvikande förlopp och att iaktta tecken på traumatisering. En eventuell risk för sekundär förlossningsrädsla eller för att bli traumatiserad av förlossningen ska kartläggas och identifieras hos kvinnan senast under den andra trimestern.

Uppgifter om föregående förlossning finns i allmänhet i epikrisen och andra journalhandlingar på sjukhuset. När det gäller de mest betydande förlossningsproblemen har efterundersökningen ofta gjorts på förlossningssjukhuset, och då har man eventuellt också primärt tagit ställning till den vård som behövs vid en kommande graviditet och förlossning.

REKOMMENDATION

- ▶ Om en tidigare förlossning har varit svår, finns det skäl att ta ställning till om det sannolikt var fråga om ett engångsproblem som endast var förknippat med föregående förlossning eller om problemet kan upprepas. Det finns likaså skäl att överväga i vilken utsträckning den tidigare förlossningen var problematisk på medicinska grunder och å andra sidan utgående från föderskans upplevelser.
- ▶ Om livmodern tidigare opererats, skrivs en remiss till moderskaps-
polikliniken i allmänhet i slutet av graviditeten. Remissbehovet kan dock variera individuellt. Om äret i livmodern tidigare har konstaterats vara tunt och eventuell smärta förekommer i ärrområdet, kan det vara motiverat att skriva en remiss redan i mitten av graviditeten. Ett tidigare kejsarsnitt som planerats på grund av ett engångsproblem utgör å andra sidan inte nödvändigtvis alls en indikation för att utfärda en remiss.
- ▶ I fråga om andra betydande problem övervägs ändamålsenligheten och tidpunkten för en remiss individuellt.

- ▶ Även i det fallet att den gravida kvinnan också vårdas inom specialiserad sjukvård, kräver komplikationer vid en tidigare graviditet sannolikt också extra besök på rådgivningen.
- ▶ I allmänhet behövs extra besök för att följa upp den nuvarande graviditeten, vid behov utfärda en remiss och erbjuda psykiskt stöd.

FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

Nästan alla kvinnor känner sig nervösa inför förlossningen. Det är naturligt och hjälper kvinnan att möta den nya situationen. En måttlig nervositet får kvinnan att söka information och fundera på frågor kring förlossningen utgående från den egna situationen.

Det är viktigt att skilja en normal spänning och förberedelse inför förlossningen från en fobisk och oproportionerlig förlossningsrädsla som stör arbets- och familjelivet under graviditeten och hindrar en normal förberedelse inför förlossningen. Förlossningsrädsla framträder bland annat i form av mardrömmar, panikattacker, ångest, ett flertal fysiska besvär under graviditeten och tilltagande extra besök på rådgivningen och på jourmottagningen.¹⁻² Kvinnor som lidit av förlossningsrädsla har ofta svårigheter med föräldraskapet och den tidiga interaktionen och löper en förhöjd risk för förlossningsdepression.³ Enligt nordiska undersökningar lider 5–6 procent av alla gravida kvinnor av stark förlossningsrädsla.

Bakgrundsfaktorer till förlossningsrädsla

Orsaker bakom förlossningsrädsla kan vara tidigare eller nuvarande psykisk ohälsa, problem med sexualiteten eller upplevelser av sexuellt utnyttjande eller våld i nära relationer.⁴⁻⁶ Förlossningsrädslan har ofta också en koppling till rädsla för gynekologiska undersökningar. I ett omfattande finländskt material konstaterades två gånger oftare psykisk ohälsa (psykiatrisk avdelningsvård, poliklinikvård eller läkemedelsbehandling hos sammanlagt 54 % av de kvinnor som led av förlossningsrädsla), både före och efter graviditeten, hos föderskor med förlossningsrädsla än hos andra jämnåriga föderskor.⁶ De vanligaste diagnoserna hos kvinnor med förlossningsrädsla var depression (11,1 %), ångestsyndrom (10,1 %), personlighetsstörningar (3,4 %) eller en kombination av flera diagnoser (6,9 %).

Också dåligt självförtroende, missnöje med parrelationen, vissa personlighetsdrag (sårbarhet, ångest, neurotiska drag) och brist på socialt stöd ökar risken för förlossningsrädsla.⁷⁻⁸ Det sociala nätverket är kanske svagt. Partnern kan kanske inte ge det stöd som behövs på grund av sin egen nedstämdhet. Ångest och hjälplöshet i förberedelserna inför den nya situationen är inte enbart den gravida kvinnans problem, utan också parets problem.⁷

Riskfaktorerna för depression och förlossningsrädsla är till stor del desamma: tidigare depression, ensamstående förälder och brist på socialt stöd. Därför är det ytterst viktigt att rådgivningspersonalen identifierar depression och styr till vård redan under graviditeten, både med tanke på förlossningsrädslan och mammans senare psykiska hälsa. En stor del av de kvinnor som lider av ångestsymtom under graviditeten får förlossningsdepression.⁹ Nedstämdhet i början av graviditeten ökar också risken för förlossningsrädsla och förlossningsdepression.³ Då psykiska problem vårdas på ett ändamålsenligt sätt under graviditeten hjälper det också kvinnan att förbereda sig inför förlossningen. Behandlingen av psykiska problem hör till primärvården eller den psykiatriska specialiserade sjukvården (se kap. Psykiska problem).

En tidigare komplicerad förlossning är den viktigaste riskfaktorn för förlossningsrädsla.¹⁰⁻¹¹ Den viktigaste enskilda orsaken till att en kvinna ber om planerat kejsarsnitt i sin andra graviditet är att den första förlossningen slutat med kejsarsnitt.^{4,10,12} Att förlossningen slutar på ett annat sätt än man tänkt sig kan vara en mycket traumatisk upplevelse, eftersom den är förknippad med en rädsla för att man själv eller barnet dör eller skadar sig.¹³ Upp till 41 procent av de kvinnor som genomgått en komplicerad förlossning är rädda för att dö vid nästa förlossning.¹⁴ Det är viktigt att ta hand om eftervården efter en instrumentell förlossning på så sätt att eventuell traumatisering kan undvikas eller att åtminstone de kvinnor som traumatiserats under föregående förlossning identifieras och styrs till fortsatt vård. Personalen på förlossningssjukhusen ska få utbildning för tidigt konstaterande av trauma. I familjeträningen på rådgivningen är det bra att också ta upp sådana frågor som anknyter till avvikande förlossningar så att upplevelsen av en förlossning som slutar med ingrepp inte ska bli så traumatisk.

Vad är man rädd för?

Föderskor är mest rädda för smärta, hjälplöshet, att bli lämnad ensam, att tappa krafterna och självkontrollen, att bli illa behandlad av personalen eller att personalen inte ska kunna samarbeta. Känslan av att inte klara av förlossningen kan anknyta till en rädsla för både fysiska och psykiska skador och för döden. Den är också förknippad med en rädsla för att barnet ska ta skada, dvs. en rädsla för att utsätta barnet för fara på grund av eget inkonsekvent agerande.

Följderna av förlossningsrädsla

Negativa förväntningar, rädsla och ångest ökar känslan av smärta och behovet av smärtlindring vid förlossningen och risken för att förlossningen drar ut på tiden. Då föderskan är rädd är förlossningen förknippad med svårigheter och risker: antalet jouråtgärder ökar¹⁵ och risken för att traumatiseras av förlossningen ökar.¹⁶ En traumatisk förlossningsupplevelse kan leda till en posttraumatisk stressreaktion, depression, frivillig barnlöshet och problem med den tidiga interaktionen.

Principer för behandling av förlossningsrädsla

Målet med behandlingen av förlossningsrädsla är att ge information till föderskan så att hon utifrån den kan behandla frågor kring förlossningen (smärtlindring, riskerna med kejsarsnitt och vaginal förlossning, uppföljningen av fostrets tillstånd under förlossningen) och öka föderskans förtroende för vården och sin egen förmåga. I en förtroendefull vårdrelation lyssnar personalen på föderskan då hon talar om sina känslor, hon får ändamålsenlig information och hon har möjlighet att ställa frågor och dela med sig de känslor som informationen väcker. Den kommande förlossningen är lättare att gestalta, de inre bilderna blir klarare och rädslan avtar.

Behandlingen inleds tidigt. Det kan vara svårt att tala om förlossningsrädsla på grund av den skam, skuldkänsla och sorg som an knyter till rädslan. Det är bra att ta upp känslorna kring förlossningen på rådgivningen senast vid ett besök i mitten av graviditeten. Frågan kan tas upp med hjälp av frågeformulär.¹¹ Förutom professionellt stöd kan en kvinna med lindrig förlossningsrädsla ha nytta av en utomstående stödperson, en doula, som bygger på kamratstöd. Bland annat Förbundet för mödra- och skyddshem erbjuder denna stödform på finska, Folkhälsan på svenska. En remiss till polikliniken för förlossningsrädsla kan ges, om rådgivningens åtgärder (information och stöd, familjeträning) inte verkar vara tillräckliga. De svåraste fallen (traumatisering vid tidigare förlossning, en svår psykisk sjukdom, en önskad graviditet eller ett önskemål om kejsarsnitt) ska remitteras i ett tillräckligt tidigt skede.

Stöd och respekt. Vid behandlingen av förlossningsrädsla strävar personalen efter att hjälpa kvinnan att ha kontroll över graviditeten och förlossningen och att visa att hennes känslor respekteras så att hon med hjälp av stöd kan genomgå en normal förlossning och ta emot förlossningen så som den kommer.

Multiprofessionellt arbete. Det är viktigt med ett välfungerande samarbete mellan mödrarådgivningen och vid behov fostrings- och familjerådgivningen och förlossningssjukhuset. Förutom hälsovårdaren/barnmorskan och eventuellt en psykolog ingår också en förlossningsläkare och förlossningssjukhusets barnmorska i vårdteamet. Då det behövs kallas en expert i tidig interaktion med i vårdteamet. Vid behov kan föderskan skickas till psykiatrisk konsultation. En del av arbetet sköts av tredje sektorn och genom stöd av personer i samma situation.

Planering av förlossningen. Föderskans önskemål till exempel när det gäller smärtlindring antecknas på förhand. Det har observerats öka kvinnans mod att genomgå en normal förlossning och hennes tillit till att hon kommer att få god vård vid förlossningen.

Resultatet av behandlingen av förlossningsrädsla. Behandlingen av förlossningsrädsla är ofta framgångsrik om den genomförs systematiskt och kontinuerligt. En god vårdrelation stärker känslan av trygghet och tilliten till de planer som görs upp. Olika studier visar att 50–90 procent av de kvinnor som fått behandling mot förlossningsrädsla lyckas förbereda sig inför en normal förlossning och att kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla därmed kan undvikas. De effektivaste metoderna är specialförbe-

redelse i grupp, där förlossningen och föräldraskapet behandlas med hjälp av psyko-educativa metoder och där man övar inför förlossningen genom mentala övningar och avslappning¹⁷, och handledning som ges av barnmorskan och som grundar sig på ett krisorienterat förhållningssätt.¹⁸

Rädslan bearbetas inte genom kejsarsnitt. Totalt 1–1,5 procent av alla barn i Finland föds med kejsarsnitt som görs på grund av förlossningsrädsla.¹⁹ Beslutet om förlossningssättet fattas i slutet av graviditeten i samråd med den gravida kvinnan. Kejsarsnitt är förknippat med en längre konvalescens jämfört med vaginal förlossning och en risk för betydande komplikationer. Genom en operation kan man inte heller påverka de faktorer som ligger bakom förlossningsrädslan, och samma frågor återkommer vid nästa graviditet. Å andra sidan ska ingen heller bli tvingad till vaginal förlossning.

Panik i slutet av graviditeten. Förlossningsrädslan, framför allt en obehandlad förlossningsrädsla, är vanligen som starkast några veckor före förlossningen. För att undvika förhastade beslut om kejsarsnitt krävs ibland intensivt och akut arbete för att avhjälpa situationen.

Förebyggande av förlossningsrädsla

Det emotionella trauma som en kvinna eventuellt fått efter en svår förlossning är en förlossningskomplikation som ska identifieras, och det är viktigt att behandlingen inleds på förlossningssjukhuset redan före kvinnan skrivs ut. Bra sätt att förebygga förlossningsrädsla är att ge ändamålsenlig information till exempel om praxis för smärtlindring på områdets förlossningssjukhus, psykologiska synvinklar vid familjeträningen, tid att också diskutera frågor kring förlossningen på rådgivningen, möjlighet att bekanta sig med förlossningssjukhuset och gemensamma riktlinjer mellan rådgivningen och förlossningssjukhuset. Det är i hög grad fråga om att föderskan lär sig att lita både på sin egen förmåga och på hälso- och sjukvårdssystemet.

REKOMMENDATION

- ▶ Tankarna kring förlossningen ska tas upp på rådgivningen senast vid ett besök i mitten av graviditeten.
- ▶ Det är viktigt att identifiera depression redan under graviditeten både med tanke på förberedelserna inför förlossningen och med tanke på mammans senare hälsa.
- ▶ Förlossningsrädsla behandlas i första hand vid rådgivningen eller inom tredje sektorn: behandlingen består av möjlighet till information och stöd och familjeträning. Största delen av alla kvinnor med förlossningsrädsla kan med hjälp av stöd och information förberedas för en normal förlossning.

- ▶ En remiss till förlossningsjukhusets poliklinik för förlossningsråds-
la kan utfärdas, om rådgivningens åtgärder inte verkar vara tillräckli-
ga. En gravid kvinna med en tidigare traumatisk förlossning, en svår
psykisk sjukdom, en oönskad graviditet eller ett önskemål om kejsar-
snitt remitteras i ett tillräckligt tidigt skede till polikliniken för för-
lossningsrädsla.
- ▶ Ett eventuellt beslut om kejsarsnitt fattas på förlossningsjukhuset i
slutet av graviditeten, om kvinnan trots det stöd och den information
hon fått inte kan tänka sig vaginal förlossning.
- ▶ Det är viktigt att identifiera en kvinna som traumatiserats vid en för-
lossning och att styra henne till vård. Det är mycket viktigt att skilja
mellan depression efter förlossningen och förlossningstrauma.

Källor

1. Forde R. Pregnant women's ailments and psychosocial conditions. *Fam Pract* 1992, 9, 270–3.
2. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38(5), 567–76.
3. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. 2001a. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80, 39–45.
4. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. 2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 109, 618–23.
5. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. 2011. Fear of childbirth, women's preference for caesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 90, 33–40.
6. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 118, 1104–11.
7. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. 2001b. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 108, 492–8.
8. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86(7), 814–20.
9. Bowen A, Muhajarine N. 2006. Antenatal depression. *Can Nurse* 102, 26–30.
10. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 94, 679–682.
11. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116, 67–73.
12. Kringeland, T, Daltveit AK, Moller A. 2009. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 37, 364–71.
13. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. 1998. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* 25, 246–51.
14. Sjögren B. 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 18, 266–272.
15. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. 1998. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77, 542–7.
16. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. 2009. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116, 672–80.
17. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. 2006. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 85, 1315–9.
18. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33, 221–8.
19. Rouhe H, Halmesmäki E, Saisto T. 2007. Synnyty-
spelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset HYKS:n alueella vuosina 1999–2005. *Duodecim* 123: 2481–6.

AVVIKANDE FOSTERBJUDNINGAR

Senast i graviditetsvecka 34–35 ska fostret ligga i längsläge med huvudet neråt.¹⁻² Att fostret blir i tvärläge eller snedläge är ovanligt. Cirka 4 procent av alla foster ligger i sätesbjudning i början av graviditetsvecka 35 (längsläge, med stjärten neråt). Då huvudet utgör den ledande delen leder fostrets flexionsläge till nackbjudning, vilket är den vanligaste och mest fördelaktiga fosterbjudningen. Avvikelse i fostrets position eller i fosterhållningen leder till annan bjudning än nackbjudning.

Tvärläge eller sätesbjudning konstateras genom yttre undersökning. Om den yttre undersökningen gett ett osäkert resultat kan en gynekologisk undersökning eller en ultraljudsundersökning vara till hjälp för att konstatera en avvikande bjudning. En avvikande huvudbjudning kan vara svår att observera. Bjudningen ändras och korrigeras ofta spontant ännu senare under graviditeten.

REKOMMENDATION

- ▶ Om tvärläge eller sätesbjudning upptäcks i graviditetsvecka 34–35 utfärdas en remiss till specialiserad sjukvård för eventuell yttre vändning och planering av förlossningen.
 - ▶ Om fosterbjudningen är oklar i graviditetsvecka 34–35, kan ett extra besök behövas för att fastställa den.
 - ▶ Möjligheten till ultraljudsundersökning inom primärvården hjälper att gallra ut de verkliga fallen av avvikande fosterbjudning bland alla misstänkta fall, och då kan man också undvika onödiga remisser till moderskapspolikliniken.
-

Källor

1. Uotila J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. Suomen Lääkärilehti 61, 1857–61.
2. Hutton E, Hofmeyr G. 2006. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane database Syst Rev 2006.

MISSTANKE OM BÄCKENFÖRTRÄNGNING

Förlossningen kan bli komplicerad om fostret är stort i förhållande till bäckenet eller bäckenet trångt i förhållande till fostrets storlek. Förutom bäckenets ben påverkas bäckenets kapacitet av de mjuka vävnadernas egenskaper och avvikande bjudning hos fostret. Att förutse förlossningsförloppet utgående från en förhandsundersökning är svårt eller omöjligt, eftersom förlossningens framskridande beror mycket mer på livmoderns egenskaper och hur den ledande delen sjunker och svänger sig under för-

lossningen än på bäckenets eller fostrets mått. Klara bäckenförträngningar eller exceptionellt stora foster ska ändå identifieras på förhand redan på rådgivningen så att en situationsbedömning och en vårdplan kan göras i tillräckligt god tid på förlossnings-sjukhuset.

Förlossningsbedömningen är en helhet som påverkas av eventuella tidigare förlossningar, fostrets storlek, eventuella problem i fosterbjudningen, bäckenets kapacitet och andra egenskaper hos den gravida kvinnan. En eventuell störning i glukosmetabolismen ska beaktas vid bedömningen. Kvinnans längd har i allmänhet ett direkt samband med bäckenvolymen, vilket betyder att det är ovanligt att en kvinna som är längre än genomsnittet har ett trångt bäcken.

Tecken på eventuell disproportion mellan bäckenet och fostret är bland annat att en liten och späd kvinna verkar ha ett medelstort eller stort foster, att livmodern är exceptionellt stor eller att fostret är exceptionellt stort (> 2 SD) och att en kvinna med diabetes eller graviditetsdiabetes har ett exceptionellt stort foster. Ytterligare tecken på disproportion är att fostrets huvud inte sjunkit ner i bäckenet hos förstföderskor före graviditetsvecka 38, eller att den ledande delen ligger högt vid klinisk undersökning av bäckenet och att fingret lätt når promontorium.

REKOMMENDATION

- ▶ Om det uppstår en verklig misstanke om disproportion mellan bäckenet och fostret, ges en remiss till moderskapspolikliniken för bedömning inom den specialiserade sjukvården i ett tillräckligt tidigt skede (< 38 veckor), för att förlossningssjukhuset i tid ska kunna planera uppföljningen av graviditeten, igångsättandet av förlossningen eller kejsarsnitt.
 - ▶ Eventuell förlossningsrädsla eller annan oro hos den gravida kvinnan kan påverka beslutet att remittera patienten till moderskapspolikliniken för en bedömning inom den specialiserade sjukvården i slutet av graviditeten.
 - ▶ Efter graviditetsvecka 35 kan extra besök hos hälsovårdaren/barnmorskan eller läkaren behövas för att bedöma fostrets storlek, bäckenet och fostrets placering i bäckenet.
-
-

Källa

1. Maharaj D. 2010. Assessing cephalopelvic disproportion: back to basics. *Obstet Gynecol Surv*, 387–95.

FÖRLOSSNING MED KORT EFTERVÅRD

Vårdtiden på sjukhuset efter förlossningen har blivit kortare under de senaste åren. År 2010 var det genomsnittliga antalet vård dagar efter en förlossning 3,0 dygn, medan motsvarande antal i slutet av 1980-talet var 6,5 dygn.¹ De förkortade vårdtiderna beror bland annat på ekonomiska faktorer och på att klienterna blivit mer medvetna och att färdigheterna i egenvård och tillgången till information har ökat. Genom nya vårdformer, såsom förlossning med kort eftervård (på finska LYSY), har servicesystemet svarat på behoven hos de mammor som skrivs ut snabbare från sjukhuset.

De kvinnor och barn som genomgår en förlossning med kort eftervård skrivs ut från sjukhuset inom mindre än 48 timmar efter förlossningen. Utskrivningen kan ske tidigast inom sex timmar, och då talar man om en poliklinisk förlossning (figur 1). Uppföljningen av mamman och det nyfödda barnet varierar utgående från hur snabbt utskrivningen sker efter förlossningen (figur 1). Förfarandet med kort eftervård passar sådana kvinnor som haft en normal graviditet och förlossning och då inget avvikande uppkommit hos det nyfödda barnet före utskrivningen.²⁻⁴ Olika sjukhus kan också ha andra kriterier för förlossning med kort eftervård som gäller både mamman och barnet.

Fördelarna med förlossning med kort eftervård

Metoden kan granskas utgående från klienttillfredsställelsen, ur ekonomisk synvinkel och framför allt utgående från säkerheten. Tidig utskrivning efter förlossningen är förknippad med en god klienttillfredsställelse och besparingar i servicesystemet tack vare kortare vårdtider.⁵ Metoden beaktar kvinnornas individuella önskemål om tidpunkten för utskrivningen. En fördel för det nyfödda barnet, mamman och familjen är bland annat att hemmiljön skyddar mot sjukhusbakterier.² Hemma är det också lättare än på sjukhuset att nå en lyckad amning som följer barnets rytm och stödjer utvecklingen av den tidiga interaktionen och hela familjens deltagande.²

Eventuella risker vid förlossning med kort eftervård

Riskerna vid förlossning med kort eftervård anknyter framför allt till att störningar i den nyföddas fysiska hälsa och de risker som är förknippade med kvinnans återhämtning efter förlossningen inte ska kunna observeras och diagnostiseras i ett tidigt skede. Risker som gäller det nyfödda barnet är till exempel gulhet, uttorkning, lågt blodsocker och sen diagnostisering av en infektionsrisk, men dessa kan kontrolleras genom effektiv uppföljning.² Risker som anknyter till mamman är till exempel en rädsla för att inte klara sig hemma, eventuell depression efter förlossningen och svårigheter att identifiera störningar i återhämtningen efter förlossningen.⁶⁻⁷ De omständigheter som beskrivs ovan kan reduceras med hjälp av ett fungerande uppföljningssystem som kvinnor och familjer känner att de kan lita på.

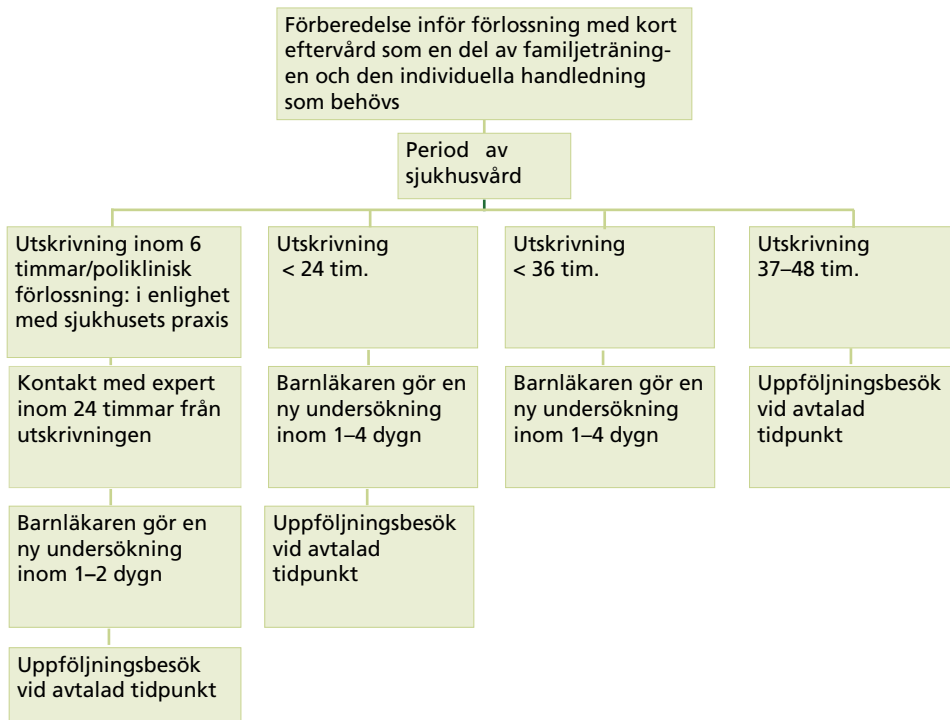
Förberedelse inför en förlossning med kort eftervård och kriterier

Förberedelserna inför en tidig utskrivning efter förlossningen ska inledas redan under graviditeten vid familjeträningen eller vid besöken på rådgivningen. Familjen ska bland

annat sätta sig in i de kriterier och utmaningar som är förknippade med en förlossning med kort eftervård, såsom uppföljningen av den nyfödda (gulhet, näring) och uppföljningen av mammans egen återhämtning.^{2,8} För att en förlossning med kort eftervård ska vara säker förutsätts att servicesystemet erbjuder minst ett uppföljningsbesök, antingen på sjukhuset eller hemma, och att vården kan fortsätta bland annat genom rådgivning per telefon (figur 1).²⁻⁴ Eftersom en del av de eventuella problem som kan uppkomma i den nyföddas fysiska hälsa är ovanliga, utvecklas personalens kompetens bäst vid sådana enheter som har ett tillräckligt stort antal patienter.^{2,9} För att denna tjänsteform ska kunna erbjudas förutsätts att samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården är smidigt och att förlossningssjukhusets personals expertis (förlossningsläkare, barnläkare och barnmorskor) utnyttjas också efter att familjen skrivits ut från sjukhuset.

Uppföljningsbesökets betydelse och innehåll

Med tanke på säkerheten är det mycket viktigt med ett uppföljningsbesök efter en förlossning med kort eftervård (figur 1). Det centrala innehållet vid uppföljningsbesöket är att följa upp den nyföddas fysiologi, att stödja amningen och den tidiga interaktionen, att följa upp mammans hälsa (involution) och att samtala om förlossningen. Uppföljningsbesöket arrangeras antingen inom den specialiserade sjukvården, på rådgivningen eller hemma hos familjen med beaktande av familjens behov och önskemål och de lokala resurserna.



FIGUR 1. Förlossning med kort eftervård.

REKOMMENDATION

- ▶ Förlossning med kort eftervård (på finska LYSY) kan utgående från de lokala resurserna rekommenderas för kvinnor som har haft en regelbunden graviditet och förlossning, som vill skrivas ut snabbt från förlossningssjukhuset och vars nyfödda barn inte löper någon betydande risk för infektion, hypoglykemi, gulsot eller annat avvikande som kan vara ett hinder för tidig utskrivning.
- ▶ För att säkerställa att förlossning med kort eftervård lyckas ska specialkompetensen hos experterna inom mödravården upprätthållas bland annat genom fortbildning, kompletterande utbildning och arbetsrotation.
- ▶ Servicen utvecklas klientorienterat utgående från de lokala förhållandena och vårdens kontinuitet tryggas för föderskan och hennes familj bland annat med hjälp av telefonrådgivning och en obruten informationskedja. Förlossning med kort eftervård ska utgöra en sammanhängande helhet över organisationsgränserna.
- ▶ Rekommendationen är att störningar i den nyföddas fysiska hälsa alltid ska följas upp i samband med förfarandet med kort eftervård och att de risker som är förknippade med kvinnans återhämtning efter förlossningen ska observeras tidigt och diagnostiseras.

Källor

1. Vuori E, Gissler M, 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>
2. Tammela O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. Suomen Lääkärilehti, 63(7), 633–636.
3. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. 2002. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev (3):CD002958 [Review content assessed as up-to-date: 30 November 2008].
4. Grullon KE, Grimes DA. 1997. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. Obstet Gynecol 90(5), 8608–65.
5. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín, González, Manzano. 2005. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. American Journal of Obstetrics and Gynecology 193, 714–726.
6. Löf M, Crang Svalenius E, Persson EK. 2006. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. Scandinavian Journal of Caring Science, 20, 323–330.
7. McLachlan HL, Gold L, Forster DA, Yelland J, Rayner J, Rayner S. 2009. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. Women and Birth, 22(4), 128–133.
8. The Joanna Briggs Institute. 2011. Midwifery Practice Manual. Postnatal Care.
9. Lehtonen L. 2008. Varhain kotiutuneen vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. Suomen Lääkärilehti, 63(8), 732.

HEMFÖRLOSSNING

Planerad hemförlossning

En planerad hemförlossning innebär att kvinnan föder på ett planerat sätt hemma eller på ett annat ställe som hon valt och som inte är ett sjukhus, och att hon får stöd av en yrkesperson inom förlossningsvård, en barnmorska och/eller en läkare. En planerad hemförlossning innefattar planering av förlossningen och alla praktiska arrangemang som ska påbörjas i god tid. I Finland ansvarar familjen själv för dessa arrangemang. Totalt 0,02 procent av alla förlossningar i Finland är planerade hemförlossningar. Motsvarande andel är till exempel 0,1 procent i Sverige, 0,9 procent i Danmark och 1,8 procent på Island.¹ Cirka 12 procent av hemfödernorna eller de nyfödda behöver förflyttas till sjukhus.²⁻³

Forskningsresultaten om säkerheten vid hemförlossning är motstridiga. Dödsrisken hos en frisk lågriskföderska och risken för neonatal död hos barnet är lika stor som hos motsvarande grupp vid förlossning som sker på sjukhus.⁴⁻⁶ Å andra sidan har hemförlossning konstaterats utsätta den nyfödda för låga Apgar-poäng och höja risken för perinatal eller neonatal dödlighet.⁷⁻⁹ Vid hemförlossning planeras en snabb och trygg förflyttning till förlossningssjukhuset noggrant på förhand, eftersom medicinska åtgärder, såsom kejsarsnitt, vid behov betydligt kan minska mödradödligheten och den perinatale dödligheten.¹⁰

REKOMMENDATION

- ▶ Sjukhuset rekommenderas som primärt förlossningsställe för alla föderskor.
- ▶ Om föderskan/familjen ändå håller fast vid att föda hemma, ska familjen få objektiv information om riskerna med hemförlossning, de kriterier som anknyter till föderskan och graviditeten och juridiska frågor.
- ▶ Om en gravid kvinna planerar hemförlossning ska det helst vara fråga om en frisk omföderska, dvs. en så kallad lågriskföderska. Lågriskföderska avser i detta sammanhang att den gravida kvinnan inte har någon underliggande sjukdom, att det är fråga om en enkelbördsgraviditet, att fostret ligger i huvudbjudning, att graviditeten har framskridit på ett regelbundet sätt och att den gravida kvinnan inte är streptokockantigen B-positiv. Den gravida kvinnan ska helst inte tidigare ha genomgått kejsarsnitt och inte heller förlossning med sugklocka. Graviditeten ska vara fullgången, men inte överburen (38⁺⁰–41⁺⁶).

- ▶ Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att ge familjerna objektiv information om hemförlossning, anknytande risker och praktiska arrangemang, eftersom det är familjen som bär det huvudsakliga ansvaret vid hemförlossning. Rekommendationen är att parterna (en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och den gravida kvinnan och/eller familjen) undertecknar ett avtal om hemförlossning. Avtalet eliminerar inte den yrkesutbildade personens lagbaserade skyldigheter, men det kan stärka personens rättskydd i situationer där parterna är oeniga om huruvida familjen var medveten om eventuella risker förknippade med hemförlossning.
- ▶ Om familjen väljer hemförlossning, ser familjen till att det finns två yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård (i denna rekommendation avser detta ett arbetspar av två barnmorskor eller av en barnmorska och en läkare) som hjälper vid förlossningen. Dessa personer ska kunna sköta förlossningen och vid behov återuppliva den nyfödda och se till att både mamman och den nyfödda mår bra och återhämtar sig. Familjen eller de yrkesutbildade personerna som kommer för att sköta förlossningen ser till att behövlig utrustning finns. Familjen eller de yrkesutbildade personerna har inte rätt att få utrustning från primärvården eller den specialiserade sjukvården.
- ▶ Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården¹¹ är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skyldig att fullgöra försäkringsskyldigheten för sådana patientskador som stadgas i patientskadelagen¹². Rekommendationen är att en förflyttning hemifrån till sjukhuset som eventuellt kan behövas ska kunna genomföras så snabbt som möjligt, på mindre än tjugominuter. Vid misstanke om eventuella komplikationer är det viktigt att snabbt fatta beslutet att åka till sjukhuset. Om akutvårdstjänster behövs för förflyttningen kontaktas det allmänna nödnumret 112. Det finns skäl att beakta hur lång tid det tar för akutvården inom området att anlända.
- ▶ En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården antecknar sådana uppgifter i journalhandlingarna som behövs för att tillhandahålla, planera, genomföra och följa upp patientens vård.¹³ Förlossningssjukhuset informeras om planen på hemförlossning med föderskans samtycke. Separata journalhandlingar görs upp för föderskan och det nyfödda barnet. De journalhandlingar som anknyter till hemförlossningen är sådana handlingar som avses i lagen om privat hälso- och sjukvård¹⁴ och som regleras av bestämmelserna om privata serviceproducenter inom hälso- och sjukvården och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är verksamma som självständiga yrkesutövare. För en ändamålsenlig hantering av jour-

nalhandlingarna, datasekretessen och dataskyddet och för sekretessen och överlämnandet av patientuppgifter ansvarar ifrågavarande verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården enligt förordningen om journalhandlingar¹⁵ och handboken om journalhandlingar¹⁶.

- ▶ Det nyfödda barnet genomgår ett screeningtest för syremättnad som görs i foten när barnet är ungefär två timmar gammalt (syremättnaden överstiger 95 %). Om syremättnaden understiger rekommendationen, ska förlossningssjukhuset kontaktas.
- ▶ Den yrkesutbildade personen bedömer hur det nyfödda barnet som fötts hemma mår (andas, äter, utsöndrar) åtminstone en gång per dygn fram till barnläkarens granskning.
- ▶ Den yrkesutbildade person som skött förlossningen meddelar utan dröjsmål uppgifter om att barnet fötts direkt till magistraten. Uppgifter om att barnet fötts meddelas till befolkningsdatasystemet senast följande vardag efter förlossningen. Den yrkesutbildade personen ser också till att barnet anmäls till födelseregistret, till exempel genom att sända in uppgifterna på en pappersblankett till THL.
- ▶ För att säkerställa att allt löper smidigt tar föräldrarna eller barnmorskan kontakt med förlossningssjukhuset 2–4 dygn efter förlossningen. Även om barnläkarens granskning utgör icke-akut vård, är det fråga om en nödvändig undersökning. En läkare vid rådgivningen eller inom den privata sektorn kan på förhand skriva en remiss och då kan det nyfödda barnets granskning och undersökningar avtalas med förlossningssjukhuset. I samband med barnläkarens granskning bedöms behovet av ett prov för fenyylketonuri som tas för screening av en ärftlig ämnesomsättningsjukdom (PKU) som är ovanlig i Finland. Dessutom bedöms behovet av Calmette-vaccin, om det inte redan gjorts på rådgivningen. Hörseln undersöks på normalt sätt med OAE-utrustning. Eftersom det primära ansvaret för observationen av barnets välbefinnande efter en hemförlossning ligger hos föräldrarna, ska de yrkesutbildade personerna ge familjen anvisningar för hur barnet ska observeras (se kap. Förlossning med kort eftervård och Uppföljning av det nyfödda barnet) och tillråda att vid behov kontakta en barnläkare.
- ▶ Den yrkesutbildade personen som sköter förlossningen ansvarar för att tyreotropin-prov (TSH) tas i navelserum, dvs. screening för hypotyreos hos nyfödda. Om den gravida kvinnan är Rh-negativ, ska barnmorskan också ha hand om de blodgrupps- och Rh(E-ABORh)-prov som tas ur navelblodet. Den yrkesutbildade personen ansvarar för att alla prov hanteras, sparas och sänds vidare på ett ändamåls-

enligt sätt och för att resultaten granskas. Den yrkesutbildade personen sänder proverna till det överenskomna laboratoriet. Laboratoriet informeras om proverna i god tid före den beräknade tiden. Senast i samband med att provet levereras kommer man överens om vem som kan kontaktas om provresultatet avviker från referensvärdena och kräver fortsatta åtgärder.

- ▶ Om barnet till en Rh-negativ mamma konstateras vara Rh-positivt, behöver mamman anti-D-immunglobulin inom 72 timmar efter förlossningen. Den yrkesutbildade person som haft hand om förlossningen ska se till att barnets blodgruppsvar kontrolleras tillräckligt snabbt, att immunglobulin skaffas och att mamman skyddas med immunglobulin.

Källor

1. Gissler M. 2012. THL. Informationen har erhållits personligen.
2. Lindgren HE, Rådestad IJ, Hildingsson IM. 2011. Transfer in planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population-based study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2, 101-105.
3. Johnson KC, Davis B-A. 2005. Outcomes of planned home births with certified professional mid-wives. Large prospective study in North America. *British Medical Journal* 330, 1416–1419.
4. RCOG and Royal College of Midwives. 2007. Joint statement No.2: Home Births. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/home-births>. Sivu julkaistu 1.4.2007. Luettu 31.1.2012.
5. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek-Gravenhorst J, Buitendijk SE. 2009. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 116 (9), 1177–1184.
6. Olsen O, Clausen JA. 2012. Planned hospital birth versus planned home birth (Review). *The Cochrane Collaboration*.
7. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. 2002. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstetrics and Gynecology*, 100(2), 253-9.
8. Silveira MJ, Copeland LA, Feudtner C. 2006. Likelihood of homebirth death associated with local rates of home birth: influence of local area healthcare preferences on site of death. *American Journal of Public Health* 96 (7), 1243–1248.
9. Wax JR., Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Carlin A, Blackstone J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: a meta-analysis. *Am.J.Obstet.Gynecol.Sep;203(3):243.e1–243.e8*.
10. Darmstadt GL, Yakoob MY, Haws RA, Menezes EW, Soomro T, Bhutta ZA. 2009. Reducing stillbirths: interventions during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9 (Suppl 1):S6.
11. Social- och hälsovårdsministeriet 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>
12. Social- och hälsovårdsministeriet 1986. Patientskadelag 585/1986. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860585>
13. Social- och hälsovårdsministeriet 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
14. Social- och hälsovårdsministeriet 1990. Lag om privat hälso- och sjukvård 152/1990. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19900152>
15. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298>
16. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. *Opas terveydenhuollolle*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.



13 UPPFÖLJNING AV DET NYFÖDDA BARNET

Andningen och blodcirkulationen

Vid födseln börjar det nyfödda barnet andas och blodcirkulationen börjar anpassa sig till ett liv utanför livmodern. På förlossningssjukhuset mäts syremättnaden i både hand och fot ungefär två timmar efter förlossningen. Syremättnaden ska då normalt vara 95 procent. Genom mätningen hittas medfödda hjärtfel som beror på persisterande ductus arteriosus.¹ Ett nyfött barn andas 40–60 gånger per minut och hjärtat slår cirka 120–140 gånger per minut, men det varierar mycket beroende på vakenhetsgraden. Avvikande är om pulsen konstant understiger 80 eller överstiger 180 per minut. En avvikande andning och/eller puls kan vara symtom på problem i både luftvägarna och blodcirkulationen. Andningen kan försvåras av att tungan är stor eller att den har en tendens att falla bakåt hos ett barn med liten käke eller medfödd uppmjukning i struphuvudet eller luftstrupen (malaci) som innebär att broskstrukturerna sjunker ihop. Då är det viktigt att hitta den sovställning i vilken barnet bäst kan andas. Barnet måste kunna andas genom näsan när det äter och sover. Om näsan är tilltäppt ges vid behov koksalt droppar i näsborrarna.

REKOMMENDATION

- ▶ Uppföljningen av det nyfödda barnets andning och blodcirkulation fortsätter vid hembesöken och på rådgivningen.
 - ▶ Vid misstanke om att barnet har andningsstillestånd eller vid klart avvikande andning och puls ska barnet remitteras till jourpolikliniken för barnsjukdomar.
-
-

Näring och vikt

Vikten sjunker ända fram tills det nyfödda barnet är tre dagar gammalt. En viktminskning på mindre än 10 procent anses vara normal. Barnet når sin födelsevikt vid cirka 10–14 dagars ålder. Om barnet har fötts genom kejsarsnitt, är viktminskningen snabbare och större, medan viktökningen är långsammare än hos ett barn som fötts vaginalt. Barn som fötts underviktiga eller magra har en mindre viktminskning än vanligt, och även viktökningen är snabbare än hos normalviktiga barn. Om viktminskningen är större än 10 procent är orsaken ofta att barnet inte matas tillräckligt. Barnet kanske inte suger tillräckligt bra eller också är mjölmängden för liten. I det fallet får barnet pumpad bröstmjölk eller modersmjölksersättning som tilläggsmjölk under den tid som be-

hövs. För att stödja amningen och för att följa upp barnets vikt har vissa rådgivningar en klientvåg, där föräldrarna själva kan väga barnet och göra amningsvägningar. När mjölmängden ökar har barnet avföring och barnet kissar mer, vilket gör att barnet väter 4–5 blöjor per dygn.

REKOMMENDATION

- ▶ Uppföljningen av det nyfödda barnets vikt fortsätter vid hembesöken och på rådgivningen.
 - ▶ Om barnets vikt minskar med mer än 12 procent från födelsevikten eller om barnet inte nått födelsevikten vid senast tre veckors ålder, remitteras barnet till jourpolikliniken för barnsjukdomar.²
 - ▶ Om barnet har blodiga, gröna eller rikliga kräkningar eller kaskadkräkningar eller om kräkningarna börjar under måltider, ska barnet akut remitteras till jourpolikliniken för barnsjukdomar. Om barnets viktökning lider på grund av uppkastningar, remitteras barnet icke-brådskande till polikliniken för barnsjukdomar.
-
-

Problem hos det nyfödda barnet

Gulsot

I Finland blir mer än hälften av alla nyfödda gulfärgade vid 2–7 dagars ålder och fem procent får ljusbehandling.³ Gulfärgningen beror på att bilirubin frisätts i blodomloppet som en restprodukt vid nedbrytning av röda blodkroppar. Fysiologisk ikterus uppkommer under den andra levnadsdagen. Den är som kraftigast vid ungefär fyra dagars ålder och försvinner vid 1–2 veckors ålder.

Tidig och avvikande gulsot, dvs. hyperbilirubinemi, orsakas av blodgruppsimmunisering, som innebär att mamman och barnet har olika blodgruppsantigen och att de blodgruppsantikroppar som överförts från mamman till barnet via moderkakan bryter ner barnets röda blodkroppar. Vanligast är Rh-immunisering (en Rh-negativ mamma har bildat anti-Rh(D)-antikroppar) och ABO-immunisering (en mamma med blodgrupp O har bildat antikroppar mot A- eller B-antigen). Hyperbilirubinemi som kräver behandling förekommer också hos barn som är för tidigt födda eller uttorkade eller som har en infektion, blödningar, problem i magfunktionen eller en ärftlig benägenhet hos de röda blodkropparna att falla sönder på grund av att de är klotformade (sfärocytos). Vid långdragen gulsot är det vanligen fråga om bröstmjölksutlöst ikterus, vars orsak är okänd. Vanligen går problemet över av sig självt och amningen behöver inte avbrytas. Det är bra att kontrollera att det inte finns andra orsaker till barnets gulsot, till exempel (urinvägs)infektion, gallgångsatresi eller hypotyreos. Vid kraftig hyperbiliru-

binemi samlas bilirubin i hjärnkärnorna och det kan leda till nedsatt hörsel och neurologiska skador. Tack vare behandling har kärnikterus inte påträffats i Finland på flera årtionden.

REKOMMENDATION

- ▶ Om barnet är gulfärgat, undersöks dess allmäntillstånd för att konstatera en eventuell sjukdom och vikten kontrolleras för att utesluta uttorkning. Vid behov remitteras barnet till jourpolikliniken för barnsjukdomar. Vid behov inleds ljusbehandling antingen på sjukhuset eller hemma, beroende på den specialiserade sjukvårdens praxis.
 - ▶ Efter blodgruppsimmunisering följs blodets hemoglobinhalt upp på rådgivningen från och med 2–3 veckors ålder med ett par veckors mellanrum på grund av risk för anemi. Uppföljningen fortsätter ända tills hemoglobinnivån börjar stiga, dvs. ända fram till cirka 2 månaders ålder. Kontakta polikliniken för barnsjukdomar, om hemoglobinet sjunker lägre än 90 g/l.
-
-

För tidigt födda barn

Nästan alla barn som fötts före graviditetsvecka 35⁺⁰ vårdas i början på barnavdelningen. En förutsättning för att barnet ska kunna skrivas ut är att näringstillförseln är tryggad (kan ha näs-magsond vid utskrivningen), att barnet håller temperaturen och mår bra. Den relativa viktminskningen är större hos för tidigt födda barn än hos fullgångna barn. Prematurer når sin födelsevikt senare, dock inom två veckor. De blir trötta när de äter och vanligen går det högst tre timmar mellan måltiderna fram till att maturiteten nåtts. Hos prematurer kontrolleras vikten i början med 1–2 veckors intervall.

För tidigt födda barn behöver oftare och längre ljusbehandling än fullgångna barn. De behöver mer sömn än fullgångna barn och deras kroppstemperatur sjunker också lättare. För tidigt födda barn kan i allmänhet vistas utomhus när födelsevikten har nåtts och/eller vikten överstiger 2 500 g. Infektionsrisken är större hos dem än hos fullgångna barn.

REKOMMENDATION

- ▶ Ett barn som vid födseln vägt mindre än 1 800 g ska vid utskrivningen få med sig särskilda anvisningar för specialkost. För barn som vägt mindre än 2 500 g planerar sjukhuset järnprofylax.⁴

- ▶ Tillväxtkurvan för prematurer ritas utgående från den beräknade tiden. Den neurologiska utvecklingen bedöms också åldersjusterat från den beräknade tiden.
 - ▶ Prematurer vaccineras på normalt sätt utgående från den kronologiska åldern. Rotavirusvaccin kan ges ända fram till att barnets kronologiska ålder är 14 veckor.⁵
-
-

Infektioner

Lokala infektioner

Blåsdermatos eller pemfigus orsakas av stafylokockbakterier på huden. Klara, vätskefyllda blåsor på en i övrigt frisk hud kan ha orsakats av herpesvirus. Pemfigus behandlas med antiseptiskt bad och lokal antibiotika. Antiseptisk behandling av naveln är särskilt viktigt. Oral antibiotikabehandling inleds, om det finns varblåsor i ansiktet eller om sjukdomen har spridits över ett brett område.

Om det nyfödda barnet under sina första levnadsdagar har bindhinneinflammation i ögat med kraftiga symtom, dvs. konjunktivit, kan det vara fråga om sällsynt gonorrékonjunktivit som ska behandlas på sjukhus med lokal och allmän antibiotika. Typiskt för klamydiakonjunktivit som uppkommer senare, efter 5–7 dagar, är rikligt och limliknande sekret. Klamydiakonjunktivit behandlas med antibiotika i form av ögondroppar och oral antibiotika för att förebygga pneumoni.

REKOMMENDATION

- ▶ För att förebygga spridningen av en lokal infektion är det viktigt med en god handhygien.
 - ▶ Ett nyfött barn med misstänkt herpesinfektion ska omedelbart remitteras till jourpolikliniken för barnsjukdomar.
 - ▶ Vid vanlig konjunktivit inleds behandling med antibiotikadroppar, om situationen förvärras eller drar ut på tiden.
-
-

Allmäninfektioner

Den vanligaste orsaken till allmäninfektion hos nyfödda är grupp B-streptokocker, GBS, som barnet fått av mammans normala bakterieflora. För att förebygga infektion ges vissa föderskor (se kap. Infektioner som omfattas av screening) antibiotikaproylax under förlossningen. Infektionssymtom är retlighet, smärta vid beröring eller slapphet, kramper, dålig aptit, kräkningar, feber eller sänkt kroppstemperatur, snabbare andning, kvidande andning eller andningspauser. Av 1 000 nyfödda får 0,4–0,7 en tidig form av GBS-sjukdomen.⁶ Symtomen på tidig sepsis börjar vanligen senast ett dygn efter förlossningen. Symtom på sen GBS-sjukdom börjar tidigast en vecka och senast två eller rentav tre månader efter förlossningen. Prevalensen är 0,4 per 1 000 nyfödda och antibiotikaproylax som getts till mamman påverkar inte prevalensen.⁶ Också herpesvirusinfektion orsakar de allmänsymtom som beskrivs ovan, ofta kramper och mer sällan vattenblåsor på huden. Symtomen uppkommer vanligen vid 1–2 veckors ålder. Vid förlossningen kan barnet smittas av mamman som ofta kan vara helt symptomfri, men som för första gången insjuknat vid tiden före förlossningen.⁷

REKOMMENDATION

- ▶ En GBS-sjukdom kan framskrida snabbt och därför finns det skäl att omedelbart sända alla sjuka eller febriga barn i åldern 1–2 månader till jourpolikliniken för barnsjukdomar.⁸
 - ▶ Remittera omedelbart ett barn med misstänkt herpesinfektion till jourpolikliniken för barnsjukdomar.
-
-

Luftvägsinfektioner

Slem i de övre luftvägarna kan vara till skada för barnets allmäntillstånd, matning och sömn. Om barnet har en kronisk lungsjukdom, såsom bronkopulmonell dysplasi, kan en luftvägsinfektion vara svårare än normalt. Om luftvägsinfektionen beror på kikhosta, RS-virusinfektion eller influensavirus, kan barnet behöva sjukhusvård. Strävan är att diagnostisera influensasmitta hos spädbarn snabbt så att antiviral läkemedelsbehandling vid behov ska kunna inledas, vilket förkortar sjukdomstiden och minskar förekomsten av öroninflammationer.⁹

REKOMMENDATION

- ▶ Det är viktigt att inte exponera det nyfödda barnet för infektion och att säkerställa en god handhygien.
-
-

Förlossningsskador

Förlossningsskador kan orsaka smärtor och begränsa barnets rörelser. Vid nyckelbensbrott kan det hända att barnet på grund av smärtan låter armen hänga. Vid vården av barnet är det viktigt att undvika rörelser som orsakar smärta, vanligen behövs ingen smärtlindring. Till en början förekommer svullnad och krepitation vid frakturområdet, senare uppstår en bula som beror på den nybildade vävnaden och som försvinner efter några månader. Nyckelbensbrottet läker av sig självt och är smärtfritt efter en vecka. Erbs pares, dvs. förlamning i armens nervfläta, kan anknyta till ett nyckelbensbrott. Problemet förekommer närmast hos barn vars skuldror varit svåra att få ut vid förlossningen. Barnets arm är slapp. Vid Erbs pares griper barnet vanligen tag med fingrarna, rör på handleden och böjer armbågsleden. Barnet lyckas dock inte helt lyfta armen och det framträder som asymmetrisk Mororeflex. En femtedel av barnen får bestående men, till exempel inskränkt rörlighet eller förminskad känslighet.¹⁰ Den knöl/svullnad som uppstår på det ställe där sugklockan varit fäst försvinner inom ett dygn. Fostersvulst på huvudet ändrar form under de första dagarna och går över på ett par månader.

REKOMMENDATION

- ▶ Om fostersvulsten är stor kan barnets gulfärgning bli kraftigare på grund av det blod som strömmat till svulsten. Om huden på huvudet har spruckit ska den hållas torr och ren.
 - ▶ Om Erbs pares konstateras hos barnet, ger sjukhusets fysioterapeut föräldrarna anvisningar om hur barnet ska hanteras, medan en barnortoped eller en barnkirurg ansvarar för den fortsatta uppföljningen.
-

Missbildningar

Tre procent av barnen har en betydande missbildning.¹¹ Alla missbildningar är inte synliga och kan inte heller alltid upptäckas på förlossningssjukhuset. Ytterligare undersökningar av observerade missbildningar görs eller planeras före utskrivningen.

Betydande medfödda hjärtfel förekommer hos ungefär åtta barn av tusen. Ett hjärtfel kan upptäckas genom ett biljud, snabb andning, cyanos, nedsatt syremättnad, trötthet, dålig aptit eller då barnet inte mår bra. Vissa hjärtfel kan ge symtom först hemma. Sammanlagt 20–40 procent av alla medfödda hjärtfel är kammarseptumdefekter. Också ett biljud som orsakas av en stor kammarseptumdefekt kan uppkomma först efter utskrivningen då motståndet i lungkretsloppet har minskat. Symtom på aorta-koarktation (6–7 % av alla medfödda hjärtfel) kan uppkomma först hemma, om den öppna ductus arteriosus stängs först då. De symtom som koarktation medför, såsom

andfåddhet och trötthet, kan fortskrida snabbt och pulsen i lårtären är svag eller saknas helt. Alla nyfödda barn hos vilka ett betydande hjärtfel misstänks eller vilka har överensstämmande symtom genomgår en ultraljudsundersökning av hjärtat. Också öppetstående ductus arteriosus och förmaksseptumdefekt är vanliga medfödda hjärtfel. Den senare kanske konstateras först i vuxen ålder. De utgör sammanlagt 4–5 procent av alla medfödda hjärtfel. Hos 40 procent av de barn som lider av Downs syndrom konstateras hjärtfel. Sammanlagt 6–7 procent av alla medfödda hjärtfel utgör transposition av de stora kärlen och 7–9 procent hypoplasi i vänstra hjärtkammaren. Den operativa behandlingen av medfödda hjärtfel har koncentrerats till Barn- och ungdomssjukhuset vid Helsingfors universitetscentralsjukhus. Idag är prognosen vid medfödda hjärtfel relativt god.¹²

Medfödd höftledsluxation förekommer hos ungefär en av hundra nyfödda. Luxation konstateras när barnet undersöks före utskrivningen. Största delen stabiliseras snabbt efter födseln. Om höftleden är instabil eller luxerbar vid två veckors ålder, behandlas barnet med en skena i 6–8 veckor. Uppföljningen och behandlingen handhas av en barnortoped eller en barnkirurg. En höftledsluxation som konstaterats sent kräver långvarigare och eventuellt kirurgisk behandling.¹³ Obehandlad leder höftledsluxation till förkortat ben och haltande gång. Klumpfot börjar behandlas under de första dagarna genom spjälning. Kirurgisk behandling av missbildningar i extremiteterna görs senare.

Hos 4–5 procent av alla nyfödda pojkar konstateras att testikeln inte kommit ner i pungen. Om ingendera testikeln har kommit ner och/eller om penis är liten, görs endokrinologiska basutredningar. Njurmissbildningar som inte påverkar urinbildningen undersöks på sjukhuset med ultraljud under de första dagarna efter födseln. Vid behov inleds profylax mot urinvägsinfektion. Om ett sådant barn har feber tas också urinprov för att utesluta urinvägsinfektion.

Barn med läpp- och gomspalt skrivs vanligen ut senare än normalt, eftersom det kan vara svårt för dem att lära sig att äta. Om det är fråga om stor gomspalt, lyckas amningen inte alltid och barnet får då pumpad bröstmjölk i flaska. Det kan behövas en specialnapp och specialhandledning för matningen. Förlossningssjukhusets kontaktsköterska ger familjen den första informationen om hur spalten och barnet ska vårdas. I Finland föds ungefär 25 barn med spalt per 10 000 nyfödda. Deras vård har koncentrerats till läpp- och gomspaltscentret vid Helsingfors universitetscentralsjukhus och Uleåborgs universitetscentralsjukhus.

Upp till 4 procent av alla nyfödda lider av kort tungband.¹⁴ Om det försvårar sugningen, kan läkaren klippa av det. Om barnet har en anatomisk avvikelse i ögat eller örat, remitteras barnet till en specialist inom specialiteten i fråga.

REKOMMENDATION

- ▶ Om det finns tecken på hjärtfel hos barnet (biljud, snabb andning, nedsatt syremättnad, eventuellt cyanos, svag puls i lårtären) eller om barnet klarar sig dåligt (vikten stiger inte, barnet blir lätt ansträngt eller orkar inte äta), remitteras barnet omedelbart till jourpolikliniken för barnsjukdomar.
- ▶ Om höfternas rörlighet och abduktion (rörelse utåt) inte är symmetrisk vid den uppföljning som görs på rådgivningen, rekommenderas undersökning hos en barnortoped eller en barnkirurg.
- ▶ Om testikeln inte har kommit ner vid senast 6 månaders ålder, skrivs en remiss till barnkirurgen.¹⁵

Plötslig spädbarnsdöd

Antalet fall av spädbarnsdöd har minskat efter att man börjat lägga barnen och sova på rygg.¹⁶ Årligen förekommer 10–20 fall av plötslig spädbarnsdöd i Finland. Riskfaktorer är bland annat att barnet föds för tidigt och att mamman röker. Dessutom behövs en latent mottaglighet och en yttre utlösande faktor. Användning av napp efter att barnet lärt sig att amma minskar risken.¹⁶ Det finns också tecken på att risken för plötslig spädbarnsdöd är förhöjd om barnet sover bredvid föräldrarna, framför allt hos barn under 3 månader, även om föräldrarna varken röker eller dricker alkohol.¹⁷

Prov, specialundersökningar och vaccinationer på förlossningssjukhuset

Alla barn får en intramuskulär K-vitamininjektion efter födseln för att förebygga benägenhet för blödningar som beror på K-vitaminbrist. Om föräldrarna förbjuder en injektion, ska ett barn som får bröstmjolk ges K-vitamin oralt under flera veckor. Anvisningar för K-vitamintillskottet och uppföljningen av blödningsbenägenheten ges på förlossningssjukhuset. Ett barn som flaskmatas skyddas mot blödningsrisken genom det K-vitamin som finns i modersmjölksersättning. Senare börjar barnets egen tarmflora producera K-vitamin.

För att konstatera en medfödd brist på sköldkörtelhormon (1:3 000) analyseras TSH-halten i navelblodet hos alla nyfödda. Tyroxinbehandling inleds efter ett kontrollprov som tas när det gått mer än 72 timmar från förlossningen. Nedsatt funktion i sköldkörteln följs upp på polikliniken för barnsjukdomar.

Hos barn till Rh-negativa mammor analyseras blodgrupp och Rh-faktor efter födseln. Om blodgruppsimmunisering förekommer hos barnet och Coombs test är positivt, analyseras hemoglobinet och iaktas eventuell gulfärgning.

För att konstatera fenylketonuri, dvs. PKU, tas ett blodprov på barnet vid 2–5 dagars ålder, om ingendera av föräldrarna är finskfödda. PKU är mycket sällsynt i den finländska befolkningen. För att garantera en normal utveckling hos ett PKU-barn inleds tidig kostbehandling. Uppföljningen sker på polikliniken för barnsjukdomar. I och med invandringen förändras den finländska befolkningen och i framtiden kommer sjukdomar i ämnesomsättningen hos nyfödda eventuellt att screenas i större utsträckning.¹⁸

Alla nyfödda genomgår en undersökning av hörseln. Av tusen nyfödda har 1–3 dålig hörsel.¹⁹ Vanligen görs en mätning av otoakustiska emissioner. Resultatet kan vara otillförlitligt under det första dygnet, då det fortfarande finns vätska i mellanörat. Om hörselsvar inte fås vid en ny undersökning vid 1–2 veckors ålder, remitteras barnet till en enhet för undersökning av hörseln.

BCG-vaccin mot tuberkulos ges på förlossningsjukhuset, om den ena eller bägge föräldrarna kommer från ett land där det förekommer tuberkulos, eller om familjen ska flytta till ett sådant land inom ett år, eller om det i barnets närmaste omgivning finns en person som haft tuberkulos.²⁰

Om mamman är hepatit B-bärare, ges barnet direkt efter födseln hepatit B-antikroppar och hepatit B-vaccin. Därefter ges vaccinationsseriens tre sista vaccindoser på rådgivningen. En vaccinationsserie mot hepatit B rekommenderas också om någon i familjen är hepatit B-bärare eller använder sprutdroger eller om mamman är hepatit C-bärare. I det fallet räcker det med en grundvaccinationsserie som består av tre vaccindoser.²⁰

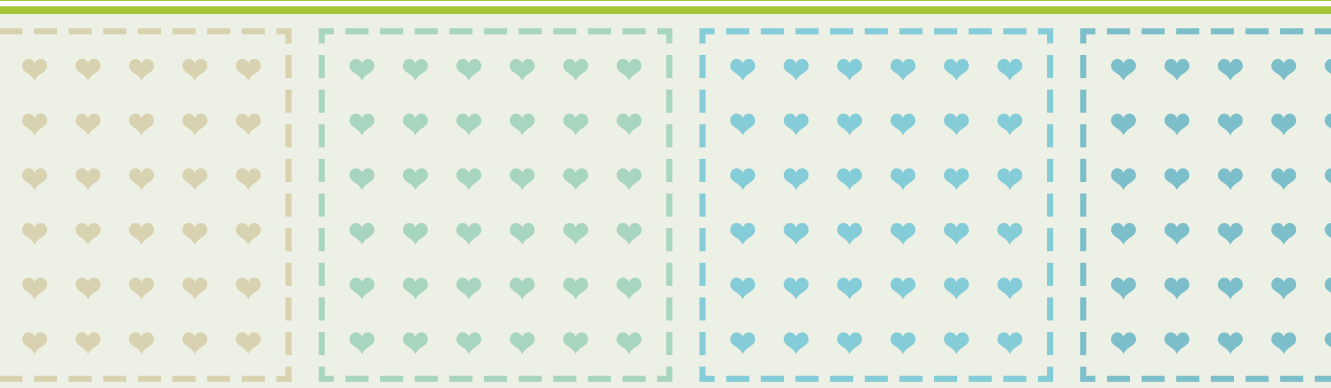
REKOMMENDATION

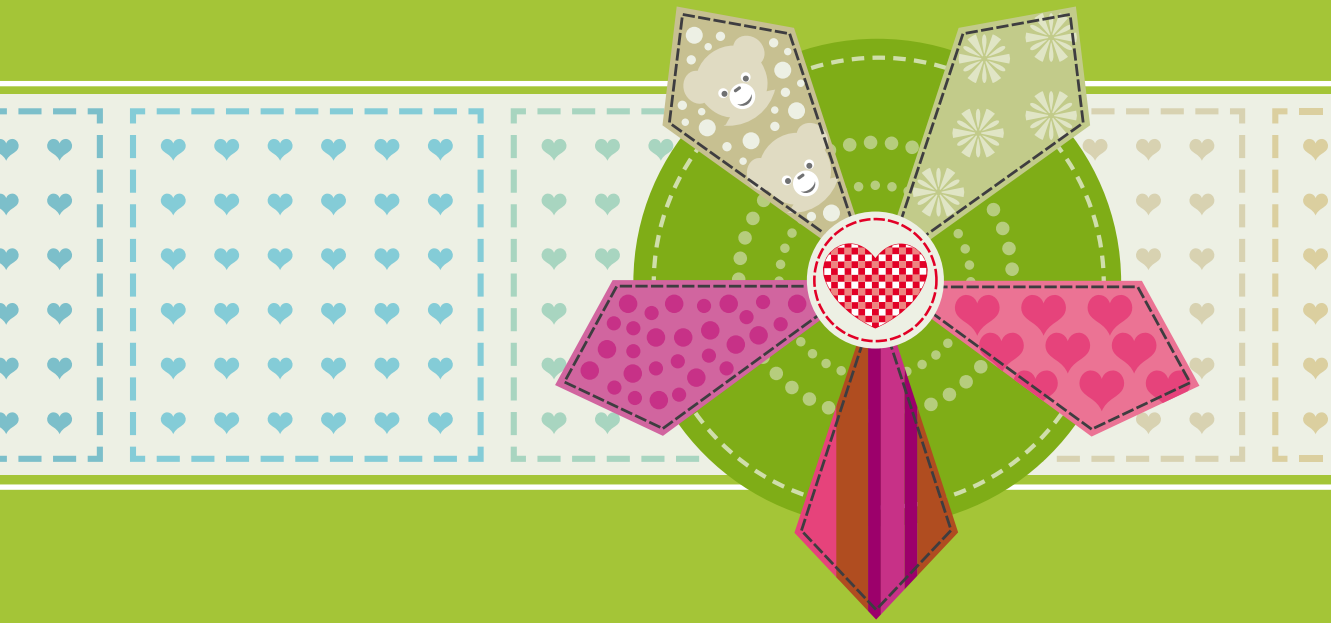
- ▶ På rådgivningen ska föräldrarna få information om de vanligaste undersökningarna som nyfödda barn efter födseln genomgår på förlossningsjukhuset.
- ▶ Uppföljningen av hörseln fortsätter på rådgivningen i enlighet med gällande anvisningar.
- ▶ Om det senare framgår att en BCG-vaccination behövs, kan vaccinationen ges utan ytterligare utredningar ända fram till 6 månaders ålder i enlighet med THL:s anvisningar.²⁰
- ▶ Om mamman är hepatit B-bärare, fortsätter vaccinationsserien mot hepatit B på rådgivningen vid 1, 2 och 12 månaders ålder. Barnet undersöks för hepatit B-antikroppar vid 14–18 månaders ålder inom primärvården.²⁰

- ▶ Om mamman är hepatit C-bärare, undersöks barnet för antikroppar mot hepatit C-virus inom primärvården vid 14–18 månaders ålder. Om antikroppsfyndet är positivt remitteras barnet till polikliniken för barnsjukdomar.
- ▶ Att mamman bär på hepatit B eller C hindrar inte amning.²¹

Källor

1. Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan K, Ewer A. 2012. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379, 2459–2464.
2. McKie A, Young D, MacDonald P. 2006. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Arch Dis Child* 91, 44–46.
3. Vuori E, Gissler M. 2012. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2011. Statistiskrapport 20/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>
4. Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. 2013. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr* 162, 90–100.
5. Omenaca F, Sarlangue J, Szenborn L, Nogueira M, Suryakiran PV, Smolenov IV, Han HH 2012. ROTTA-054 Study group. Safety, reactogenicity and immunogenicity of the human rotavirus vaccine in preterm European Infants: a randomized phase IIIb study. *Pediatr Infect Dis J* 31, 487–93.
6. Uotila J, Lyytikäinen O. 2012. Vastasyntyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki-infektion ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 67, 50–52.
7. Välimaa H, Seppänen M, Hukkanen V. 2013. Herpes simplex-virusinfektioiden nykykuva ja hoito. *Duodecim* 129, 31–40.
8. Qvist E, Korppi M. 2009. Alle kolmen kuukauden ikäinen lapsi päivystyksessä. *Duodecim* 125, 2373–2379.
9. Wang K, Shun-Shin M, Gill P, Perera R, Harnden A. 2012. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18;4:CD002744.
10. Pöyhä T, Lamminen A, Peltonen J, Kirjavainen M, Willamo P, Nietosvaara Y. 2010. Brachial plexus birth injury: US screening to glenohumeral joint instability. *Radiology* 254, 253–260.
11. Missbildningar 1993–2010. Statistiskrapport 1/2013. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301151612>
12. Nieminen H, Jokinen E, Sairanen H. Leikkauksella hoidettujen sydänlasten ennuste. 2004. *Suomen Lääkärilehti* 59, 2349–2354.
13. Nietosvaara Y. 2013. Vastasyntyneen lonkkaluksaatio. Teoksessa *Lääkärin käsikirja*. 11. painos. Duodecim.
14. Klockars T. 2013. Kireä kielijänne. *Duodecim* 129, 947–949.
15. Ritzén EM, Bergh A, Bjerknes R, Christiansen P, Cortes D, Haugen SE, Jörgensen N, Kollin C, Lindahl S, Läckgren G, Main KM, Nordenskjöld A, Rajpert-De Meyts E, Söder O, Taskinen S, Thorsson A, Thorup J, Toppari J, Virtanen H. 2007. Nordic consensus on treatment of undescended testes. *Acta Paediatr* 96, 638–43.
16. Kirjavainen T. 2003. Kätkytuoleman riskitekijät. *Duodecim* 119, 577–579.
17. Carpentier R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, Carpentier JR. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3:e002299. doi:10.1136/bmjopen-2012-002299.
18. Lapatto R. 2013. Suomen vastasyntyneille kuuluu oikeus aineenvaihduntasairauksien seulontaan. *Suomen Lääkärilehti* 68, 12–35.
19. Nelson H, Bougatsos C, Nygren P. 2008. Universal hearing screening: systematic review to update the 2001 Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics* 122, e266–e276.
20. Vaccinationer. <https://www.thl.fi/sv/web/vaccinationer>.
21. Lehtonen L, Renlund M. 2002. Huumevauvojen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 57, 4343–4347





14 DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN

Definition

Förlossningen är en starkt fysisk och psykisk händelse som är förknippad med många olika känslor. Sammanlagt 50–80 procent av alla föderskor börjar lätt gråta, känner trötthet, är nedstämda och har snabba humörsvängningar (baby blues) efter förlossningen. Dessa känslor uppkommer snabbt efter förlossningen, är vanligen lindriga och går över av sig själva. Hos en del föderskor utvecklas depression efter förlossningen. Systematiska litteraturöversikter bedömer att 10–20 procent av alla föderskor insjuknar i depression.^{1–2} I Finland uppskattas prevalensen av depression efter förlossningen uppgå till 9–16 procent.^{3–4} Symtom på depression är nedstämdhet, svårigheter att känna välbefinnande, gråt och retlighet, förändringar i aptiten, olika sömnproblem, en känsla av värdelöshet och hjälplöshet, självförebåelse, bristande initiativförmåga, försämrade funktionsförmåga, misströstan och eventuellt självdestruktiva tankar.^{1–2} Symtomen har konstaterats bli en del av familjelivet, vilket innebär att föräldrarnas depression berör hela familjen och därmed även barnen.^{5–6} Depression efter förlossningen har i viss mån konstaterats vara ett kulturbundet fenomen.⁷

Depressionssymtom kan uppkomma redan under graviditeten eller först efter förlossningen, och också pappan kan ha depressionssymtom som anknyter till förlossningen. Enligt Paulsons och Bazemores metaanalys uppgår prevalensen av depression hos män till 10 procent efter att kvinnan genomgått förlossning.⁸ Prevalensen av depression bland pappor är som högst 3–6 månader efter att barnet fötts och har en positiv korrelation med depression hos mamman.

Svårighetsgraden vid depression efter förlossningen kan variera mellan allt från lindriga symtom till psykotisk depression. Prevalensen av depression är som högst under de tre första månaderna efter förlossningen, och därefter minskar den sakta mellan den fjärde och den sjunde månaden.⁹ Återhämtningen sker vanligen inom några månader och sannolikheten för att bli helt återställd är hög. Depression efter förlossningen kan emellertid leda till långvarig depression och ångest, och nya perioder av depression kan uppkomma senare. Risken för återfall i samband med följande förlossningar har konstaterats uppgå till 50–60 procent.² Förlossningspsykos är ett allvarligt psykiskt problem och 1–2 mammor av tusen insjuknar. Psykosen bryter vanligen ut inom två veckor efter förlossningen och typiska symtom är att verklighetsuppfattningen sviker och att hallucinationer förekommer.^{1–2} Prognosen vid psykos är god, men psykos ska alltid behandlas inom den specialiserade sjukvården.

Orsaker till depression

Orsakerna till depression efter förlossningen är inte helt kända, men risken ökar om graviditeten är oplanerad,¹ den nyblivna mamman är under 20 år gammal,² graviditeten är förknippad med komplikationer,¹⁰ mamman har depressionssymtom under

graviditeten,¹¹ mamman har en allmän tendens till depression,^{1, 11} det förekommer problem i parförhållandet, till exempel våld i parrelationen,¹² och det förekommer problem som beror på sociala faktorer.¹ De sociala faktorerna anknyter till isolering eller ett knapphändigt socialt nätverk, problem i parrelationen, ekonomiska svårigheter, överansträngdhet i familjen och brist på stöd av partnern och andra släktingar. Mammor med invandrarbakgrund löper större risk för depression både under och efter graviditeten.¹³ Det beror eventuellt både på att de har bakomliggande traumatiska erfarenheter och att de saknar ett eget nätverk av närstående. Också hormonella förändringar² efter förlossningen och störningar i sköldkörtelfunktionen anses öka mottagligheten. När det gäller pappor kan depressionen bero på den belastning som föräldraskapet medför, den förändrade ekonomiska situationen till följd av tillökningen i familjen och förändringarna i parförhållandet och livsstilen.⁸

Konsekvenserna av depression under graviditeten och efter förlossningen

Psykiska problem hos föräldrarna, såsom depression, kan bland annat utsätta barnet för störningar i den känslomässiga relationen, vilket senare kan öka risken för psykisk ohälsa hos barnet. Det är känt att sambandet delvis är genetiskt och delvis beror på miljöfaktorer, såsom särdrag i föräldraskapet, konflikter i parförhållandet och ekonomiska faktorer.¹⁴ Man vet att depression hos föräldrarna som anknyter till graviditeten och förlossningen utsätter för störningar i den känslomässiga relationen, vilket kan påverka barnets utveckling och välbefinnande.^{15–16}

Tidig identifiering av depression

Att identifiera depression efter förlossningen är inte problemfritt, och enligt uppskattningar identifieras och behandlas endast 20–40 procent av fallen på ett ändamålsenligt sätt.¹ Identifieringen kan försvåras av att personalen överlag har bråttom och att det är svårt att lyfta fram en känslig fråga. Mammorna vill inte alltid berätta om sina svårigheter, eftersom de kan vara rädda för att stämplas som olämpliga föräldrar, uppleva att de misslyckats som mammor och skämmas över sina psykiska problem. Det kan också vara svårt att be om hjälp och att få hjälp om man inte har ett gemensamt språk. Mammor kan också uppleva att känslor av stress och depression hör till ett normalt moderskap.¹⁷

Vid bedömningen av depression efter förlossningen används allmänt den EPDS-blankett¹⁹ som utarbetades av Cox¹⁸ arbetsgrupp (1987) och som är lätt att använda (Edinburgh Postnatal Depression Scale, bilaga 7). EPDS-blanketten används för att identifiera problem som anknyter till sinnesstämningen och det psykiska välbefinnandet och för att rikta in diskussionen på frågor kring den psykiska hälsan.²⁰ EPDS-blanketten ska användas som en del av den bedömning av mammas situation som görs i samband med mottagnings- och hembesöken på så sätt att blanketten kompletterar

den bild av välbefinnandet som besöken ger. EPDS-blanketten lämpar sig inte för direkt diagnostisering. Om blanketten används för screening utan en övergripande bedömning, kan det leda till överdiagnostisering och onödig ekonomisk belastning av hälsovårdstjänsterna.²¹

Utgående från de tio frågor som finns på EPDS-blanketten erhålls en poängsumma (0–30) som beskriver hur allvarliga depressionssymtomen är. Det finns skäl att remittera den gravida kvinnan eller hennes partner till en noggrannare bedömning hos läkaren, om den totala poängsumman är 13 eller högre. Om poängsumman är 10–12 är det bra att göra om förfrågan och bedömningen av välbefinnandet efter 2–4 veckor.^{22–23} Om mamman eller hennes partner har haft självdestruktiva tankar (se påstående 10 på EPDS-blanketten, bilaga 7), ska de omedelbart få hjälp, även i det fallet att den totala poängsumman understiger 13. För att kunna ta i bruk EPDS-blanketten som hjälpmedel vid identifieringen av depression som anknyter till förlossningen krävs det planering av fortsatta åtgärder och vårdkedjor, eftersom det är oetiskt att genomföra screeningen utan sådana.

Förebyggande och behandling av depression

För att depression efter förlossningen ska kunna identifieras tidigt och behandlas krävs det att hälso- och sjukvårdspersonalen har en god interaktionsförmåga, specialkompetens i mentalvårdsarbete och multiprofessionellt samarbete.Handledning i hälsosamma levnadsvanor och information om depression är viktiga åtgärder som förebygger depression.¹⁸ Det finns också uppmuntrande resultat från arbetet med att förebygga depression med hjälp av korttidsinterventioner²⁴ som riktas till partnern eller bägge föräldrarna i samband med förlossningsförberedelsen, stöd av personer i samma situation²⁵ och hembesök⁶.

Behandlingen av depression efter förlossningen kräver utöver den egentliga behandlingen också att hela familjens välbefinnande och babys utveckling får ett övergripande stöd. Största delen av fallen av depression efter förlossningen är lindriga och kan behandlas med hjälp av det psykosociala stöd och den information om depressionen som rådgivningens hälsovårdare/barnmorska ger.²³ Depression kan behandlas med olika individuellt valda terapiformer och läkemedelsbehandlingar som ska övervägas framför allt vid svår depression.^{22, 26} För att hjälpa föräldern kan man också använda depressionsgrupper, individuellt stöd av en depressionsskötare och stöd av personer i samma situation.²⁷ Också behovet av psykiatrisk specialiserad sjukvård ska bedömas. Depression kan förebyggas med hjälp av olika former av psykosocial intervention, till exempel hembesök som görs av hälso- och sjukvårdspersonalen, telefonsamtal med personer i samma situation och psykoterapi.²⁸

Vid behov kan du också arrangera hemhjälp för familjen, framför allt om bägge föräldrarna har symptom på depression eller andra problem som anknyter till den psykiska hälsan eller missbruk. Det är också viktigt att stödja tidig interaktion mellan den deprimerade föräldern och barnet med hjälp av metoder för interaktion. Hjälpen och

stödet beror på situationen och orten och kan genomföras antingen på rådgivningen, fostrings- och familjerådgivningen eller polikliniken för barn- eller vuxenpsykiatri. När föräldern har psykiska problem är det alltid viktigt att också utreda situationen hos familjens övriga barn, till exempel med hjälp av arbetsmodellen för att föra barnen på tal (Lapset puheeksi) och se till att de får det stöd och den vård som de eventuellt behöver.²⁹ Också familjens ekonomiska situation och sociala stödnätverk ska utredas när behovet av hjälp bedöms.

REKOMMENDATION

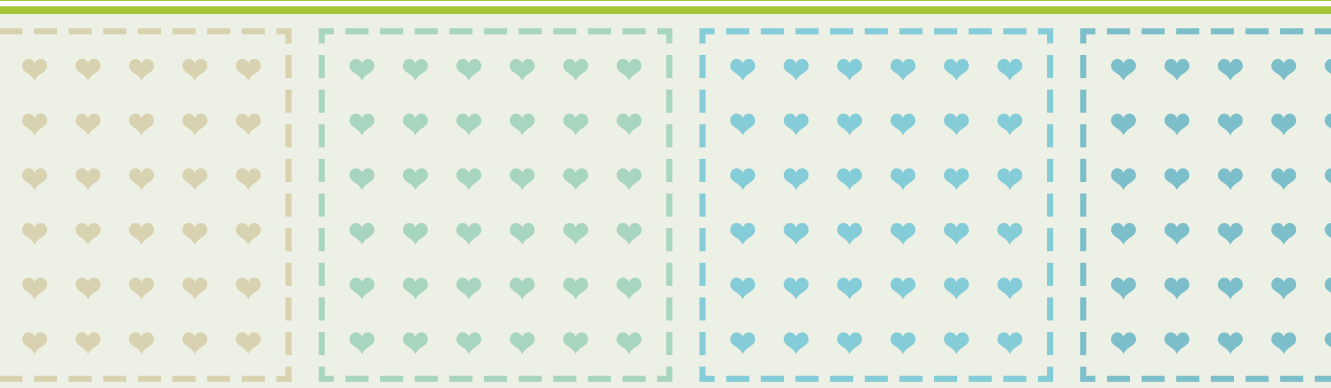
- ▶ Vid varje besök på mottagningen och vid varje hembesök diskuteras frågor som anknyter till den gravida kvinnans/mammans och partners sinnesstämning och observeras eventuella symtom på depression hos föräldrarna. Under det första besöket klarläggs familjens sjukdomshistoria.
- ▶ EPDS-blanketten är lätt att använda och kan användas för screening av problem som anknyter till sinnesstämningen och det psykiska välbefinnandet och för att rikta in diskussionen på frågor kring den psykiska hälsan.
- ▶ Diskutera tillsammans med familjen hur den gravida kvinnan och hennes partner mår. Be dem fylla i EPDS-blanketten, om de har depressionssymtom eller tidigare har haft depression. Remittera den gravida kvinnan, hennes partner eller bägge till en noggrannare bedömning hos läkaren, om den totala poängsumman är 13 eller högre. Om poängsumman uppgår till 10–12, be då den gravida kvinnan eller partnern att fylla i EPDS-blanketten på nytt inom 2–4 veckor.
- ▶ Diskutera tillsammans med familjen hur kvinnan som fött barn och hennes partner mår och be dem fylla i EPDS-blanketten. Remittera mamman eller hennes partner till en noggrannare bedömning hos läkaren, om den totala poängsumman är 13 eller högre. Om poängsumman uppgår till 10–12, be då mamman eller partnern att fylla i EPDS-blanketten på nytt inom 2–4 veckor.
- ▶ Om depressionssymtomen är lindriga eller om poängsumman är 10–12, ska rådgivningspersonalen fästa vikt vid att förebygga depression och ordna psykosocialt stöd och vid behov hemhjälp för den gravida kvinnan eller mamman.
- ▶ Vid medelsvår depression kallas en specialarbetare från hälsovårdscentralen med i vårdteamet, till exempel en depressionsskötare eller en psykolog. Svåra fall av depression behandlas inom den specialiserade sjukvården.

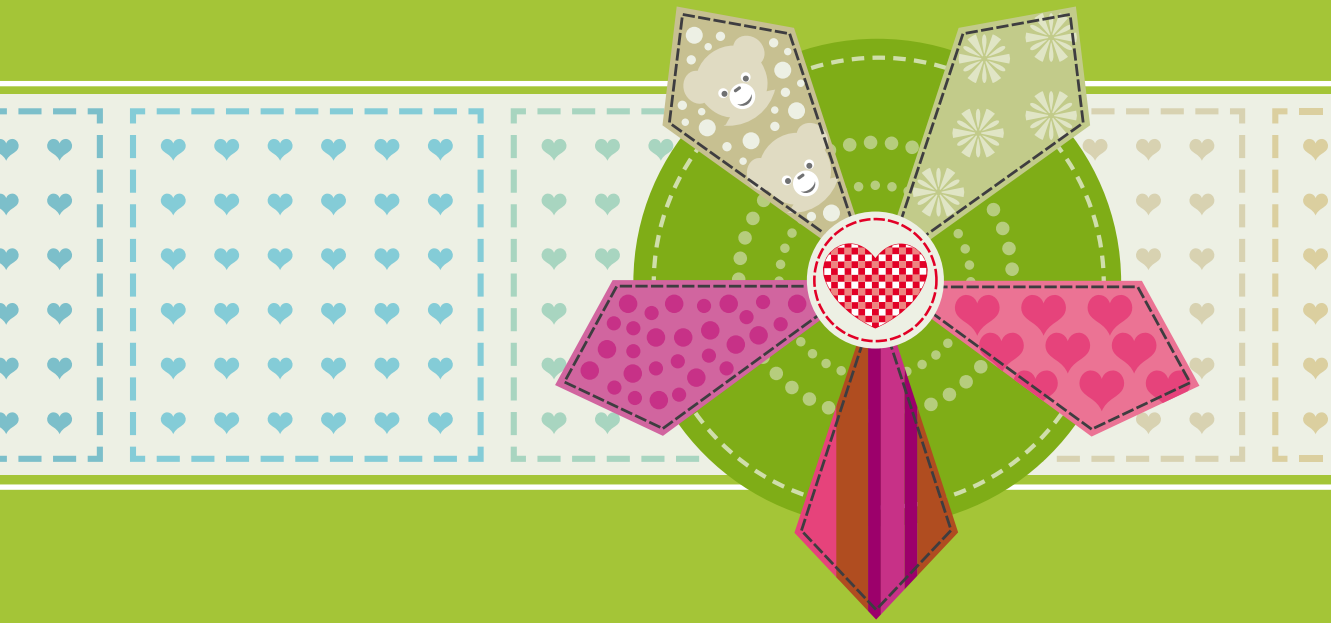
- ▶ Om den gravida kvinnan eller hennes partner har haft självdestruktiva tankar (se påstående 10 på EPDS-blanketten), ska de omedelbart få hjälp, även i det fallet att den totala poängsumman understiger 13.
- ▶ Om det finns andra barn i familjen klarläggs också deras situation till exempel med hjälp av THL:s metod för att föra barnen på tal (Lapset puheeksi) och arrangeras eventuellt familjestöd och vid behov remittering till vård. Också samarbetet med barnrådgivningen är viktigt.
- ▶ Vård- och servicekedjan vid depression efter förlossningen avtalas lokalt, och de regionala aktörerna och familjerna informeras.

Källor

1. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. 2012. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Deutsches Ärzteblattinternational* 109(24), 419–424.
2. Patel M, Bailey R, Jabeen S & Ali S. 2012. Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23(2), 534–542.
3. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R ym. 2001. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 40, 1367–1374.
4. Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Björkroth S, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, Piha J, Lehtonen L, PIPARI study group. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97(6), 724–30.
5. American Psychological Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text. rev. Washington, DC.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidelines. Nice clinical guideline 45. London.
7. Posmontier B & Horowitz JA. 2004. Postpartum practices and depression prevalences: Technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 34–43.
8. Paulson JF, Bazemore SD. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. A meta-analysis. *JAMA* 303(19), 1961–1969.
9. Beck CT 2006. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing* 106, 40–50.
10. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. 2004. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 104, 459–466.
11. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, Keane VO. 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders* 113, 236–243.
12. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 202(1), 5–14.
13. Clare C, Yeh J. 2012. Postpartum Depression in Special Populations: A Review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 67(5), 313–323.
14. Paaavonen J, Solantaus T, Paunio T. 2009. On the origin of psychiatric disorders: An interplay of genetic and environmental factors. Review. *Finnish Medical Journal* 49(64), 4255–4261.
15. Misri S, Kendrick K. 2008. Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: A review of the literature. *Current Paediatrics* 4, 66–70.
16. Ramchandani PG, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. 2008. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 47(4), 390–398.
17. McCarthy M, McMahon C. 2008. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International* 29(6), 618–637.

18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 82–786.
19. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. 2009. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119, 350–364.
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2012. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN publication 127. <http://www.sign.ac.uk> [viitattu 1.4.2013].
21. Hewitt CE, Gilbody SM, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D. 2009. Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment* 13(36). NIHR HTA Programme. www.hta.ac.uk. DOI:10.3310/hta13360. <http://meka.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=2513&q=EPDS&f=255&o=A0> [viitattu 1.4.2013].
22. Australia Government 2011. Clinical practice guidelines. Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Australian Government. National Health and Medical Research Council.
23. Glavin K. 2012. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing* 17(2), 142–156.
24. Matthey S, Kavanagh D, Howie P, Barnett B, Charles M. 2004. Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders* 79, 113–126.
25. Dennis C-L. 2003. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 115–124.
26. Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 1.4.2013].
27. Dennis C-L, Creedy D. 2004. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of systematic reviews* 18(4). CD001134.
28. Dennis C-L, Dowswell T. 2013. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
29. Solantaus T, 2006. Föra barnen på tal - när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok. http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Metoder_f%C3%B6rst%C3%B6d/F%C3%B6ra_barnen_p%C3%A5_tal_2010_manual-loggbok_Tytti-Solantaus.pdf





15 SAMARBETE

15.1 UTLÄMNANDE AV RÅDGIVNINGSUPPGIFTER OCH SEKRETESS

Centrala bestämmelser och principer om patientuppgifternas sekretess och utlämnande av uppgifter finns i handboken för upprättande och hantering av journalhandlingar.¹ De patientuppgifter som finns i handlingarna kan sparas på många olika sätt, till exempel i form av elektronisk eller skriftlig text eller i form av bild- eller ljudinspelningar. Också de journalhandlingar som anknyter till köpta tjänster ingår i patientregistret vid den myndighet som gett uppdraget.²

Alla aktörer inom den offentliga hälso- och sjukvården ansluter sig senast 2015 till den nationella arkiveringstjänsten för hälso- och sjukvården (KanTa), där alla elektroniska journalhandlingar sparas. KanTa-tjänsten regleras av vissa specialbestämmelser som aktörerna får anvisningar om när de ansluter sig.

I detta kapitel och i tabellen i bilaga 4 beskrivs de centrala bestämmelserna och principerna utgående från handboken för upprättande och hantering av journalhandlingar. Dessa bestämmelser och principer ska tillämpas när det gäller sekretessen och utlämnandet av rådgivningsuppgifter. THL:s handbok³ om omfattande hälsoundersökningar behandlar registreringen av patientuppgifter i journalhandlingar och på rådgivningskort vid mödrarådgivningen.

Skyldigheter att iaktta sekretess

Offentlighetslagen² innehåller bestämmelser om myndigheternas allmänna skyldigheter att iaktta sekretess. Dessa är handlingssekretess (22 §), tystnadsplikt (23 §) och förbud mot utnyttjande (23 §). Handlingssekretess innebär att en sekretessbelagd myndighetshandling eller en kopia av en sådan handling inte får företes för eller lämnas ut till utomstående eller med hjälp av en teknisk anslutning eller på något annat sätt företes för eller lämnas ut till utomstående. Tystnadsplikt innebär att sekretessbelagda uppgifter inte får lämnas ut till utomstående. Tystnadsplikten omfattar också mer än enbart handlingssekretess, eftersom tystnadsplikten också gäller sådana sekretessbelagda omständigheter som vårdpersonalen känner till men som inte antecknas i journalhandlingarna. Förbud mot utnyttjande innebär att en person som i sitt uppdrag fått tillgång till sekretessbelagda patientuppgifter inte får använda dem i något annat syfte än i den ställning där han eller hon fått uppgifterna. Journalhandlingarna omfattas av specialbestämmelsen i 13 § i lagen om patientens ställning och rättigheter⁴ som gäller sekretessen och de viktigaste grunderna till avvikelse från sekretessen.

Utlämnande av patientuppgifter

Enligt patientlagen⁴ utgör patientens eget skriftliga samtycke den primära grund med stöd av vilken patientuppgifter kan lämnas ut till utomstående. En utomstående person är en sådan person som inte deltar i patientens vård eller i anknytande uppgifter aningen vid verksamhetsenheten i fråga eller på uppdrag av den.

Om patienten själv saknar förutsättningar för att bedöma betydelsen av ett sådant samtycke, beslutar patientens lagliga företrädare om samtycket inom ramen för sina befogenheter. En minderårig beslutar själv om sin vård, om personen är tillräckligt mogen att bedöma dess betydelse. I det fallet har personen rätt att besluta om de aktuella patientuppgifterna får lämnas ut eller inte, och om personen så vill även förbjuda att de lämnas ut till vårdnadshavaren.

Till barnets familj kan också höra andra föräldrar än de juridiska vårdnadshavarna. Patientuppgifter om barnet kan lämnas ut till barnets sociala föräldrar endast med vårdnadshavarens skriftliga samtycke.

Patienten kan förbjuda att uppgifter lämnas ut i situationer som kräver patientens samtycke. Förbudet ska antecknas i journalhandlingarna.

Bestämmelser om avvikelse från skyldigheten att iaktta sekretess finns i 13 § 3 mom. i patientlagen⁴. I mödrarådgivningens arbete gäller avvikelsen i de flesta fallen sådana uppgifter som en annan verksamhetsenhet eller yrkesperson behöver för att kunna ordna undersökningar och vård för patienten. Dessa uppgifter kan lämnas ut också med stöd av patientens muntliga samtycke, men samtycket ska ändå antecknas i journalhandlingen.

Också på andra ställen i lagstiftningen finns det ett stort antal undantag med stöd av vilka hälso- och sjukvården har rätt eller är skyldig att lämna ut patientuppgifter till andra aktörer utan samtycke av patienten, och även trots att patienten uttryckligen förbjuder det. Typiska sådana undantag är till exempel konflikter som gäller vårdsnaden om ett barn, då en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med stöd av 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården⁵ är skyldig att lämna ut sekretessbelagda uppgifter om barnets hälsa till socialvårdsmyndigheten och med stöd av 11 § i offentlighetslagen² till föräldrarna. Dessutom innehåller 25 § i barnskyddslagen⁶ en bestämmelse som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och som innebär att de är skyldiga att göra en anmälan om utredning av behovet av barnskydd till socialvårdsmyndigheten och vid misstanke om sexualbrott mot barn en anmälan också till polisen.

Den som begär patientuppgifter ska skriftligen ange för vilket ändamål uppgifterna begärs, hurdana uppgifter det är fråga om, från vilken tidsperiod de behövs och med stöd av vilken bestämmelse personen har rätt att få dessa uppgifter. Det är inte tillåtet att lämna ut uppgifter per e-post, inte ens på begäran av patienten, om det inte finns tillgång till en krypterad e-postförbindelse. Den som lämnar ut uppgifter ansvarar för att utlämnandet är lagenligt och att datasekretessen uppfylls.

Den som med stöd av lagen erhåller patientuppgifter om en annan person får använda uppgifterna endast för det ursprungliga användningsändamålet. Om uppgifterna lämnas ut till en part med stöd av 11 § i offentlighetslagen² ska de journalhandlingar som lämnas ut till parten markeras med en uppgift om att de är sekretessbelagda. Om denna uppgift ges till parten muntligt, ska parten också få information om sin skyldighet att iaktta sekretess.

Ledningen för en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård ska som representant för den registeransvarige se till att enheten har utsett personer som svarar för de arbetsuppgifter som gäller utlämnande av uppgifter och att anvisningar har utarbetats. Utlämnandet och dess grunder ska antecknas i journalhandlingarna. Som utlämnande betraktas även det att patienten eller patientens lagliga företrädare ges patientuppgifter.

Om den person som ansvarar för utlämnandet av uppgifter anser att åtminstone inte alla begärda uppgifter kan lämnas ut, ska personen meddela det till den person som begärt uppgifterna och fråga om personen vill ha ett överklagbart beslut av myndigheten i ärendet. Om den som begär uppgifter så vill, kan han eller hon få anvisningar för att göra ärendet anhängigt på det sätt som avses i kap. 4 i offentlighetslagen.

Källor

1. STM. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.
2. Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet. 621/1999. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990621>
3. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltonen M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL. Opas 22.
4. Social- och hälsovårdsministeriet 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
5. Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>
6. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>

15.2 BRANSCHÖVERGRIPANDE OCH MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE UR KLIENTENS PERSPEKTIV

Den service som en gravid kvinna och hennes familj behöver kan inte tillhandahållas utan ett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete. Ur den gravida kvinnans synvinkel är målet att de tjänster som behövs ska bilda en samordnad och enhetlig helhet. Klientperspektivet är den viktigaste motiveringen till planering, utveckling och genomförande av multiprofessionellt samarbete. Ett välfungerande multiprofessionellt samarbete har också konstaterats gagna personalen: det ömsesidiga stödet och förtroendet ökar trivseln i arbetet och hjälper personalen att orka i sitt arbete.¹ Förbättring av samarbetet mellan olika förvaltningsområden och yrkesgrupper betraktas som ett viktigt sätt att förbättra verksamhetens kvalitet, effektivitet och resultat.

De samarbetskyldigheter som omfattar kommuner och tillhandahållare av tjänster²⁻⁵ (t.ex. hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010, barnskyddslagen 417/2007, förordning 338/2011, SHM 2012) gäller tillhandahållandet av tjänster, planeringen av servicehelheter, organiseringen av multiprofessionella organ och arbetsgrupper och uppföljningen och planeringen av tjänster.⁶ Utgångspunkten och målet för det nationella social- och hälsopolitiska programmet Kaste som styr tjänsterna för barn, unga och familjer⁷ är ett multiprofessionellt samarbete mellan olika förvaltningsområden. Enligt programmets genomförandeplan⁸ ska tjänsterna för barnfamiljer bilda nätverk så att de utgör en enda servicehelhet, dvs. familjecentralsverksamhet. Rådgivningsverksamheten utvecklas som en del av familjecentralsverksamheten så att den blir en mötesplats för familjerna och ger möjlighet att få stöd av personer i samma situation. I familjecentralernas verksamhet deltar utöver rådgivningen också hälsovårdscentralens specialarbetare, småbarnsfostran, familjearbetet, organisationer, församlingar, barnskyddet och fostrings- och familjerådgivningarna. I många kommuner finns det samarbetsstrukturer som stödjer en multiprofessionell mödrarådgivning, till exempel ett servicenätverk eller en välfärdsrådgivning.

Vid mödrarådgivningen innebär det multiprofessionella samarbetet att olika yrkesgrupper arbetar tillsammans och i växelverkan, vanligen i form av teamarbete och konsultation. Multiprofessionellt arbete bedrivs inom den egna kommunen eller mellan kommunen och andra organisationer. Allt oftare deltar också klienten i samarbetsnätverket. Multiprofessionellt samarbete förutsätter gemensamma mål och gemensam verksamhet, ömsesidigt förtroende och respekt och personalens yrkesskicklighet.⁹⁻¹⁰ Vid multiprofessionellt samarbete samordnas kunskaperna och kompetensen i olika yrkesgrupper så att de bildar en gemensam verksamhet där beslut diskuteras och man förbinder sig till ett målinriktat samarbete.¹⁰

Ett multiprofessionellt samarbete förutsätter att personer med olika utbildning, med olika yrkesbeteckningar och från olika enheter kan samarbeta för klientens bästa, bidra med sin egen specialkompetens och sin egen kunskap i det gemensamma arbetet och möta klienterna och representanter för andra yrkesgrupper på ett flexibelt sätt. De aktörer som deltar i samarbetet måste känna till varandras arbete och tala ett gemen-

samt språk eller åtminstone förstå varandra. Det har konstaterats att gemensam utbildning stärker den gemensamma verksamheten, och därför är det mycket tillrådligt att arrangera sådan utbildning.¹¹⁻¹² För att samarbetet ska vara smidigt och ske utan dröjsmål behövs avtal om enhetlig praxis och vårdkedjor. För att få tillgång till ytterligare expertis ska mödrarådgivningen komma överens om hur expertstödet och konsultationsmöjligheterna organiseras. Ett multiprofessionellt samarbete uppkommer inte av sig självt. Det behövs strukturer och tjänster som stödjer samarbetet och en samordnande ledning som utgår från klientens perspektiv.¹³

Samarbete mellan olika förvaltningar medför större utmaningar än samarbete inom en och samma förvaltning. För att samordna tjänsterna inom kommunens olika sektorer ska de olika förvaltningarna tillsammans utarbeta ett handlingsprogram som bland annat beskriver ett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete (se kap. Handlingsprogram). En fördel på små orter jämfört med stora är att det är lätt att få till stånd ett multiprofessionellt samarbete¹⁰, eftersom de olika aktörerna känner varandra.

15.3 BRANSCHÖVERGRIPANDE OCH MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE UR MÖDRARÅDGIVNINGENS PERSPEKTIV

Barnrådgivningen

Ett välfungerande och kontinuerligt samarbete mellan mödra- och barnrådgivningen är viktigt för alla barn som föds och för deras familjer. Betydelsen av ett välfungerande samarbete framhävs framför allt då ett fortsatt stöd behöver planeras för familjen. Tröskeln ska vara låg i rådgivningspersonalen samarbete, vilket innebär att det är lätt att begära konsultation. Frågor behandlas flexibelt och utan dröjsmål, och samtidigt ser man till att det finns gemensam praxis. I samarbetet är det viktigt att fästa särskild vikt vid övergången från mödrarådgivningen till barnrådgivningen, framför allt om familjen får en ny hälsovårdare¹⁴ eller om barnet har vårdats på sjukhus efter födseln. Då är det också nödvändigt att ha ett flexibelt samarbete med det behandlande sjukhuset. Barnet är registrerat vid mödrarådgivningen i några veckor efter födseln eller också kan barnet genast flyttas över som klient till barnrådgivningen, beroende på om hälsovårdaren arbetar vid både mödra- och barnrådgivningen eller inte. Uppgifterna om barnets hälsa och hela familjens välbefinnande måste överföras från mödrarådgivningen till barnrådgivningen.

Mun- och tandvård

Grunden för en god munhälsa skapas redan under graviditeten (se kap. Levnadsvanor och rådgivning, Munhälsan). För att munhälsan ska kunna främjas behövs samarbete mellan föräldrarna, mun- och tandvården och rådgivningen. För att underlätta och utöka samarbetet mellan rådgivningen och mun- och tandvården har en handbok tagits fram om främjande av munhälsan hos barn under skolåldern.¹⁵ Målet för samarbetet mellan rådgivningen och mun- och tandvården är att genom tidigt ingripande förebygga munsjukdomar och minska ojämlikheten i hälsa. Genom samarbete mellan olika aktörer kan hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för familjer som väntar barn och för barnen göras systematisk, enhetlig och sådan att den utgår från befolkningens behov i de olika delarna av landet.¹⁵⁻¹⁶

Familjearbete

I rådgivningsarbetet möter personalen ofta familjer som befinner sig i en oroväckande situation. Orsaken till oron är dock inte alltid så allvarlig eller lätt att formulera att en remiss behövs till exempel till mental- eller missbrukarvården. I det fallet är de bästa och snabbaste alternativen att närmare utreda familjens situation på ett naturligt sätt vid rådgivningen och redan i ett tidigt skede av graviditeten, att ordna stöd av familjearbetet med låg tröskel och att ordna samtal hemma hos familjen.¹⁴ Om familjen är klient endast vid rådgivningen är nätverksarbetet beroende av rådgivningspersonalens initiativförmåga. Erfarenheterna är goda av förebyggande barnskyddsarbete som genomförs i form av pararbete och där rådgivningens familjearbetare och socialarbetare gör hembesök under graviditeten.¹⁷ Andra bra exempel på utvecklingsarbete som blivit etablerad verksamhet är familjecentret Torin Kulma i Åbo¹⁸ och välfärdsrådgivningarna i Tammerfors och Uleåborg. I Imatra har det familjearbete som inletts redan på mödrarådgivningen lett till en minskning av kostnaderna för barnskyddet och gett staden ekonomiska besparingar.

Rådgivningens familjearbete är förebyggande verksamhet och kräver ingen remiss eller klientrelation till barnskyddet. Det stödjer och stärker föräldrarnas krafter att orka i vardagen genom hembesök, grupper med personer i samma situation, servicehandledning och multiprofessionellt samarbete. Rådgivningens familjearbete riktar sig både till familjer som väntar barn och till familjer med barn i spädbarns- och skolåldern. Familjerna styrs till rådgivningens familjearbetare via mödra- och barnrådgivningens hälsovårdare eller via andra familjetjänster, och familjerna kan också själva ta kontakt.¹⁷ Familjearbetet har visat sig vara en verksamhetsform som gagnar familjerna, och kommunerna har också nytta av den för att hålla kostnaderna i styr.

I det korrigerande familjearbetet utreds familjens situation systematiskt med tanke på barnskyddet och familjen får stöd för att genomföra överenskomna förändringar. För att kunna inleda ett korrigerande familjearbete behövs en remiss av barnskyddets socialarbetare. Barnskyddet kan förplikta familjen att delta i korrigerande familjearbete.¹⁷

Arbete med papporna

Arbetet med papporna är en viktig del av det multiprofessionella samarbetsnätverket i mödrarådgivningens arbete. Mödrarådgivningen samarbetar med yrkespersoner inom området och därigenom skapas nya modeller för stödnätverk avsedda för pappor och social- och hälsovårdstjänster som beaktar papporna på ett mer jämlikt sätt.¹⁹ Miessakit ry har verksamhet (Isyyden Tueksi) som stödjer faderskapet, stärker verksamhet som bygger på stöd av andra pappor, tar fram information och kompletterande utbildning för den personal som arbetar med pappor och stärker nätverk som stödjer faderskapet. Det finns också en utbildning som behandlar arbetet med pappor på rådgivningen (Isätyö Neuvolassa) och som riktar sig till social- och hälsovårdspersonal och läroanstalter. Utbildningen innebär bland annat att man fördjupar sig i förberedelse inför faderskapet i enlighet med modellen från Hollola. Utbildningen ger information om och förståelse för hur faderskapet ser ut idag och redskap för att möta pappor och utveckla verksamheten för pappor. I Päijänne-Tavastland har rådgivningens arbete med papporna integrerats som en viktig del i familjeträningen. Denna arbetsform har också spridits till andra ekonomiska regioner.²⁰

Specialarbetare

Mödrarådgivningens personal har också ett nära samarbete med specialarbetare, till exempel psykologer, psykiatriska sjukvårdare, fysioterapeuter, näringsterapeuter och fostrings- och familjerådgivningens personal. Specialarbetarnas tjänster varierar mellan olika kommuner.²¹ Vissa kommuner har en egen rådgivningspsykolog, men rådgivningspsykologens uppgifter kan också ingå i hälsocentralspsykologens arbete. Rådgivningspsykologens tjänster kan i vissa fall också tillhandahållas i form av konsultation av fostrings- och familjerådgivningen. Mödrarådgivningens klienter kan styras till hälsovårdscentralens eller rådgivningens psykolog, om klienten ororar sig för frågor som anknyter till graviditeten och förlossningen, om det är svårt att anpassa sig till den nya livssituationen och föräldraskapet eller om klienten behöver stöd på grund av missfall eller abort eller efter att ha mist sitt barn.

I vissa kommuner får gravida kvinnor och familjer med spädbarn yngre än ett år stöd av terapiarbete som är avsett för spädbarnsfamiljer och som ordnas på familjerådgivningen eller inom den specialiserade sjukvården.²² I en del kommuner har de psykiatriska sjukvårdarna intensivt samarbete med mödrarådgivningen. Till exempel i Paraplyprojektet i Vanda (2005–2009) var ett delområde att identifiera depression i barnfamiljer och ge dem stöd på rådgivningen. Projektet gav goda resultat när det gäller den psykiatriska sjukvårdarens arbete på rådgivningen för att förebygga och behandla symtom på depression hos gravida kvinnor och mammor som fött barn.²³ Den psykiatriska sjukvårdarens arbete kan bland annat bestå av individuella möten med rådgivningens klienter, möten med annan personal som arbetar med klienterna och utbildning och konsultation för de anställda. Den psykiatriska sjukvårdaren kan samordna och utveckla gruppverksamhet och delta i handledningen av grupper och

även ansvara för att en smidig vårdkedja skapas i samarbete med andra aktörer inom mentalvården i situationer där rådgivningen inte kan ge den hjälp som behövs.

Fysioterapeuten är expert på problem och rådgivning som gäller hållnings- och rörelseorganen hos mödrarådgivningens klienter, men också en viktig samarbetspartner vid familjeträningen.²⁴

Mödrarådgivningens klienter remitteras till en näringsterapeut för individuell handledning utgående från kommunens egna kriterier, om klienten behöver en specialkost eller har andra frågor som gäller kosten. Näringsterapeuterna ger också grupphandledning till exempel till personer som lider av graviditetsdiabetes. Närings-terapeuten deltar också i planeringen och genomförandet av den kostrådgivning och kosthandledning som ges på rådgivningen och i utbildningen av personalen.¹⁴

Sexualrådgivningen är en väsentlig del av tjänsterna inom den förebyggande hälso- och sjukvården.²⁵ Rådgivningarna innehar en nyckelposition när det gäller att erbjuda sexualrådgivning till föderskor och deras familjer.²⁶ Vid sexuella problem under graviditeten och efter förlossningen tillvaratas utöver den sexualrådgivning som hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren ger på rådgivningen också yrkesskickligheten hos den personal som fått kompletterande utbildning i sexualrådgivning.²⁵

Barnskyddet och övrig socialvård

Samarbete med barnskyddet och socialvården behövs till exempel om det är uppenbart att en familj som är klient vid mödrarådgivningen kommer att behöva stödåtgärder av barnskyddet genast efter förlossningen (se bilaga 4, Barnskyddslagen 417/2007). I sådana fall ska mödrarådgivningen göra en föregripande barnskyddsanmälan. En föregripande barnskyddsanmälan förpliktar socialvården att agera redan innan barnet föds. Samma aktörer är anmälningsskyldiga som enligt 25 § i barnskyddslagen³ är skyldiga att göra en egentlig barnskyddsanmälan. All hälso- och sjukvårdspersonal är anmälningsskyldig.

En föregripande barnskyddsanmälan görs på mödrarådgivningen om den anställda misstänker att barnskyddets stödåtgärder kommer att behövas genast efter födseln, till exempel om mamman eller pappan är missbrukare, har en allvarlig psykisk störning eller har dömts till ett frihetsstraff. Klienten kan också själv lyfta fram ett behov av att göra en föregripande barnskyddsanmälan. Socialvården och barnskyddet har i uppgift att utreda ett eventuellt behov av social service och måste tillräckligt tidigt få information om det barn som ska födas så att den gravida kvinnan och barnets familj ska kunna tryggas tillräckliga stödåtgärder. En föregripande barnskyddsanmälan sänds till myndigheterna i enlighet med kommunens praxis. Efter att en föregripande barnskyddsanmälan gjorts utgör all den service som ges till föräldrarna hälso- och sjukvård eller socialt arbete med vuxna. Den egentliga klientrelationen inom barnskyddet börjar först efter att barnet fötts.²⁷

En familj som är klient vid mödrarådgivningen kan också redan vara klient inom barnskyddet. I dessa fall kan barnskyddsmyndigheterna begära ett specificerat utlåtande av rådgivningen om klienten, till exempel i samband med ett omhändertagan-

de.²⁷ Barnskyddslagen förutsätter att hälsovårdscentralen och sjukvårdsdistriktet ska ge experthjälp inom det barn- och familjeinriktade barnskyddet och vid behov ordna undersökning av barnet och vård- och terapitjänster för barnet.³

Om rådgivningspersonalen upptäcker att en gravid kvinna och hennes familj har en mycket svår situation och om adoption övervägs som ett alternativ, ska hälso- och sjukvårdspersonalen styra den gravida kvinnan till att överväga sitt beslut med hjälp av den adoptionsrådgivning som socialvården ger eller att kontakta Rädda barnen rf:s regionkontor.²⁸

Utkomststöd beviljas i sådana situationer där familjens inkomster och tillgångar inte räcker för de dagliga nödvändiga utgifterna. Utöver det egentliga utkomststödet beviljar kommunerna också förebyggande utkomststöd, vars grunder kommunen själv beslutar om. Det förebyggande utkomststödet utgör också en förebyggande tjänst inom barnskyddet. I Uleåborg genomfördes ett projekt (Raskauden ajan tuen polku) där ärenden i anslutning till utkomststödet kopplades till mödrarådgivningens arbete. Modellen ingick i ett Kaste-projekt för barn (Lasten Kaste) och har etablerats och spridits i hela Uleåborgs stad.

Alkohol- och drogarbete

Den vanligaste orsaken till omhändertagande av små barn i Finland är att föräldrarna använder alkohol eller droger.²⁷ Vid vården av missbrukande mammor är det ytterst viktigt att mödra- och barnrådgivningen har ett välfungerande samarbete både sinsemellan och med andra aktörer som erbjuder tjänster i kommunen. Missbruk är ofta också förknippat med psykiska problem.³⁰ Personalen ska få tillräckligt med utbildning kring problemkonsumtion av alkohol och droger. Vid mödrarådgivningen ordnas vården för en missbrukande klient i samarbete med den specialiserade sjukvården och A-kliniken, och eventuellt också med en öppenvårdsenhet specialiserad på behandling av missbruk och ett mödrahem. A-kliniken betjänar personer som lider av olika alkohol- och drogberoenden och andra beroendeproblem och närstående till dessa personer.³¹ Vid sådana mödrahem som är specialiserade på vård av alkohol- och drogproblem hos gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer förenas barnskyddet och rehabiliteringen för missbrukare.³⁰ Om en klient på mödrarådgivningen bor på ett mödrahem som är specialiserat på behandling av alkohol- och drogproblem, kan hälsovårdaren stödja klientens rehabilitering i samarbete med mödrahemmet genom att göra hembesök och delta i de föräldraskapsgrupper som arrangeras på mödrahemmet.

Mödra- och skyddshem

Mödrahemmen erbjuder stöd till familjer som väntar barn och familjer som redan fått barn i situationer där föräldrarna är utbrända, inte klarar av att ta hand om barnet eller är mycket unga. Mödrahemmen stödjer en god relation mellan föräldrarna och barnet och lär föräldrarna hur de ska hantera vardagen och hur de ska ta hand om barnet. Perioden på mödrahemmet avtalas utgående från behovet. Former för öppenvård är

bland annat baby blues-verksamhet och verksamhet i daggrupper, telefonrådgivning, öppenvårdsbesök, hembesök och familjerehabilitering i grupper.³¹

Skyddshemmen är avsedda för personer som mött våld eller hot om våld i parrelationen eller i en nära relation och som behöver stöd för att komma över våldet och ett tillfälligt ställe att bo. Inom det våldsförebyggande arbetet erbjuder öppenvården stöd efter en vistelse på ett skyddshem eller om en person upplevt våld men inte behöver en plats på ett skyddshem. Förbundet för mödra- och skyddshem och dess medlemsföreningar erbjuder också webbtjänsten Nettiturvakoti (www.turvakoti.net), där det finns information om familjevåld och våld i nära relationer och där yrkesutbildade personer besvarar frågor som anknyter till familjevåld.³¹ Det är viktigt att mödrarådgivningens personal känner till de mödra- och skyddshemstjänster som finns inom området och vid behov styr klienterna till detta stöd.

Polisen

Det är viktigt att mödrarådgivningen har fungerande samarbetsrelationer med polisen och att samarbetet är multiprofessionellt. Betydelsen av ett multiprofessionellt samarbete med polisen framhävs när ett brott misstänks, till exempel vid misstanke om familjevåld eller vid våld eller hot om våld på rådgivningen. I 17 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården³² finns bestämmelser om tystnadsplikt. Enligt bestämmelserna får en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte utan tillstånd till utomstående yppa en enskild persons eller familjs hemlighet som personen har fått kännedom om på grund av sin ställning eller uppgift. Bestämmelserna om tystnadsplikt kompletteras av 17 kap. 23 § i rättegångsbalken enligt vilken en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte får vittna om sådant som personen i sin ställning har fått kännedom om och som till följd av sakens natur ska hemlighållas, om inte den, i vars intresse tystnadsplikten påbjudits, samtycker till att vittnesmålet avges. Ett undantag är dock en sådan situation där en allmän åklagare utför åtal för ett brott på vilket kan följa fängelse i sex år eller strängare straff, eller för försök till eller delaktighet i dylikt brott.³³

Andra samarbetspartner

Samarbetet med organisationer och församlingar utvecklas så att det blir mer systematiskt än tidigare.⁸ Organisationer, församlingar och kommuner utvecklar tillsammans sina tjänster i form av familjecentralsverksamhet. Mödrarådgivningarna samarbetar till exempel med Västöliitto (parrådgivning), Finlands Flerlingsfamiljer rf och Mannerheims Barnskyddsförbund (MLL). Västöliitto har bland annat verksamhet som anknyter till att stödja familjer, parförhållandet och sexualiteten (Vastaamo). MLL arrangerar verksamhet i familjekaféer och föräldragrupper och ger också telefonrådgivning till föräldrar. Kyrkans familjerådgivningscentraler ger familjerådgivning på olika håll i landet (sammanlagt 42 familjerådgivningscentraler).

REKOMMENDATION

- ▶ En förutsättning för högklassiga klientorienterade tjänster vid mödrarådgivningen är ett multiprofessionellt samarbete med primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens olika yrkesgrupper, olika förvaltningsområden och representanter för organisationer.
- ▶ Strukturer skapas för att stödja en multiprofessionell serviceprocess, till exempel familjecentraler, samarbetsnätverk och välfärdsrådgivningar. Målen och ansvaret hos olika samarbetspartner definieras i beskrivningen av vård- och servicekedjorna.
- ▶ Med hjälp av strukturer och nätverk för multiprofessionellt samarbete främjar personalen lokala, fungerande samarbetsmodeller för pararbete, teamarbete och konsultativt arbete mellan mödrarådgivningen och dess samarbetspartner.
- ▶ Utbudet inom det förebyggande familjearbetet utökas utgående från familjernas stödbehov.
- ▶ Det multiprofessionella samarbetet stärks genom gemensam utbildning för olika yrkesgrupper och en ledning som samordnar tjänster för barn, unga och familjer.
- ▶ Det är viktigt att samordna områdets och kommunens tjänster och att ge föräldrarna information om dessa tjänster.

Källor

1. Isoherranen K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä etsimässä. Akateeminen väitöskirja, sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Barnskyddslag 417/2007. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
4. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
5. STM 2012 a. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2012:21.
6. Perälä M-L, Halme N, Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittava johtaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 19/2012. Helsinki.
7. Social- och hälsovårdsministeriet, 2012. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012 – 2015. Genomförandepplan. Publikationer 2012:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24208.pdf
8. STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Julkaisuja 2012:20.
9. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. 2012. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study.

- re study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
10. Pärnä K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. *Turun yliopiston julkaisuja*, Sarja C, Osa 341. Turku.
 11. Bajnok I, Puddester D, MacDonalds CJ, Archibald D, Kuhl D. 2012. Building positive relationships in healthcare: Evaluation of the teams of interprofessional staff interprofessional education program. *Contemporary Nurse* 42(29), 76–89.
 12. Ingunn Aase I, Aase K, Dieckmann P. 2013. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care* 27(3), 238–245.
 13. Perälä M-L, Halme N, Hammar T, Nykänen S. 2011. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 29/2011*. Helsinki.
 14. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. *Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 14*. Helsinki.
 15. Neuvolaikäisten suun terveyden edistämisen yhteistoimintamalli 2009. [https://www.thl.fi/documents/732587/741891/Neuvolaik%C3%A4isten suunterveydenedist%C3%A4misenyhteisty%C3%B6toimintamalli.pdf](https://www.thl.fi/documents/732587/741891/Neuvolaik%C3%A4isten%20suunterveydenedist%C3%A4misenyhteisty%C3%B6toimintamalli.pdf)
 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen. *Opas neuvoloille. Suhdat, suun terveydenhuollon kehittämishanke 2009*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120246740>
 17. Heino T. 2008. Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. *Selvitys lastensuojelun kehittämisohjelmalle*. *Stakes, Työpapereita 9/2008*. Helsinki.
 18. Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Pelkonen M. (toim.) 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. *Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2013*. Helsinki.
 19. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. *Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä, 2008:24*. Helsinki.
 20. Miessakit ry 2012. *Isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Isyyden Tueksi -hanke 2008–2014. Väliraportti*. http://www.miessakit.fi/easydata/customers/miessakit/files/Liitetiedostot/isyyden_tueksi_valiraportti.pdf.
 21. Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 22*. Helsinki.
 22. Korhonen A. 2003. *Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin*. *Väitöskirja*. Oulun yliopisto, Medica 760. Oulun yliopisto.
 23. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085101>
 24. *Lapsen ääni 2011. Tukevasti alkuun, vahvasti kasvuun ja tukevasti verkossa -hankkeet 2009–2011. Toimintamallit*. http://www.lapsenaani.fi/VARHAINEN_TUKI/TUKEVASTI_ALKUUN/Loppuraportti%20Tukevasti-hankkeista.pdf.
 25. Klemetti R, Raussi-Lehto E, 2014. *Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020*. *Institutet för hälsa och välfärd*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>
 26. Järvinen S. 2011. *Seksuaalisuus raskausaikana ja synnytyksen jälkeen*. *Teoksessa Ritamo M, Ryttyläinen-Korhonen K, Saarinen S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 27/2011*. Helsinki.
 27. *Lastensuojelun käsikirja*. <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>
 28. *Pelastakaa Lapset ry. Adoptioneuvonta*. <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/.../adoptioneuvonta/>.
 29. Sarkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–6.
 30. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. *Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2009:3*. Helsinki.
 31. *A-klinikkasäätiö 2012. A-klinikat*. <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a-klinikat>.
 32. *Ensi- ja turvakotien liitto 2012*. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>.
 33. *Social- och hälsovårdsministeriet 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994*. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940559>
 34. *Rättgångs Balk 1948 § 23–24*. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1734/17340004#L17P23>

15.4 SPECIALISERAD SJUKVÅRD

I Finland har mödravården traditionellt genomförts i samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Centrala mål i social- och hälsovårdsreformen har varit en jämlik tillgång på tjänster, integrering av bastjänster och specialtjänster och tryggnad av närservice. Som en del av en fungerande vård- och servicehelhet inom mödravården måste man beakta att uppföljningen och vården av riskgraviditeter och stödet av annan närservice tryggas i enlighet med vårdreformens mål. Detta förutsätter sådana nya serviceformer där förlossningsläkarens och barnmorskans tjänster finns tillgängliga som stöd för när servicen i regioner där avståndet till förlossningssjukhuset är långt. Nivån på dessa tjänster ska motsvara nivån på moderskapspolikliniken. Vårdreformen medför utmaningar också för konsultationspraxis inom den specialiserade sjukvården och ger nya möjligheter att upprätthålla och utveckla yrkesskickligheten.

Trots förändringarna behöver mödravården ha en gemensam syn på vårdens mål och innehåll, en dokumenterad vårdkedja och andra anvisningar, ett smidigt informationsutbyte och samarbete och regelbunden, gemensam utbildning för att trygga en kontinuerlig och enhetlig vård.

Remiss- och svarspraxis och konsultation

En remiss är ett pappersdokument eller ett elektroniskt dokument med vilket patientens vårdansvar överförs från primärvården till den specialiserade sjukvården. Det vårdansvar som överförs definieras på remissen. Ibland kan remissen ersättas av konsultation som sker på papper eller elektroniskt och då bibehålls vårdansvaret hos primärvården. En patient kan inte skrivas in som patient inom den specialiserade sjukvården på basis av en konsultation. Remissen innebär också en betalningsförbindelse. I konsultationssvaret finns den specialiserade sjukvårdens ställningstagande och rekommendation för hur den anställda inom primärvården ska agera på problemet i fråga. Efter vårdperiodens slut innebär det svar som ges angående vården vanligen att vårdansvaret återförs till primärvården. I det fall att vården fortsätter samtidigt inom både primärvården och den specialiserade sjukvården, såsom det ofta är under graviditeten, används också sådana svar som beskriver läget och som klart beskriver fördelningen av vårdansvaret och en plan för vården och uppföljningen.

Remissen utfärdas vanligen av en läkare, men speciellt inom mödravården har också mödrarådgivningens hälsovårdare/barnmorska i uppgift att remittera klienter till specialiserad sjukvård. Det kan vara fråga om en akut remiss (se orsaker nedan), vilket innebär att patienten får en pappersremiss med sig och åker till sjukhusets akutmottagning under samma eller följande dag. En icke-akut remiss sänds till sjukhuset per post eller elektroniskt. Den som utfärdar remissen antecknar sin egen bedömning av hur brådskande vårdbehovet är, men den slutliga tidpunkten för när specialiserad sjukvård ges fastställs av den specialläkare som ansvarar för verksamheten vid moderskapspolikliniken och som granskar remissen. Den specialiserade sjukvården har en skyldighet att ge information och ett svar till den remitterande enheten och till patienten.

Orsaker till akut remiss:

- regelbundna (mindre än 10 minuters intervall) och smärtsamma sammandragningar
- blodig flytning efter graviditetsvecka 22
- fostervattenavgång
- kraftiga magsmärtor
- förändringar i fostrets rörelser
- misstänkt fosterdöd
- konstant takykardi (överstiger 180) eller bradykardi (understiger 100) hos fostret
- högt blodtryck som stigit snabbt (överstiger 160/105)
- högt blodtryck kombinerat med subjektiva symtom eller kraftigproteinuri
- intensiv klåda
- misstänkt djup ventrombos eller lungemboli
- hög feber utan klar fokus på luftvägarna
- annat tillstånd som gör att akuta undersökningar eller akut vård behövs.

Bedömningen av behovet av icke-brådskande vård ska inledas inom tre veckor från det att remissen har anlänt till samkommunens sjukhus.¹ I praktiken handläggs dock de remisser som kommer till moderskapspolikliniken alltid i brådskande ordning antingen genast samma dag som de anländer eller senast inom några dagar. Den läkare som handlägger remissen bedömer vårdbehovet, skaffar vid behov närmare information och planerar vårdens innehåll och tidpunkt. Det är möjligt att bedömningen av hur brådskande vårdbehovet är avviker från den bedömning som gjordes av den person som utfärdade remissen. Den person som handlägger remissen ansvarar för att vård ges vid rätt tidpunkt och ska kunna motivera sitt beslut. Om handläggaren anser att remissen borde ha riktats till någon annan enhet inom den specialiserade sjukvården än moderskapspolikliniken, kan personen skicka remissen vidare till en annan enhet. Remissen kan också returneras till primärvården och de vårdanvisningar som behövs kan ges, om personen anser att remissen inte ger upphov till ett behov av specialiserad sjukvård.

Patienten ska informeras om tidpunkten för vården.² Om den meddelade tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart få information om en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. Patientens rätt till information förutsätter också att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar och om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen.² Således ska patienten informeras om de beslut som fattats vid handläggningen av remissen. Det är speciellt viktigt att ge information i situationer där beslutet avviker från den ursprungliga planen som uppgjordes av den remitterande personen – till exempel att remissen returneras eller överförs till en annan enhet eller att prioriteten avviker från den ursprungliga planen.

TABELL 1. En bra remiss och ett bra svar – innehåll och kriterier

Remiss	Svar
Kontaktinformation till patienten och den som utfärdat remissen	Kontaktinformation till patienten och enheten för specialiserad sjukvård
Klar beskrivning av orsaken till remissen	Klar beskrivning av orsaken till vård och undersökningar
Graviditetens längd	Graviditetens längd/förlossningstidpunkt
Viktiga bakgrundsuppgifter	Viktiga förhandsuppgifter
Nuvarande problem, anknytande undersökningar och frågeställningar	Genomförda undersökningar och behandlingar
	Plan för fortsatt vård och uppföljning
Remissen/svaret ska vara tydligt och ha en god läsbarhet	
Styckeindelningen gör det lättare att urskilja olika ämnesområden	
Remissen/svaret ska ha en saklig språkdräkt och stil (de är officiella dokument som också patienten kan läsa)	

I tabell 1 anges innehållet i och kriterierna för en bra remiss och ett bra svar. I detta kapitel avser svar det svar som ges angående den specialiserade sjukvård som mamman får under graviditeten och förlossningen och den sjukvård som mamman och barnet får efter förlossningen. I idealfall utfärdas remisser alltid ändamålsenligt och i rätt tid. Tyvärr har en del patienter inte fått en remiss vid den tidpunkt som enligt en efterhandsbedömning hade varit rätt tidpunkt för remittering till sjukhuset. Likaså händer det att sådana fall, där vården och uppföljningen utgående från vårdens nivåindelning borde ha skett inom primärvården, remitteras till moderskapspolikliniken. Remisser som inte behövs och som inte är ändamålsenliga orsakar kostnader, kan vara till skada för rådgivningens anseende och tillförlitlighet och medför onödig oro och besvär. Orsaken till onödiga remisser är ofta brist på information och erfarenhet, men det kan också bero på att remissindikationerna inte är klart definierade och att möjligheterna till konsultation är dåliga. Svaret ska ges inom fem dagar efter att vårdperioden slutat.³ Om svaret inte når primärvården uppkommer onödiga patientbesök och telefonsamtal och fördröjningar i den ändamålsenliga fortsatta uppföljningen.⁴

Ibland kan en remiss undvikas genom konsultation. Konsultationsmöjligheterna ska vara flexibla. Sjukhuset ska ge telefonnummer dit hälso- och sjukvårdspersonalen kan ringa för att be om råd och anvisningar för vården av en patient. Telefonkonsultationen kan innebära att journalhandlingarna måste öppnas, samtalet dokumenteras och slutsatserna registreras, vilket innebär att konsultationen ofta är avgiftsbelagd. Konsultationssvaret kan också bestå av avgiftsfri rådgivning på allmän nivå, vilket innebär att konsultationen inte nödvändigtvis förenas med någon viss patient. Det ska också finnas möjlighet till elektronisk konsultation. Sjukhuset kan fakturera för konsultationen, men kostnaderna för konsultationen är i varje fall betydligt lägre än kostnaderna för en patients besök på sjukhuset.

Förmedling av information

För att en gravid kvinna ska kunna vårdas effektivt och på ett ändamålsenligt sätt måste informationen förmedlas snabbt mellan förlossningssjukhuset och primärvården. Informationskanaler är till exempel telefon, post, rådgivningskort och elektronisk kommunikation. Telefon används när information behöver förmedlas snabbt.

Tills vidare förmedlas inte uppgifterna på rådgivningskortet automatiskt till den specialiserade sjukvården. Patienten har med sig rådgivningskortet när hon kommer till moderskapspolikliniken, akutmottagningen eller förlossningen. Rådgivningskortet fylls i också när klienten besöker sjukhuset. Rådgivningskortet är en viktig kanal för utbyte av information mellan rådgivningen och sjukhuset, men användningen är begränsad till de situationer då patienten är närvarande.

Oavsett om den gravida kvinnan har besökt sjukhuset som patient eller inte, sänder rådgivningen förhandsuppgifter om rådgivningsklienten till förlossningssjukhuset för den vård som ges under graviditeten och förlossningen. Dessa uppgifter registreras i sjukhusets journalsystem. Oftast levereras förhands- och bakgrundsuppgifterna elektroniskt och patienten kan eventuellt delvis själv fylla i sina förhandsuppgifter på en blankett. Rådgivningen ska ha möjlighet att vid behov komplettera uppgifterna.

Primärvården har rätt att få svar angående vården av en remitterad patient. Svar ska ges både för besök på polikliniken och perioder med avdelningsvård. Det är viktigt att förlossningssjukhuset kontaktar rådgivningen per telefon, om sjukhuset skriver ut en familj som behöver särskilt stöd.

Arbetsfördelning

Mödrarrådgivningen har traditionellt haft i uppgift att identifiera graviditetskomplikationer och därefter remittera patienten till specialiserad sjukvård.⁵ Denna arbetsfördelning gäller fortfarande, men nu betonas mål som den specialiserade sjukvården och primärvården definerat tillsammans, en gemensam vårdkedja, remittering vid rätt tidpunkt och en ändamålsenlig arbetsfördelning vid behandlingen och uppföljningen av patientens sjukdomar.⁶

Även om rådgivningen traditionellt har haft i uppgift att genomföra screening av avvikelser, kan rådgivningen allt mer också ta hand om sjukdomar och problem under graviditeten i samarbete med den specialiserade sjukvården. Detta förutsätter dock att resurserna är tillräckliga och att personalen är insatt i behandlingen av graviditetsproblem. Rådgivningens nuvarande resurser behöver inte utökas, men genom att reducera de återkommande hälsoundersökningarna kan resurser frigöras för behovsprovade extra besök. Denna handbok bidrar till att nå dessa mål.

När forskningsrönen ökar och vårdpraxis utvecklas måste arbetsfördelningen hela tiden kunna bedömas och justeras. Många nya former av vårdpraxis börjar inom den specialiserade sjukvården, men när de blir etablerade kan genomförandet och uppföljningen överföras till primärvården. Detta förutsätter gemensamma mål, kontakt, växelverkan och kontinuerlig utbildning.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. Social- och hälsovårdsministeriet 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>
3. STM julkaisuja 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle.
4. Vehviläinen A. 2005. Konsultointi ja jatkohoito. Teoksessa Kumpusalo E. ym. Yleislääketiede, 140–148. Duodecim.
5. Castren O. 1987. Raskauskomplikaatioiden ehkäisy. Teoksessa Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Chymos, Lääketehtas Orion.
6. Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116, 1821–8.



16 TILLHANDAHÅLLET AV MÖDRARÅDGIVNINGENS TJÄNSTER

16.1 HANDLINGSPROGRAM

Detta kapitel bygger på del III, kapitel 4.2 i den handbok¹ som behandlar omfattande hälsoundersökningar.

Handlingsprogram ger stöd för planeringen och tillhandahållandet av mödrarådgivningsverksamheten

En förutsättning för att mödrarådgivningstjänster ska kunna tillhandahållas är att ett lagstadgat handlingsprogram utarbetas.² Handlingsprogrammet är ett enhetligt dokument som godkänts av den myndighet som ansvarar för folkhälsoarbetet i kommunen och som beskriver

- tjänsterna inom mödra- och barnrådgivningen, skol- och studerandehälsovården och den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga
- ett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete mellan förvaltningar och
- de sätt på vilka individens och familjens delaktighet och utvecklingsmiljöer beaktas.

I detta kapitel granskas handlingsprogrammet och arbetet med att utarbeta ett program främst ur mödra- och barnrådgivningens synvinkel. Handlingsprogrammet ger möjlighet att förenhetliga rådgivningsverksamheten och ökar kommuninvånarnas jämlikhet när det gäller tillgången till enhetliga och högklassiga tjänster. Handlingsprogrammet utnyttjas som ett konkret hjälpmedel vid planeringen och utvecklingen inom ledningen, i den enskilda anställdas arbete, i det multiprofessionella samarbetet och vid uppföljningen och bedömningen av verksamheten.

Handlingsprogrammet utarbetas eller uppdateras minst en gång under varje fullmäktigeperiod, och programmet ska anknyta till den välfärdsplan för barn och unga som barnskyddslagen förutsätter av kommunen och till kommunens mer omfattande verksamhets- och ekonomiplan. Handlingsprogrammet beaktas också när planen för ordnande av hälso- och sjukvård inom sjukvårdsdistriktet görs upp,³⁻⁴ som är en plan som ger möjlighet att förenhetliga och samordna primärvårdens tjänster.

Handlingsprogrammet utarbetas i ett omfattande samarbete med de aktörer och anställda som berörs av programmet. Arbetet med handlingsprogrammet förutsätter ett samarbete mellan kommunens olika förvaltningsområden. Målet med den gemensamma beredningen är att de olika sektorernas tjänster ska komplettera varandra och forma en heltäckande och meningsfull helhet för klienterna. Det är ekonomiskt lönsammare och lättare att genomföra planer som gäller barn, unga och barnfamiljer, om

de lagstadgade och rekommendationsenliga planerna för småbarnsfostran, undervisningsväsendet och social- och hälsovården bereds i samarbete, samordnas och integreras i kommunens strategi.

Ett genuint samarbete innebär att de samarbetsrutiner som ingår i handlingsprogrammet diskuteras konkret vid ett gemensamt möte. På så sätt blir man förtrogen med de olika verksamhetsområdena, deras uppgifter och ansvarspersoner och då skapas också nätverk för samarbete som främjar hälsan och välbefinnandet bland barn, unga och familjer. Att enbart skicka färdiga dokument eller begära kommentarer betraktas inte som ett tillräckligt samarbete.

Handlingsprogrammets innehåll

Ansvarspersoner och personalresurser. I handlingsprogrammet beskrivs uppgifterna hos den ansvariga person som serviceleverantören utsett.¹ Personalresurser som riktas till olika funktioner och samarbete mellan många aktörer är viktiga förutsättningar för verksamheten, och de styr också verksamhetens innehåll. Personalresurserna beskrivs till exempel med hjälp av hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens årsverken. Också mun- och tandvårdens arbetsinsatser inom mödra- och barnrådgivningsverksamheten beskrivs.

Om personalresurserna inte överensstämmer med de nationella rekommendationerna, inkluderas en plan i programmet för att målen ska kunna nås. Dessutom lönar det sig att förutse förändringar i personalresurserna.

Beskrivning av verksamheten och tillvägagångssätten. Handlingsprogrammet beskriver mödra- och barnrådgivningens olika funktioner och deras centrala innehåll, till exempel följande:

- de återkommande hälsoundersökningarnas tidpunkter och centrala innehåll, inklusive huvudprinciperna för den individuella hälsorådgivningen vid respektive undersökning
- organiseringen av en omfattande hälsoundersökning som en del av de återkommande hälsoundersökningarna
- praxis för hur den gravida kvinnans make eller partner kallas till rådgivningen och samarbetet med familjen
- det multiprofessionella samarbetet i samband med undersökningarna
- rådgivningens familjeträning, inklusive förlossningsförberedelse och annan föräldragrupsverksamhet
- rådgivningens hembesök före barnets födelse, efter födelsen och i specialfall; samarbetspartner, såsom familjearbetet
- metoder för att identifiera ett särskilt stödbehov och arrangera stöd och beredskapen för att ordna extra besök
- utredning av stödbehovet hos dem som uteblivit från undersökningarna
- praxis för remittering till den specialiserade sjukvården och förlossningssjukhuset

- samordning av verksamheten i övergångsfaser, då den gravida kvinnan är klient både vid mödrarådgivningen och inom den specialiserade sjukvården eller vid förlossningssjukhuset, eller då familjen och barnet övergår från mödrarådgivningen till barnrådgivningen och senare till skolhälsovården
- klienternas delaktighet, bland annat i utvecklingen av tjänster
- information om tjänsterna och verksamheten
- anvisningar om tillvägagångssätt som iakttar bestämmelserna i patientlagen vid överföringen av uppgifter.

Arbetsfördelningen mellan de anställda på hälsovårdscentralen. Huvudprinciperna för arbetsfördelningen mellan hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren antecknas bland annat när det gäller omfattande hälsoundersökningar och konsultationer. Därtill beskrivs tillgången på specialarbetare, såsom fysioterapeuter, näringsterapeuter, psykologer vid rådgivningen och hälsovårdscentralen, familjearbetare och psykiatriska sjukvårdare, praxis för konsultation och handledning och arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper.

Multiprofessionella verksamhetsmodeller och lokala vårdkedjor. I handlingsprogrammet beskrivs principerna för det multiprofessionella samarbetet, arbetsfördelningen, praxis för överföring av uppgifter och huvudlinjerna för det samarbete mellan primärvården och specialtjänsterna, till exempel fostrings- och familjerådgivningen och den specialiserade sjukvården, som sker i enlighet med vård- och servicekedjorna. Sådana samarbetsområden är att identifiera och bedöma behovet av stöd och att ordna stöd vid rätt tidpunkt och på ett multiprofessionellt sätt för dem som behöver det. Särskild vikt ska fästas vid en klar beskrivning av de verksamhetsmodeller och vårdkedjor som anknyter till viktiga folkhälsoproblem (våld i parrelationen och i nära relationer, psykiska problem och missbruk). Samarbetet och arbetsfördelningen mellan mödrarådgivningen och förlossningssjukhuset och det samarbete mellan rådgivningen, förlossningssjukhuset, socialarbetet och mental- och missbrukarvården som påbörjas utgående från en föregripande barnskyddsanmälan ska göras synliga. Därtill beskrivs den verksamhetsmodell som tillämpas vid styrning till sådana tjänster som familjens ekonomiska situation förutsätter (FPA, socialvården).

Exempel på former och situationer av gemensamt arbete som gäller mödrarådgivningen och som överskrider förvaltningsgränserna är familjeträning, familjearbete, multiprofessionella hembesök, socialt arbete med vuxna, utkomststöd, barnskydd, missbruksarbete, hjälp till barn och familjer med svåra levnadsförhållanden och förebyggande av våld inom familjen.

När man kommer överens om principerna för multiprofessionellt samarbete över förvaltningsgränserna krävs långsiktigt gemensamt arbete och gemensamma möten. Också organisationers och privata aktörers deltagande i verksamheten, till exempel familjeträningen, antecknas i handlingsprogrammet.

Handlingsprogrammet som verktyg för uppföljningen och utvärderingen

Ett enhetligt handlingsprogram om de återkommande hälsoundersökningarnas och hälsorådgivningens innehåll och omfattning säkerställer enhetliga, högklassiga och regionalt jämlika tjänster. De statistiska nyckeltal som samlats in i samband med mödrarådgivningens hälsoundersökningar och som beskriver hälsan och välbefinnandet, användningen av tjänster och behovet av stöd är värdefulla vid utvärderingen och utvecklingen av tjänsterna. Med hjälp av nyckeltalen kan konkreta, mätbara målsättningar ställas upp för verksamheten, och dessa mål hjälper sedan att välja lämpliga metoder. Samtidigt ger de möjlighet till att erhålla jämförbara lokala data om målbefolkningens hälsa och välfärd och om tillgången till tjänster, deras användning, omfattning och effektivitet. Det lönar sig att tidvis granska de övergripande målen och delmålen tillsammans med personalen inom hela sektorn.

Genomförandet och resultatet av den verksamhet som beskrivs i handlingsprogrammet rapporteras årligen i verksamhetsberättelsen till de förtroendeorgan som ansvarar för folkhälsoarbetet i kommunen. Nyckeltalen kan också utnyttjas vid beredningen av den välfärdsberättelse som kommunen utarbetar för varje fullmäktigeperiod. En arbetsgrupp och personer med ansvar för uppdateringen och informationen utses och antecknas i handlingsprogrammet.

REKOMMENDATION

- ▶ I handlingsprogrammet beskrivs de centrala faktorer som behövs för att lokalt tillhandahålla och genomföra mödrarådgivningsverksamheten och för att förenhetliga funktionerna.
 - ▶ Handlingsprogrammet utarbetas i ett brett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete genom förhandlingar och överenskommelser. Handlingsprogrammet uppdateras minst en gång under varje fullmäktigeperiod.
 - ▶ Handlingsprogrammet används som ett hjälpmedel vid planeringen, uppföljningen och utvärderingen av verksamheten.
-

Källor

1. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012, Helsinki.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsa och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
4. Statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård 337/2011. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110337>

16.2 LEDNING AV RÅDGIVNINGSVERKSAMHETEN

Utgångspunkter för ledningen enligt lagstiftningen

De skyldigheter som anges i hälso- och sjukvårdslagen¹ bildar utgångspunkten för ledningen av mödrarådgivningsverksamheten (bilaga 4). Enligt 4 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen för en verksamhetsenhet inom den kommunala basservicen inneha multidisciplinär kompetens. Vid mödrarådgivningen innebär detta samordning och tillvaratagande av expertis inom vårdarbetet och medicinsk expertis vid ledningen och ansvarstagandet. Ledningen ska främja en högklassig och säker vård, samarbete mellan olika yrkesgrupper och utveckling av vård- och verksamhetsmetoder. Enligt 8 § i lagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens och goda rutiner. Enligt de bestämmelser som gäller främjande av hälsan ska man utse personer med ansvar för främjande av hälsa och välfärd, bereda de planer som behövs och en välfärdsberättelse och samarbeta med de olika kommunala verksamheterna och andra aktörer. Mödrarådgivningstjänsterna ska tillhandahållas i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och statsrådets förordning.² Ledningen förpliktas också av de krav enligt vilka primärvården ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient och kommunerna inom en och samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård.

Ledningens och de ansvariga personernas uppgifter

Ledningens uppgift är att skapa förutsättningar för en effektiv mödrarådgivningsverksamhet och att styra rådgivningsverksamhetens utveckling. Mödrarådgivningsverksamhetens ledning utgör en del av en större ledningshelhet. Hur ledningen organiseras och ledningsansvaret definieras varierar utgående från kommunernas administrativa lösningar, kommunens storlek, hur tjänsterna produceras och organisationens storlek. Det strategiska och operativa ansvaret kan ligga hos en enda person eller också vara fördelat mellan flera personer. När ledningen organiseras är det ytterst viktigt att utse de personer som ansvarar för mödrarådgivningsverksamheten och att komma överens om deras uppgifter.³⁻⁴

Den ansvariga personens eller de ansvariga personernas uppgift är bland annat att utarbeta verksamhets- och ekonomiplaner och ett handlingsprogram, att leda och utveckla det multiprofessionella och mångsektoriella arbetet och att samordna tjänsterna.⁵ Ledningen säkerställer att mödrarådgivningstjänsterna är effektiva och klientorienterade och att de utgör en del av en större servicehelhet. Ledningens uppgift är att säkerställa att personalresurserna är tillräckliga, att de utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt och att personalens kompetens utvecklas. Det är viktigt att se till att personalen använder så effektiva och enhetliga metoder som möjligt och agerar i enlighet med gällande lagstiftning och överenskomna principer. Med hjälp av ledningen skapas en verksamhetskultur som uppmuntrar personalen att utveckla den egna yrkeskompetensen och arbetet på rådgivningen och vid den egna arbetsenheten och som stödjer och

stärker personalens egna resurser och arbetshälsa. Uppgiften är att skapa förfaranden genom vilka verksamhetens resultat och kvalitet regelbundet följs upp och personalens verksamhet följs upp och övervakas. De ansvariga personerna har också i uppgift att föra vidare frågor som gäller mödrarådgivningen till de förtroendevalda för behandling.³⁻⁴

Ledningen beaktar familjernas välfärdsbehov

Planeringen av mödrarådgivningens verksamhet och tillhandahållandet av tjänster bygger på uppgifter om hälsan och välbefinnandet hos par som planerar en graviditet och par som väntar barn. Enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ ska kommunen bevaka kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och observera effekterna av de åtgärder som sätts in för att svara mot välfärdsbehoven. Vid bedömningen av föräldrarnas välbefinnande är det tillrådligt att utnyttja nationella informationskällor (TEAvisari, SOTKANet, AvoHILMO). Kommunernas egna utredningar och uppföljningsdata lyfter fram eventuella risker som anknyter till välfärden och deras regionala fördelning. Med hjälp av dessa uppgifter kan man bilda en uppfattning om servicebehovet och rikta tjänster till dem som behöver mer stöd. Hälso- och sjukvårdslagen förutsätter att principen om klientorientering iakttas och denna princip styr till beaktande av klienternas behov.⁴

Deltagande ledarskap stödjer personalen

Ett deltagande ledarskap främjar personalens yrkesmässighet och delaktighet i beslutsfattandet. Vid samarbete förenas flera personers kompetens, resurser, kunskap och expertis för att nå ett gemensamt mål. Fungerande samarbetsrelationer mellan ledningen och personalen främjar arbetstillfredsställelsen och verksamhetens effektivitet. Deltagande ledarskap har konstaterats förbättra arbetsförhållandena, atmosfären, interaktionen mellan personalen och ledningen och förmedlingen av information.³ Tillgången på läkare och deras vilja att stanna kvar i arbetet förbättras om de har möjlighet att påverka det egna arbetet och om övriga arbetsförhållanden är goda.⁶

Uppföljning av mödrarådgivningens arbete

Kvaliteten på mödrarådgivningens tjänster framträder då tjänsterna är enhetliga och håller en jämn kvalitet inom kommunens olika områden och enheter. Genomförandet och kvaliteten mäts med hjälp av enhetliga mått och nyckeltal. Uppföljningen och mätningen förutsätter överenskomna kriterier för nyckeltal, mått och statistikföring, och även utbildning så att nyckeltalen används på ett enhetligt sätt. En systematisk och transparent uppföljning som så bra som möjligt följer realtid gör att nödvändiga förändringar och förbättringar kan genomföras utan dröjsmål.⁴

REKOMMENDATION

- ▶ Hälsovårdscentralens ledning utser en person inom vårdarbete och medicin, som har ansvaret för den övergripande utvecklingen och den närmaste ledningen av mödrarådgivningens arbete, och definierar de ansvariga personernas befogenheter och uppgifter.
- ▶ De personer som ansvarar för arbetet på mödrarådgivningen ser till att tillräckliga förutsättningar skapas för att utveckla rådgivningsarbetet i enlighet med de nya rekommendationerna (bl.a. verksamhets- och ekonomiplan, handlingsprogram, gemensamma riktlinjer som avtalas i kommunen, personalstyrka och personalens kvalitet, kompetens, presentation och motivering av rekommendationerna för kommunens beslutsfattare).
- ▶ Personalen och personalkompetensen leds i enlighet med principerna för deltagande ledarskap.
- ▶ Modellen för samordnande ledning av tjänster för barn, unga och familjer utnyttjas i ledningen av mödrarådgivningens arbete.
- ▶ De ansvariga personerna ser till att mödrarådgivningarna inom ett och samma hälsocentralsområde tillämpar enhetliga och evidensbaserade förfaranden och metoder. Tillvägagångssätt som bidrar till enhetliga förfaranden och metoder avtalas inom sjukvårdsdistriktet.
- ▶ Verksamheten och kvaliteten följs regelbundet upp i enlighet med överenskommen praxis.
- ▶ Utbildningen av ledningen och de ansvariga personerna säkerställs.

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
3. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.
4. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 2012: 22.
5. Perälä ML, Halme N, Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen. Opas 19, 2012. THL.
6. Vänskä J, Kangas M. 2008. Vastaanottokäyntien määrä ei kerro terveystieteiden tehokkuudesta. Suomen Lääkärilehti 63, 550–1.

16.3 MÖDRARÅDGIVNINGENS PERSONAL OCH PERSONALDIMENSIONERINGEN

Ett grundläggande villkor för en resultatrik verksamhet vid mödrarådgivningen är att det finns tillgång till en kvalitativt och kvantitativt tillräcklig personal. Hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren utgör det centrala arbetsparet på mödrarådgivningen. Det finns inga gällande officiella rekommendationer om personaldimensioneringen av hälsovårdare/barnmorskor och läkare. Därför har man använt Medicinalstyrelsens¹ (1988) upphävda rekommendationer och rekommendationer som utarbetats av organisationer. Enligt dem rekommenderas 80 gravida kvinnor per hälsovårdare/barnmorska och 800 gravida kvinnor per läkare. Uppgifter om beräkningsgrunderna för dessa siffror saknas.

Vikten av arbetet inom primärvården och det förebyggande arbetet, också det tidiga stödet, betonas i lagstiftningen (hälso- och sjukvårdslagen²), i regeringsprogrammet och i de hälsopolitiska programmen. Det är motiverat att rikta hälso- och sjukvårdens resurser till familjer som väntar barn, eftersom graviditeten motiverar familjerna att ändra sina hälsovanor och andra rutiner så att de främjar barnets och hela familjens hälsa och välbefinnande. För familjer som väntar barn utgör rådgivningarna den första kontakten till hälso- och sjukvården och en tjänst på basnivå, eftersom mödrarådgivningen når nästan alla familjer som väntar barn (99,7–99,8 %).

Mödrarådgivningens arbete blir ständigt mer krävande på grund av de överförda arbetsuppgifterna (t.ex. efterundersökning) och många olika slags problem i familjerna. De nya arbetsformer och arbetsmetoder som tagits i bruk, till exempel stöd för tidig interaktion och föräldraskapet och motiverande intervjuer, är tidskrävande. Tid går också åt till det multiprofessionella samarbetet och hembesöken och till familjeträningen och förlossningsförberedelsen som innehåller föräldragrupsverksamhet. Det finns ny kunskap om effektiviteten i dessa arbetsformer. Den förordning som gäller rådgivningsverksamheten³ förutsätter att en omfattande hälsoundersökning av hela familjen genomförs (där också pappornas välbefinnande beaktas), att de som behöver särskilt stöd identifieras, att stöd ordnas och att stödbehovet hos dem som uteblir från undersökningarna kartläggs. Rådgivningen ska lägga vikt vid bägge föräldrarnas välbefinnande, familjens levnadsförhållanden och bland annat den ekonomiska situationen. Detta lyckas endast om tillräckligt med tid reserveras för tidig identifiering av stödbehovet och diskussioner om känsliga frågor. Interaktionen med klientfamiljer som har en annan kulturell bakgrund kräver tid då de besöker rådgivningen. Allt fler familjer behöver tidigt stöd, och en del behöver ett mycket intensivt stöd. Bägge föräldrarna erbjuds hälsorådgivning. Också registreringen i vårdanmälningsregistret för den öppna primärvården (AvoHILMO) är tidskrävande. I och med att kraven i arbetet ökar och nya kompetenskrav uppkommer är det allt viktigare att arrangera tillräcklig fortbildning och arbetshandledning. Också dessa kräver tid.

Den största förändringen som denna handbok ger upphov till när det gäller hälsovårdarens/barnmorskans och läkarens fördelning av arbetstiden är att antalet återkommande hälsoundersökningar minskar. I denna handbok rekommenderas 11 undersökningar för förstföderskor istället för de tidigare 17. För omföderskor rekommenderas 10 undersökningar istället för det tidigare 13. Avsikten är att den arbetstid som frigörs ska inriktas enligt den gravida kvinnans och familjens individuella behov. Enligt THL:s uppföljning⁴ ordnas i genomsnitt 13 hälsoundersökningar för förstföderskor och 12 hälsoundersökningar för omföderskor. Antalet läkarundersökningar uppgår i genomsnitt till 3 för både förstföderskor och omföderskor.

De rekommendationer om personaldimensioneringen av hälsovårdare/barnmorskor och läkare som anges i denna handbok bygger på beräkningar som innehåller en detaljerad fördelning av arbetstiden mellan olika slags uppgifter. Utgående från beräkningarna är rekommendationen högst 76 gravida kvinnor per hälsovårdare eller barnmorska och högst 600 gravida kvinnor per läkare (bilaga 9 och 10).

Först beräknas den årliga arbetstiden som är tillgänglig för det ordinarie arbetet (exkl. söckenhelger, sjukdagar, utbildningsdagar och mat- och kaffepauser). Läkarens sjukdagar har plockats ur Arbetshälsoinstitutets undersökning Kunta10⁵ (7,1) och hälsovårdarens sjukdagar ur en långvarig uppföljningsstatistik i en stor kommun (7,2) genom konsultation av en expert i företagshälsovård. För läkare reserveras 10 utbildningsdagar och för hälsovårdare eller barnmorskor 8 dagar, eftersom kompetenskraven är stora och målet är att skapa en lärande organisation. Den tid som är tillgänglig för måltider kan variera beroende på kollektivavtalet. De årliga ordinarie arbetstimmarna (1 652,2 timmar för en hälsovårdare/barnmorska, 1 618 timmar för en läkare) har delats in i sådant arbete som utförs utöver klientarbetet och i egentligt klientarbete. Arbete utöver klientarbetet är möten och tjänsteresor; dokumentering, elektroniska tjänster och övrigt kontorsarbete och telefontid (hälsovårdare/barnmorska 9 tim./vecka, läkare 6 tim./vecka); arbetshandledning, multiprofessionellt samarbete och handledning av studerande. Hit hör också den tid som behövs för kartläggning av stödbehovet hos dem som uteblivit från undersökningarna.

För hälsovårdarens/barnmorskans del innehåller klientarbetet familjeträning och annan föräldragrupsverksamhet (60 tim./vecka), egentliga återkommande hälsoundersökningar och den tid som behövs för extra besök. Totalt 20 procent av den arbetstid som både hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren har för klientarbetet har reserverats för extra besök. Arbetstid har reserverats för extra besök så att problem ska kunna identifieras tidigare och mer ingående och för att ett tillräckligt stöd ska kunna erbjudas vid rätt tidpunkt. Särskild vikt har fästs vid förstföderskor. Till de återkommande hälsoundersökningarna hör de undersökningar som presenterats i kapitel 7.4. Totalt 1,5 timmar har reserverats för det första besöket och den omfattande hälsoundersökningen, 30 minuter för mottagningsbesöken och 2,5 timmar för hembesöken inklusive resor (1,5 + 1 tim.). I enlighet med rekommendationerna har två hembesök reserverats för förstföderskor och ett hembesök för omföderskor (bl.a. för att stödja den tidiga interaktionen och hela familjen). För varje läkarundersökning har 30 minu-

ter reserverats. Vid behov kan läkaren förlänga den tid som behövs för en omfattande hälsoundersökning genom att ta av den arbetstid som reserverats för extra besök. Avsikten är att den anställda bekantar sig med familjen så bra som möjligt redan i början av graviditeten (första besök och omfattande hälsoundersökning), skapar en god växelverkan med föräldrar som väntar barn och identifierar eventuella problem som kräver ytterligare uppföljning. Behovet av extra besök bedöms också vid alla andra möten. Totalt 170 timmar (cirka 340 besök som tar 30 minuter) av hälsovårdarens arbetstid och 225 timmar av läkarens arbetstid (450 besök) har reserverats för extra besök. Totalt 9 veckotimmar av hälsovårdarens/barnmorskans och 6 timmar av läkarens arbetstid har reserverats för dokumentering, elektroniska tjänster osv.

Personaldimensioneringen påverkas av flera faktorer. Sådana är bland annat a) familjernas stödbehov: till exempel kommunens arbetslöshetsgrad och flyttströmmar, behovet av barnskydd, antalet familjer som behöver utkomststöd, antalet familjer med en ensamstående förälder, bonusfamiljer och familjer som tillhör etniska minoriteter och antalet språkgrupper, b) hälsovårdarnas/barnmorskornas och läkarnas arbete: bland annat organisering av föräldragrupper och antalet sektorer (antalet sektorer ökar behovet av anställda, eftersom varje sektor kräver upprätthållande av kunskaps- och kompetensnivån), integrering av preventivrådgivningen och familjeplaneringsrådgivningen i mödrarådgivningens arbete, c) geografiska aspekter, såsom glesbygder och skärgården, där den tid som går åt till hembesök måste beaktas, och d) personalstrukturen och antalet anställda som riktas till barnfamiljer i kommunen: till exempel hur många familjearbetare, hemvårdare, psykologer och andra specialarbetare som reserverats för barnfamiljer.

Utvecklingen av personaldimensioneringen förutsätter att ledningen och ansvarspersonerna övervakar den tid som används för arbetet på mödrarådgivningen.

REKOMMENDATION

- ▶ Den kalkylerade dimensioneringen av hälsovårdare/barnmorskor vid mödrarådgivningen utgår från att en hälsovårdare/barnmorska som arbetar heltid har hand om högst 76 gravida kvinnor eller familjer, i de fall då hälsovårdaren/barnmorskan har en vikarie.
- ▶ Dimensioneringen av läkare vid mödrarådgivningen utgår från att en läkare som arbetar heltid har hand om högst 600 gravida kvinnor, i de fall då läkaren har en vikarie.
- ▶ Om hälsovårdaren eller läkaren arbetar inom ett område med ett stort antal invandrare eller andra familjer som behöver särskilt stöd, måste klienterna vara färre i antal. Personalbehovet kan vara större än vad som anges i rekommendationen beroende på kommunens servicenivå och andra faktorer som påverkar dimensioneringen. (Se

det näst sista stycket om faktorer som påverkar personaldimensioneringen)

- ▶ Om hälsovårdaren arbetar både på mödra- och barnrådgivningen så att hälften av arbetstiden är mödrarådgivningsarbete, kan hälsovårdaren ifråga ha hand om 38 gravida kvinnor.
- ▶ För att säkerställa en tillräcklig kompetens ska arbetet på mödrarådgivningen ordnas så att hälsovårdaren eller barnmorskan ansvarar för minst 38 gravida kvinnor.
- ▶ Om en läkare endast delvis arbetar på mödrarådgivningen, divideras det antal gravida kvinnor som dimensionerats för en läkare på heltid med den andel av läkarens arbetstid som går åt till mödrarådgivningen. Om läkaren till exempel arbetar två dagar i veckan på mödrarådgivningen, kan läkaren ansvara för högst 240 ($600/5 \times 2 = 240$) gravida kvinnor.

Källor

1. Läkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveystakeskuksissa. Läkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
4. Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saariisto V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki.
5. Työterveyslaitos. Kunta10-tutkimus. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankeet/kunta10_tutkimus/Sivut/default.aspx.

16.4 REGISTRERING OCH STATISTIKFÖRING

Till den del som gäller statistikföring och registrering av uppgifter i journalhandlingarna bygger detta kapitel på handboken om omfattande hälsoundersökningar¹.

Anteckning av patientuppgifter i journalhandlingar och på rådgivningskort

Bestämmelser om hanteringen av klientuppgifter och sekretessen finns i flera lagar som kompletterar varandra. De bestämmelser som ingår i *patientlagen*² är speciallagstiftning om hälso- och sjukvård. När det gäller uppgifter om undersökningar, vård, behandling och åtgärder inom förebyggande hälsovård som gäller en enskild patient tillämpas därför i första hand bestämmelserna i patientlagen, oavsett om uppgifterna finns i handlingar eller om de endast omfattas av tystnadsplikten (då uppgifterna inte har antecknats). *Personuppgiftslagen*³ tillämpas vid hanteringen av sådana patientuppgifter som registrerats i elektroniska personregister eller andra sådana register där uppgifter om en enskild patient är lättillgängliga. *Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet*⁴ gäller förutom uppgifter i handlingar även sådana sekretessbelagda patientuppgifter som inte har sparats. Hälso- och sjukvårdspersonalen omfattas dessutom av den tystnadsplikt som ingår i *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården*.⁵

Enligt patientlagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anteckna sådana tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för tryggnad av att vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Med vården av en patient avses hälso- och sjukvård. Vid de hälsoundersökningar som genomförs på mödrarådgivningen görs ändamålsenliga anteckningar i den gravida kvinnans och vid behov den andra förälderns journalhandlingar enligt gällande bestämmelser⁶ och anvisningar. Som stöd för implementeringen av den aktuella förordningen har Social- och hälsovårdsministeriet publicerat en ny handbok om journalhandlingar⁷. Det kommer att ske förändringar i den registrering och statistikföring av hälsoundersökningar som behandlas i detta kapitel, bland annat i och med uppdateringen av AvoHILMO.

En enhetlig registrering och statistikföring av uppgifterna om hälsoundersökningar synliggör det förebyggande arbete som fokuserar på hela familjen. På mödrarådgivningen antecknas uppgifter om den gravida kvinnan och hennes levnadsförhållanden i kvinnans journalhandling. I journalhandlingen antecknas de uppgifter och undersökningsresultat som gäller uppföljningen av graviditeten och utarbetas en individuell uppföljningsplan. Efter att barnet fötts ska de uppgifter om mammans graviditet och förlossning som är viktiga med tanke på barnets uppväxt och utveckling antecknas i barnets journal.¹

Enligt förordningen om journalhandlingar⁶ ska sådana detaljerade och känsliga uppgifter som en annan person berättar om sig själv eller sin livssituation antecknas i en separat handling som utgör en del av journalhandlingen. De känsliga uppgifter som räknas upp i 11 § i personuppgiftslagen³ får antecknas i patientjournalen endast om de är nödvändiga med tanke på tillhandahållandet eller genomförandet av patien-

tens vård eller till exempel med tanke på hälso- och sjukvårdens skyldigheter som bygger på barnskyddslagen.

Vid en omfattande hälsoundersökning kan man med muntligt samtycke av den gravida kvinnans partner öppna partnerns journalhandling och där anteckna bland annat resultaten av de enkäter som gjorts (t.ex. Audit-poäng), mätningar (blodtryck, vikt, midjemått osv.) och utöver det hälsovanor, given hälsorådgivning och eventuell styrning till fortsatt vård.¹ Frågan om samtycke kan ställas till exempel på följande sätt: ”Passar det att jag antecknar dessa uppgifter i din journalhandling?”. Det är inte tillåtet att öppna en frånvarande förälders journalhandling och inte heller att i personens frånvaro anteckna resultatet för en Audit-enkät som personen fyllt i eller någon annan enkät som hämtats med. Om däremot en familjemedlem lyfter fram bekymmer som till exempel gäller ett sådant alkoholbruk hos en familjemedlem som påverkar familjens levnadsförhållanden, kan det antecknas i mammans journalhandling, men då ska också informationskällan antecknas. ”Klienten berättar att hennes partner dricker rikligt med alkohol och att det också märks hemma...”

En föregripande barnskyddsanmälan antecknas i den gravida kvinnans journalhandling. Om en föregripande barnskyddsanmälan beror på de problem som framkommit hos partnern och om partnern är närvarande, kan frågan med samtycke också antecknas i partnerns journalhandling.¹

Den sammanfattning som görs av de omfattande hälsoundersökningarna innehåller ett sammandrag av familjens hälsa och välbefinnande, till exempel information om de problem som identifierats hos föräldrarna. Det är lättare att göra sammanfattningen om den anställdas oro är noggrant definierad och specificerad; bland annat antecknas om hälsovårdarens/barnmorskans eller läkarens oro beror på familjens situation eller någon annan orsak, till exempel mammans och fostrets hälsa eller levnadsvanorna. Om hälsoundersökningen leder till fortsatta åtgärder och kräver flera besök, till exempel för att utreda behovet av särskilt stöd eller organiseringen av stöd, utarbetas en hälso- och välfärdsplan som beskriver de överenskomna åtgärderna, arbetsfördelningen och uppföljningen.¹

Förutom att de antecknas i journalhandlingen ska de centrala uppgifterna om kvinnans hälsa och välbefinnande och om graviditeten också antecknas på rådgivningskortet. Annars överförs uppgifterna inte nödvändigtvis till förlossningssjukhuset. Hit hör förhandsuppgifter om graviditeten, blodgrupp, allergier, pågående läkemedelsbehandlingar, uppgifterna från senaste hälsoundersökning och livmoderns mått. På det kort som klienten behåller antecknas dessutom annat som avtalats med familjen, bland annat planen för fortsatt vård. I jourfall fungerar rådgivningskortet som verktyg för överföring av information. För klienten är rådgivningskortet ett viktigt dokument om uppföljningen av graviditeten, om förlossningen och om det nyfödda barnet.

Det samlas en hel del pappersblanketter vid hälsoundersökningarna (bl.a. blanketter med förhandsuppgifter), och de kan förstöras då uppgifterna överförs till patientdatasystemet och då blanketterna inte längre behövs. Noggrannare information om de datainsamlingsblanketter som ska sparas finns i bilagan till förordningen om journalhandlingar⁶ och i handboken om journalhandlingar⁷.

Statistikföring och uppföljning av mödrarådgivningsverksamheten

En grundläggande förutsättning för att jämförbara och högklassiga data ska kunna erhållas och följas upp är att uppgifterna registreras på ett enhetligt, tillförlitligt och heltäckande sätt. Vårdanmälningsregistret inom den öppna primärvården AvoHILMO ger möjlighet att följa upp och jämföra mödrarådgivningsverksamheten på kommunnivå, efter hälsovårdscentral och nationellt. AvoHILMO är en del av Institutet för hälsa och välfärds nationella vårdanmälningsregister (HILMO). En noggrannare beskrivning av innehållet i AvoHILMO finns i handboken för AvoHILMO⁷ och på THL:s webbplats www.thl.fi/avohilmo.

Alla besöksuppgifter och kontaktuppgifter på mödrarådgivningen registreras i AvoHILMO. Med hjälp av uppgifterna i AvoHILMO följer man bland annat upp

- i vilken utsträckning tjänsterna anlitas och hur heltäckande de är
- genomförandet av de återkommande hälsoundersökningarna enligt förordningen⁹ både när det gäller de omfattande hälsoundersökningarna och de undersökningar som utförs efter individuellt behov och
- tillgången till vård inom primärvården enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen.

I AvoHILMO registreras bland annat *serviceform (mödrarådgivning) besökets karaktär (hälsovård, sjukvård) och besöksorsak (ICD-10, ICPC-2), åtgärder (SPAT dvs. den finländska funktionsklassificeringen inom den öppna primärvården) och fortsatt vård (SPAT)*. Det är viktigt att observera att de mått som är i bruk vid hälsovårdscentralerna följer samma definitioner som den nationella kodtjänsten (THL) och att de finns i hälsovårdscentralernas datasystem.

I den uppföljning och tillsyn som anknyter till förordningen om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård och förebyggande mun- och tandvård för barn och unga⁹ utnyttjas AvoHILMO och SPAT-klassifikationen. Med hjälp av SPAT erhålls bland annat information om uppföljningen av en normal graviditet och problem under graviditeten och genomförandet av de omfattande hälsoundersökningarna och familjeträningen vid mödrarådgivningen.

Vid mödrarådgivningen kan en hälsoundersökning registreras som omfattande, då den uppfyller följande villkor och kriterier: 1) den gravida kvinnan och i mån av möjlighet också hennes partner deltar, 2) det kommande barnets, föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande och bidragande faktorer utreds ur ett brett och mångsidigt perspektiv och 3) undersökningen genomförs av en hälsovårdare eller en barnmorska tillsammans med en läkare.¹

Både hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren registrerar hälsoundersökningen som omfattande, om ovan nämnda villkor uppfylls. Institutet för hälsa och välfärd förenar de data som olika yrkesutbildade personer registrerat till en omfattande hälsoundersökning för en familj som väntar barn. Om kriterierna för en omfattande hälsoundersökning inte uppfylls, statistikförs undersökningen som en vanlig hälsoundersökning på mödrarådgivningen.

Vid de återkommande hälsoundersökningarna behandlas också sjukdomar. I det fallet kan det finnas flera olika besöksorsaker och diagnoskoder. Kommunerna kan också följa upp mödrarådgivningens verksamhet noggrannare, till exempel besöksorsaker, användningen av Audit-enkäten och antalet ultraljudsundersökningar under graviditeten, med hjälp av de anteckningar i journalhandlingarna som gjorts i enlighet med den nationella klassifikationen. Då klassifikationen används kan vårdplaneringen och tillhandahållandet av fortsatt vård följas upp.

AvoHILMO-rapporteringen

När anmälningssystemet för den öppna primärvården införs innebär det att uppgifter om händelsen vid alla registrerade besök och kontakter som sker inom hälsovårdscentralens öppenvård samlas in och automatiskt och elektroniskt förmedlas till THL:s riksomfattande vårdanmälningsregister. De uppgifter som registrerats i patientdatasystemet (t.ex. besöksorsaker och åtgärder) samlas dagligen in i AvoHILMO med hjälp av ett program. De insamlade uppgifterna bildar ett riksomfattande register för hälso- och sjukvården. Datainsamlingen gör att hälsovårdscentralens verksamhet och olika serviceformer kan följas upp och rapporteras.

De uppgifter som samlats in i AvoHILMO rapporteras i komprimerad form. I rapporteringen publiceras inga klientspecifika eller annars identifierbara uppgifter, utan informationen består av summerade tal. Uppgifterna från AvoHILMO rapporteras på THL:s webbplats (www.thl.fi/avohilmo) allteftersom uppgifter erhålls och dataproduktionen utvidgas. Rapporterna kan vara

- snabbrapporter, dvs. elektroniska rapporter som uppdateras dagligen. Med hjälp av snabbrapporten kan man följa upp hur antalet besök utvecklas per månad eller per vecka. Rapporterna innehåller dessutom information om incidensen av influensasjukdomar, andra besöksorsaker och läkemedelsbehandlingar.
- sammanfattningar, dvs. färdiga sammanställningar av de centrala uppgifterna inom ämnesområdet. Med hjälp av sammanfattningarna kan användaren granska och jämföra uppgifter efter producent, område och kommun.
- kuber, som möjliggör en mer ingående granskning efter eget önskemål. Både sammanfattningarna och kuberna uppdateras varje månad.

AvoHILMO ger betydligt bättre möjligheter än tidigare att regelbundet följa upp verksamheten inom primärvården och förpliktande bestämmelser, också inom rådgivningsverksamheten. Det hjälper också att synliggöra hälsovårdarnas, barnmorskornas och läkarnas arbete vid mödrarådgivningen. I fortsättningen kan AvoHILMO utnyttjas också i arbetet med kommunernas välfärdsberättelser och utvecklingen av servicesystemet. På samma sätt som vid sjukhusen är myndigheterna skyldiga att göra en anmälan också inom primärvården.

REKOMMENDATION

- ▶ Vid den registrering som görs inom mödrarådgivningen iakttas gällande bestämmelser och anvisningar.
 - ▶ Uppgifterna om mödrarådgivningens verksamhet statistikförs heltäckande i vårdanmälningsregistret för den öppna primärvården (AvoHILMO).
 - ▶ Kommunen följer systematiskt upp mödrarådgivningsverksamheten. I uppföljningen utnyttjas bland annat webbtjänsten för AvoHILMO.
 - ▶ Rekommendationen är att THL förnyar mödrarådgivningskortet.
-
-

Källor

1. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012, Helsinki.
2. Social- och hälsovårdsministeriet 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
3. Personuppgiftslag 523/1999. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1999/19990523>
4. Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet. 621/1999. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990621>
5. Social- och hälsovårdsministeriet 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>
6. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298>
7. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.
8. AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus 6/2012.
9. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>

16.5 ATT UTVECKLA OCH STÖDJA PERSONALENS KOMPETENS

Kompetenskrav

I den vård som ges under graviditeten, förlossningen och tiden efter förlossningen förenas kunskapsunderlaget och kompetensen inom medicin, hälso- och sjukvård och barnmorskearbete med det välfungerande samarbetet mellan mödrarådgivningen, den övriga primärvården, förlossningssjukhuset och anknytande social service. Kraven på patientsäkerhet och evidensbaserad verksamhet och de förändringar som sker i verksamhetsmiljön och arbetsuppgifterna förutsätter att mödravårdspersonalens yrkeskompetens upprätthålls och utvecklas kontinuerligt.

Denna rekommendation påverkar strukturen för de hälsoundersökningar som görs på mödrarådgivningen (kap. Hälsoundersökningar på mödrarådgivningen) och betonar vikten av ömsesidighet i klientrelationen, klientorienterade tjänster och gemensamt överenskommen praxis (kap. Mödrarådgivningens mål och verksamhetsprinciper). De ändringar i lagstiftningen (kap. Principer och bilaga 4) som gäller rådgivningstjänsterna¹ och den omfattande hälsoundersökningen för familjer som väntar barn² ställer nya kompetenskrav på rådgivningsarbetet. Bestämmelserna om foster-screeningar,³ hälsovårdarens och barnmorskans begränsade rätt att förskriva läkemedel⁴⁻⁵ och den efterundersökning som de genomför⁶ framhäver vikten av att stärka den kliniska expertisen och att säkerställa patientsäkerheten. För att kunna svara mot familjernas föränderliga behov och för att kunna genomföra omfattande hälsoundersökningar måste personalen ha fördjupat sig i hur man bedömer de faktorer som påverkar föräldrarnas hälsa, välbefinnande och levnadsvanor (kap. Levnadsvanor och rådgivning), hur man granskar hela familjens livssituation, hur man tar upp svåra frågor till diskussion, hur man stärker familjens resurser (kap. Föräldrarnas resurser och tidig interaktion), hur man i ett tidigt skede identifierar skyddande faktorer och stödbehov och hur stödet kan riktas till de behövande (kap. Föräldrarnas resurser och tidig interaktion och Extra uppföljning av den gravida kvinnan och familjen i specialfall). Centrala utmaningar i kompetensen är den evidensbaserade kunskapen om faktorer som påverkar föräldrarnas och det kommande barnets hälsa och välbefinnande, kunskapen om de centrala riskfaktorerna bakom folksjukdomar och kunskapen om effektiva metoder för hälsofrämjande. Den omfattande hälsoundersökningen för familjer som väntar barn behandlas i ett eget kapitel. Det finns även nationella anvisningar om de omfattande hälsoundersökningarna.⁷

Reformeringen av social- och hälsovårdens servicestruktur och förändringarna i verksamhetspraxis påverkar också kompetenskraven. Eftersom mödrarådgivningsverksamheten utgör en del av familjetjänsternas horisontella och vertikala nät, behövs utbildning för att stärka ett multiprofessionellt och sektorövergripande arbetssätt (kap. Samarbete). Klientperspektivet och tillgången på tjänster förbättras till exempel genom utveckling av verksamheten vid familjecentraler och centrumrådgivningar och genom revidering av samarbetsformerna och arbetsfördelningen mellan hälsovårdaren/barnmorskan och läkaren.⁸ Också hembesöken i barnets viktigaste utvecklingsmiljö (kap. 8)

och familjeträningen i föräldragrupper som ger möjlighet till stöd av personer i samma situation (kap. 5) förutsätter uppdatering av kompetensen.

Kompetensledning

Kompetensledningen inbegriper både personalutveckling och möjlighet till lärande på arbetsplatsen. Utgångspunkten i de åtgärder som gäller utvecklingen av personalen är att det finns utvecklings- och rekryteringsplaner.

Utvecklingen av kompetensen på mödrarådgivningen innefattar definition av den kompetens som behövs, systematisk bedömning av organisationens och personalens kompetens och utveckling av verksamheten i enlighet med målsättningarna för arbetet på mödrarådgivningarna. En lärande organisation kan utnyttja inlärningsförmågan hos alla individer och grupper för att uppnå de gemensamma målen. Därtill är det viktigt att skapa en sporrande atmosfär för inläring och utveckling och att följa upp och bedöma hur kompetensen utvecklas.⁹

Vid kompetensutveckling kan flera metoder användas: kartläggning av kompetensen och kompetensplanering, utvecklingssamtal, inskolning, stöd för lärande i arbetet, karriärmodeller för utveckling av expertis och yrkesskicklighet, påbyggnadsutbildning, fortbildning och omskolning och stöd för självstudier.¹⁰ Mångsidiga arbetsmetoder, såsom mentorskap, teamarbete, utbildning i smågrupper och gemensamma diskussioner om klientfeedback och nära ögat-situationer kompletterar utbildningens effekt. De hjälper också att omforma individernas kompetens och den tysta kunskapen till ett gemensamt kapital inom hela organisationen.¹¹

Regelbunden regional fortbildning och systematiska möten mellan rådgivningspersonalen och förlossningssjukhusets personal är bra tillfällen att lära sig tillsammans och att föra dialog. Arbetsrotation bland de anställda inom mödravården och besök mellan förlossningssjukhusen och mödrarådgivningarna ökar kunskapen om samarbetspartners arbetsmiljö, resurser och vådrutiner. Detta gagnar till exempel planeringen av förlossningsförberedelsens mål och innehåll som en del av arbetet med att utveckla familjeträningen.

Om den anställda utför ett kombinerat arbete (t.ex. kombinerad mödra- och barnrådgivning, välfärdsrådgivning) eller om andra arbetsuppgifter anslutits till mödrarådgivningsarbetet (t.ex. familjeplanering, screeningar), måste cheferna se till att antalet klienter överensstämmer med rekommendationerna¹² och att personalen har möjlighet att upprätthålla sin yrkesskicklighet och möjlighet till fortbildning. Kompetensutvecklingen ska säkerställas också i det fallet att det sker förändringar i hälsovårdarens/barnmorskans eller läkarens uppgiftsbeskrivning eller att den anställda ges nya arbetsuppgifter.

Kraven på evidensbaserad verksamhet förutsätter systematisk bedömning av de egna kunskaperna och arbetsmetoderna hos de anställda. De nationella evidensbaserade vådrekommandationerna är bra verktyg för detta ändamål. Vådrutinerna kan förenhetligas på bästa sätt då man gått igenom rekommendationerna tillsammans

på arbetsplatsen och utarbetat lokala vårdanvisningar och instruktioner. Cheferna har en viktig roll när evidensbaserad praxis införs, sprids och etableras.^{8-9, 12-13}

Introduktion och arbetshandledning

Arbetskyddslagen¹⁴ förpliktar arbetsgivaren att se till att arbetstagaren **introduceras** i arbetet, förhållandena på arbetsplatsen, arbetsmetoderna, de arbetsredskap som används i arbetet och deras korrekta användning och säkra arbetssätt. Därtill ska arbetsgivaren ge undervisning i syfte att förhindra olägenheter och risker och ordna undervisning med tanke på störningar och exceptionella situationer. Lagen omfattar också hyrt arbete och studerande inom branschen.

En utsedd person ansvarar för introduktionen. Varje ny arbetstagare ska introduceras, också vikarier. Arbetsintroduktionen är dessutom viktig i situationer där uppgiftsbeskrivningen ändras, den anställda får nya arbetsuppgifter, arbetsmetoderna ändras eller då den anställda kommer tillbaka till arbetet efter en längre frånvaro. De nationella vårdrekommendationerna och de vårdanvisningar och instruktioner som organisationen tagit fram på basis av dem hjälper den anställda att sätta sig in i mödrarådgivningens rutiner och praxis.

Arbetshandledning kan ordnas individuellt eller i grupp och som administrativ arbetshandledning riktad till chefer. Arbetshandledningen stödjer den yrkesmässiga utvecklingen, förutsättningarna för att orka i arbetet och engagemanget på arbetsplatsen och stärker arbetsmotivationen och samarbetet. Arbetshandledningen bidrar också till framgång i pågående förändringsprocesser på arbetsplatsen. Arbetshandledningens betydelse ökar framför allt i samband med att nya arbetsuppgifter införs, såsom de omfattande hälsoundersökningarna, och i krävande situationer inom mödravården då man hanterar svåra och mångfasetterade problem hos föräldrarna.^{7, 15-17}

Skyldigheter som gäller fortbildning

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet till fortbildning.⁸ I allmänhet är det arbetsgivaren som ansvarar för att det finns möjlighet till fortbildning och att den finansieras. Enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ är dessutom kommunen och sjukvårdsdistriktet skyldiga att tillhandahålla och samordna fortbildning. Bakom bestämmelserna om fortbildning ligger de yrkesetiska skyldigheterna hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och principerna för kompetensledning och en lärande organisation. De centrala bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning har sammanställts i bilaga 4.

Social- och hälsovårdsministeriets rekommendation om fortbildning inom hälso- och sjukvården¹⁸ betonar vikten av att yrkesskickligheten upprätthålls och utvecklas på ett systematiskt och långsiktigt sätt utgående från de nya kompetenskraven och arbetstagarens kunskapsbehov. Å andra sidan utgår man från verksamhetsenhetens och arbetsenhetens grundläggande uppgift och utvecklingsstrategi. Kommunsektorns arbetsmarknadsparter har också i samarbete utarbetat en rekommendation om meto-

der för personalutveckling¹⁹ och en handbok om metoder och modeller som riktar till de anställda för att utveckla den egna kompetensen och till chefer för handledning av kompetensutvecklingen.²⁰

Fortbildning och utveckling av specialiseringsutbildningen

Olika former av yrkesutbildning efter en grundexamen inom hälsovårdsbranschen är fortbildning, omskolning och påbyggnadsutbildning. Fortbildningen kan planeras för en region, en verksamhetsenhet, en arbetsenhet eller en anställd och den kan vara multiprofessionell eller rikta sig till en viss yrkesgrupp. Fortbildningens effektivitet och kompetensutvecklingen ska bedömas utgående från praxis, vårdresultat, personalens arbetshälsa och klientfeedback.^{10, 18, 21}

Fortbildning ordnas i enlighet med den fortbildningsplan som baserar sig på mödrarådgivningens servicestrategi och den regionala fortbildningsstrategin och i enlighet med den anställdas individuella utvecklingsplan. På så sätt kan utbildningen stödja arbetet med att revidera rutinerna på hela arbetsplatsen och kompetensutvecklingen och karriärutvecklingen hos den anställda.^{10, 18, 21}

Fortbildningen kan också vara examensinriktad eller annan fortbildning som sker på eget initiativ. Enligt utvecklingsplanen för utbildning och forskning 2011–2016, som godkänts av statsrådet, ersätts de yrkesinriktade specialiseringsutbildningarna vid yrkeshögskolorna och specialiseringsutbildningarna och -studierna vid universiteten med specialiseringsutbildning i form av helheter.²² Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, dvs. Kaste-programmet, som fastställts av statsrådet för år 2012–2015, innebär att en specialiseringsutbildning för social- och hälsovården ska skapas och att multiprofessionella utbildningsmetoder och utbildningsmiljöer ska utvecklas i samarbete mellan utbildnings- och verksamhetsenheterna.²³

Kompetensutvecklingen ur allmänläkarens perspektiv

År 2008 var nästan hälften av alla läkare vid mödrarådgivningarna allmänläkare, en fjärdedel var specialister i allmänmedicin och knappt fem procent specialister i gynekologi och obstetrik.²⁴ I läkarens arbete vid mödrarådgivningen betonas vikten av god kompetens i klinisk medicin, men också förebyggande arbete, multiprofessionellt samarbete och beaktande av hela familjen och befolkningsperspektivet.

Läkarutbildningen ger grundläggande färdigheter för att arbeta på mödrarådgivningen. Den undervisning som gäller rådgivningsarbete och som ingår i läkarutbildningen har konstaterats variera mellan olika fakulteter, och därför är det viktigt att den förenhetligas inom grundutbildningen och inom påbyggnadsutbildning och fortbildning.^{8, 25} Det finns ingen forskning kring den utbildning i sexuell hälsa som ingår i gynekologi och obstetrik eller specialistläkarutbildningen inom allmänmedicin.⁸ ²⁶ Idag betonar specialistläkarutbildningen färdigheter för att arbeta inom den specialiserade sjukvården, och i framtiden då samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården intensifieras måste de nya verksamhetsformerna beaktas. Allmän-

läkarna träffar upprepade gånger nästan hela åldersklassen på barnrådgivningen, inom skol- och studerandehälsovården och på rådgivningen för familjeplanering, och nästan alla gravida kvinnor på mödrarådgivningen. Därför finns det skäl att i fortsättningen också systematisera utbildningen i sexuell hälsa både inom läkarnas grundstudier och i specialiseringsutbildningen.²⁷ De resultat som presenteras ovan har emellertid redan delvis beaktats i de medicinska studierna, och den gruppundervisning som ges under utbildningen genomförs också när det gäller mödrarådgivning. Målet är att förenhetliga denna praxis på nationell nivå.

I samband med specialiseringsutbildningen i allmänmedicin kan läkaren i praktiken fördjupa sig i de kunskaper och färdigheter som behövs i arbetet på mödrarådgivningen genom att arbeta på en klinik för förlossningar och kvinnosjukdomar. Mödrarådgivningens läkare har inte möjlighet till en sådan specialkompetens som till exempel läkare inom barnrådgivningsarbetet eller skolhälsovården har.

Centralt i kompetensutvecklingen hos mödrarådgivningens läkare är en god introduktion i arbetet och handledning av en erfaren läkare. Den handledande läkaren kan till exempel ta hjälp av mödrarådgivningens kompetenslista eller falldiskussioner (case based discussion).²⁸ Viktigt för kompetensen hos en läkare som arbetar i den multiprofessionella arbetsgruppen på mödrarådgivningen är också stödet av ledningen, en tydlig arbetsfördelning, fungerande konsultationskontakter till moderskapspolikliniken och den övriga specialiserade sjukvården, regionala vårdkedjor och kurser och samarbetsmöten som ordnas lokalt och inom specialupptagningsområdet.

Kompetensutvecklingen ur hälsovårdarens och barnmorskans perspektiv

År 2008 hade 75 procent av de anställda på mödrarådgivningarna en hälsovårdarexamen, 20 procent hade en hälsovårdar- och barnmorskeexamen och 5 procent en barnmorskeexamen.²⁴ Hälsovårdarutbildningen och barnmorskeutbildningen ger grundläggande färdigheter för att arbeta på mödrarådgivningen.²⁹ Hälsovårdaren är expert på vårdarbetet och framför allt hälsovård, hälsofrämjande arbete och folkhälsoarbete i olika skeden av livet. Till hälsovårdarens kompetensområden hör befolkningens hälsovård och hälsovård vid rådgivningen för familjer som väntar barn, hälsovård för barn och deras familjer, preventivrådgivning, familjeplanering och främjande av sexuell hälsa. Till barnmorskans expertis hör reproduktiv hälsa under graviditeten, förlossningen och barnsängstiden, den sexuella hälsan hos individer och olika befolkningsgrupper, främjande av kvinnors hälsa och vårdarbete som anknyter till kvinnosjukdomar.

Hälsovårdarens/barnmorskans karriärplanering ska utgöra en del av den långsiktiga kompetensutvecklingen. Hälsovårdarens/barnmorskans arbetskarriär kan vara hierarkiskt stigande (vertikal), en expertkarriär där kompetensen fördjupas och utvidgas (horisontell) eller bådadera. Oftast är hälsovårdarens/barnmorskans arbetskarriär hierarkiskt jämn, eftersom det vertikala avancemanget är begränsat på grund

av befattningsstrukturerna. När arbetserfarenheten ökar fördjupas och utvidgas emellertid kompetensen. På så sätt kan hälsovårdaren/barnmorskan systematiskt utveckla sin kompetens och ansvara för allt krävande uppgifter och därigenom fördjupa sin sakkunskap.^{10, 30}

Hälsovårdarens/barnmorskans horisontella karriärutveckling i det kliniska vårdarbetet kan stödjas genom fortbildning, om utbildningen har en fast anknytning till arbetslivet, till de egna och arbetsenhetens uppgifter och till utvecklingen av dem och om den utgår från den personliga utbildnings- och utvecklingsplanen. Då både individens och organisationens mål och intressen samordnas i en lyckad karriärplanering, optimeras utvecklingen av individens kompetens och arbetsuppgifter, arbetstillfredsställelsen och verksamhetens resultat.¹⁸

REKOMMENDATION

- ▶ De nya kompetenskraven beaktas i den yrkesutbildning som leder till grundexamen hos mödrarådgivningspersonalen, i fortbildningen och annan påbyggnadsutbildning och i lärarutbildningen inom området.
 - ▶ De läkare som arbetar på mödrarådgivningen ska ha möjlighet till specialkompetens i sexuell och reproduktiv hälsa. Behovet av motsvarande specialiseringsutbildning för hälsovårdare och barnmorskor utreds.
 - ▶ Planen för gemensam fortbildning för mödravårdens personal genomförs utgående från den regionala fortbildningsstrategin och primärvårdens fortbildningsplan för den personal som arbetar med barnfamiljer.
 - ▶ Mödrarådgivningspersonalens kompetensutveckling får stöd genom arbetsrotation och modeller för karriärutveckling och genom program för personalens kompetensutveckling och system för uppföljning av kompetensen.
 - ▶ De personer som ansvarar för arbetet på mödrarådgivningen säkerställer tillgången till regelbunden arbetshandledning som ges av utbildade handledare. Framför allt beaktas personer som är i början av sin arbetskarriär och personer som befinner sig i en krävande eller ny arbetssituation.
 - ▶ Multiprofessionell verksamhet vid undervisande rådgivningsbyråer utvecklas i kommunerna och inom social- och hälsovårdsområden i samarbete med universiteten och yrkeshögskolorna.
-
-

Källor

1. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om screening 339/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110339>
4. Social- och hälsovårdsministeriet 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940559>
5. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel 1088/2010. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101088>
6. Sjukförsäkringslag 1224/2004. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041224>
7. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltonen M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä koulu-terveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
8. Klemetti R, Raussi-Lehto E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>
9. Lehtomäki L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>
10. STM. 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.
11. Kivinen T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
12. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård: motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11.
13. Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Rönkä RP, Lappalainen J. 2003. Hoitosuosituksen toimenpää. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
14. Social- och hälsovårdsministeriet 2002. Arbetarskyddslag 738/2002. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2002/20020738>
15. Hyrkäs K. 2002. Clinical supervision and quality care. Examining the effects of team supervision in multi-professional team. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
16. Laaksonen H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Vaasan yliopisto. Väitöskirja.
17. Ollila S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Vaasan yliopisto. Väitöskirja.
18. STM. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf>
19. Kuntatyönantajat. 2008. Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta.
20. Suomen Kuntaliitto & Kuntatyönantajat. 2011. Osaamista kehittämään! – periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. KT Kuntatyönantajat.
21. STM. 2012a. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.
22. Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. Koulutus ja tutkimus vuosina 2011–2016. Kehittämissuunnitelma. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu- ja 2011:1.
23. Social- och hälsovårdsministeriet, 2012. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) 2012 – 2015. Genomförandepplan. Publikationer 2012:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24208.pdf
24. Raussi-Lehto E, Regushevskaia E, Gissler M, Klemetti R, Hemminki E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. THL. Raportti 52/2011.
25. Kosunen E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen lääkäri-lehti 58, 4373–4377.
26. Sannisto T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8308-0.pdf>

27. Ritamo M, Pelkonen M, Nikula M. 2009. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen väliarviointi. Avauksia 10/2009. THL.
28. Vainiomäki P, Helin-Salmivaara A, Holmberg-Mattila D, Meriranta P, Timonen M. 2012. Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa – Opas yleislääketieteen erikoistumiseen. Sairaanhoidopiirit ja Duodecim.
29. Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
30. Suomen Terveydenhoitajaliitto. 2008. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen. Verkkodokumentti. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf.

16.6 UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING AV KVALITETEN

Kvaliteten beskriver i vilken mån de egenskaper som gäller ett ärende, en produkt, ett verksamhetssystem eller en verksamhet motsvarar förväntningarna, målen, behoven och kraven. På social- och hälsovårdens servicesystem ställs flera kvalitetskrav som har olika betoningar och som även förändras beroende på utvärderingens perspektiv. Bakom dessa krav ligger bland annat etiska synpunkter som uppkommer ur värderingarna (se kap. Mål och uppgifter), författningar som styr verksamheten (bilaga 4), aktörernas strategier och avtal och situationen i samhället.

Centrala dimensioner i social- och hälsovårdens kvalitet är att perspektivet ska vara klient-/patientorienterat och att tjänsterna är säkra, tillgängliga och nåbara, att de fås vid rätt tidpunkt och att de är effektiva. Vid definitionen av god vård betonar kvalitetshandboken för hälso- och sjukvården¹ att patienterna ska bemötas individuellt (tjänsternas subjektiva kvalitet), att personalen ska vara kompetent, att vårdmetoderna ska vara undersökta och effektiva (professionell/klinisk kvalitet) och att det ska finnas samarbete och utbyte av information mellan den yrkespersonal som deltar i den övergripande vården av klienten/patienten. Inom vissa serviceverksamheter får man information om verksamhetens ekonomiska kvalitet genom de hälsofördelar som en enskild klient/patient får för sitt välbefinnande och de allmänna utvärderingarna av vårdens effekt och kostnadseffektivitet. I en hälso- och sjukvård som håller en god kvalitet används resurserna på bästa möjliga sätt, tryggt, högklassigt och framför allt för att svara mot hälsobehovet hos dem som har det största behovet av vård eller preventiva åtgärder.²

Vid utvärderingen av kvaliteten i mödrarådgivningens verksamhet jämförs de nådda målen med de mål som ställts upp för verksamheten (se kap. Mål och uppgifter). Hälso- och sjukvårdslagens betoningar (klientorientering, främjande av hälsa och välfärd, kvalitet och patientsäkerhet, stärkt primärvård, samarbete mellan olika aktörer och hejdande av kostnaderna) styr planeringen, ledningen, uppföljningen och utvecklingen av mödrarådgivningens verksamhet. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdsorganisationens ledning, som arbetar mitt i olika slags förändringar, ser verksamhetens övergripande mål, också med tanke på framtiden, så att organisationen långsiktigt kan ledas i riktning mot det eftersträfvade målet.³ Utvärderingen av mödrarådgivningsverksamhetens resultat försvåras dels på grund av en brist på heltäckande och enhetliga sta-

tistiska uppgifter, dels på grund av att den information som finns inte utnyttjas just alls och att det endast finns knapphändigt med gemensam praxis för systematisk utvärdering och rapportering.

Viktiga utvärderare av rådgivningstjänsterna är klienterna, dvs. mammorna, deras partner och deras familjer. Vid mödrarådgivningen och andra social- och hälsovårdsorganisationer som anknyter till mödrarådgivningens verksamhet betonas ett arbetsgrepp som lyfter fram klientens och familjens individuella deltagande för att upprätthålla det egna välbefinnandet. Spontan klientfeedback på tjänsterna och feedback som fås via enkäter används för att förbättra verksamheten. Nya metoder som prövats för att samla in klientfeedback är bland annat klientpaneler, klienter som medlemmar i organisationens arbetsgrupper för utveckling och olika mått på funktionsförmågan och livskvaliteten. Det är också viktigt att klienterna vet hur de ska agera om de vill uttrycka ett missnöje med tjänsterna eller vården eller lämna in en patientskadeanmälan.

Hälso- och sjukvårdslagen och förordningen⁴ förpliktar hälso- och sjukvårdsorganisationen att ta fram en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen beskrivs ansvariga personer och förfaranden genom vilka ledningen svarar för förutsättningarna och resurserna för att bedriva verksamhet som är högkvalitativ och säker för patienterna. Säkerheten är ett viktigt element i kvaliteten och finns med i all verksamhet inom social- och hälsovården. Säkerhet nås bland annat genom kompetent, yrkesskicklig, deltagande och välmående personal, en öppen organisationskultur, smidiga serviceprocesser med anvisningar och genom ledning. Utvärderingsinformation som anknyter till säkerheten fås till exempel vid riskhändelser, reklamationer och patientskador. Också genom kartläggning av säkerhetskulturen kan man granska personalens attityder till arbetsplatsens och verksamhetens säkerhet och risker som anknyter till verksamheten. Genom att stärka patientsäkerhetskulturen kan man reducera riskerna i vården och eventuella skador som klienterna eller patienterna kan orsakas under vården.

Arbetet med att stärka primärvården och utveckla samarbetet mellan olika aktörer (socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården) har en nära koppling till varandra. Endast genom gemensam planering och gemensamma avtal (bl.a. planer för ordnande av hälso- och sjukvård) kan man nå smidiga och kostnadseffektiva verksamhetsprocesser som gagnar klienterna på bästa möjliga sätt. För att samarbetet ska lyckas är det också viktigt att utveckla informationssystemen och teknologin så att både klient- och patientuppgifterna och den information som behövs för verksamheten överförs och kan nås på ett flexibelt men säkert sätt av dem som behöver informationen (Tabell 1).

TABELL 1. Kvalitetsutmaningar i mödrarådgivningens verksamhet

- Klienten måste få kontakt med rådgivningen vid akuta behov.
- Klienten och de närstående ska bemötas som individer.
- De klienter/familjer som har ett behov av särskilt stöd och hjälp måste nås och det service-nät som behövs måste byggas upp.
- Enhetlig, evidensbaserad praxis (oenhetliga rutiner ökar kostnaderna och bl.a. osäkerheten hos förstföderskorna).
- Personalen ska inskolas och utbildas utgående från de utvecklingsbehov som anknyter till attityder, kunskap och färdigheter och som uppkommer i och med det utvidgade uppgiftsområdet, nya förfaranden och kraven på kvalitet och säkerhet.
- Kortare vårdtider på sjukhuset efter förlossningen skapar press på förlossningssjukhusets personal då de måste ge den vård och handledning som behövs på kort tid. Å andra sidan överförs arbetet till stor del på rådgivningspersonalen.
- Samordning av informationssystemen tillsammans med den specialiserade sjukvården.
- Smidigare processer och kostnadsmedvetenhet.
- Regionalt samarbete mellan aktörer på olika nivåer inom social- och hälsovården och enhetlig praxis i anknytning till det.

Uppföljning av kvaliteten

Att rådgivningsverksamheten har en god kvalitet syns bland annat i att hälsoundersökningarna är enhetliga och håller en jämn kvalitet inom kommunens olika delar och enheter och att tjänsterna är tillgängliga och nåbara. För att servicekvaliteten ska kunna följas upp och mätas måste man komma överens om nyckeltal, mått och kriterier för statistikföringen och utbilda personalen att använda dem på ett enhetligt sätt. När uppföljningen är systematisk, transparent och i mån av möjlighet sker i realtid, kan de förändringar och förbättringsåtgärder som behövs genomföras utan dröjsmål.⁵ För att möjliggöra en jämförelse av landets hälso- och sjukvårdspraxis och dess resultat kommer man i framtiden sannolikt att utveckla en riksomfattande uppsättning av kvalitetsmått som också kan inkludera internationella kvalitetsmått (t.ex. OECD:s kvalitetsindikatorer), såvitt man beaktar de utmaningar som kvaliteten i olika hälso- och sjukvårdssystem, hälsodatasystem, åtgärdsklassifikationer och registrerade data medför för indikatorernas jämförbarhet.⁶

REKOMMENDATION

- ▶ Mödrarådgivningens personal ska till sitt antal och sin struktur motsvara verksamheten och personalen ska vara kompetent och motiverad i sitt arbete.
- ▶ Vård och behandling dokumenteras noggrant i journalhandlingarna och i de gemensamma registren. Uppgifter om klientfeedback samlas

systematiskt in och statistik (t.ex. perinatalstatistik, förlösningsstatistik) utnyttjas vid utvärderingen av kvaliteten. Utbytet av information mellan olika service- och vårdenheter utvecklas.

- ▶ Strukturer och metoder skapas i syfte att utveckla praxis för insamling av feedback så att klientfeedback kan samlas in på basis av vårdkedjorna inom mödravården. Gemensamma, nationella och internationella verktyg och mått för uppföljning utvecklas och tas i bruk regionalt. En aktiv utvärdering av resultaten av olika rutiner hjälper att hitta bästa och effektivaste vårdpraxis.
- ▶ Klienten får anvisningar för hur feedback ges och vid behov för hur man kan gå tillväga vid anmärkningar, klagomål eller patientskador (eventuellt kontakt med patientombudsmannen).
- ▶ Rådgivningsverksamhetens ledning inbegriper de åtgärder som gäller mödrarådgivningens kvalitet och utvärderingen av kvaliteten i genomförandeplanen för kvalitetsledningen och patientsäkerheten. Därtill skaffar ledningen aktivt utvärderingsdata om mödrarådgivningens kvalitetsfaktorer ur olika perspektiv.
- ▶ Utvärderingens resultat och eventuella utvecklingsåtgärder behandlas tillsammans med personalen och andra nödvändiga aktörer, och information ges till beslutsorgan och i fortsättningen allt mer också till klienterna.

Källor

1. Koivuranta-Vaara P. (toim.) 2011. Terveysthuollon laatuopas, 8. Kuntaliitto. Verkkojulkaisu. http://ktshop.kunnat.net/product_details.php?p=2597.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki – Terveysthuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 28. <http://pre20090115.stm.fi/pr1214211442205/passthru.pdf>.
3. Pietikäinen E, Heikkilä J, Reiman T. (toim.) 2012. Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtaminen. VTT Technology 58. Espoo.
4. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses 341/2011. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341>
5. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hasturup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneurolatointaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
6. Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M, Lariivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A. 2012. Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 2012:54. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

16.7 MÖDRARÅDGIVNINGENS EFFEKTIVITET OCH KOSTNADER

I detta kapitel bedöms mödrarådgivningens verksamhet ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Kostnaderna kan granskas ur olika synvinklar (klient, serviceleverantör, finansär, samhälle). Vanligen rekommenderas ett brett samhällsperspektiv som beaktar alla och även de kostnader som riktar sig till alla.

Det finns väldigt lite finländsk hälsoekonomisk forskning som anknyter till mödrarådgivningens verksamhet. Sjukvårdsdistrikten och kommunerna har produktifierat mödravårdens tjänster i ojämn takt och med hjälp av varierande kalkylerings-sätt. Därför är det omöjligt att göra analyser med jämförbara kostnader. THL har publicerat rapporter om enhetskostnaderna inom hälsovårds- och omsorgstjänsterna år 2003, 2008 och 2013.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) är ett engelskt forskningsinstitut som tar fram anvisningar och rekommendationer för hälso- och sjukvården. Institutet bedriver bredbasig och tvärvetenskaplig forskning för mottagare av tjänster/klienter, tillhandahållare av tjänster och politiska beslutsfattare. Samma texter publiceras i olika versioner för olika läsare. I NICE:s elektroniska portal (<http://www.nice.org.uk/>) finns sammanställningar av forskningsrön som anknyter till social- och hälsovården och god praxis som bygger på dessa rön. Till exempel vårdrekommendationer som gäller friska gravida kvinnor hittas på adressen <http://guidance.nice.org.uk/CG62>. Också experter i hälsoekonomi har en viktig roll i arbetet med rekommendationerna God medicinsk praxis och instruktioner. I stället för det resursbehov som rekommendationerna ger upphov till betonar de utvärderingen av både kostnader och hälsofördelar. I arbetet med handbokens rekommendationer har vi använt vårdrekommendationer som bedömer kostnader och hälsofördelar.

Rättvisa och tillgänglighet i mödrarådgivningens verksamhet

Nästan alla gravida kvinnor anlitar mödrarådgivningens tjänster. Rättvisa är en av de grundläggande principerna i det finländska systemet för hälso- och sjukvård och välfärdstjänster. I den nuvarande föränderliga djungeln av modeller för tillhandahållande och produktion av kommunala tjänster är också tillgången på rådgivningstjänster en betydande faktor; endast 0,2–0,3 procent av alla gravida kvinnor avstår från rådgivningstjänsterna.¹ En försämrad tillgång kan ha en negativ effekt på rättvisan i användningen av tjänster eller leda till att användningen av tjänster minskar.² Genom offentliga tjänster kan man bland annat avsevärt påverka rättvisan mellan regionala och socioekonomiska grupper när det gäller användningen av tjänster och välfärden.

En dålig ekonomisk situation i familjen och den utslagning som det föranleder kan till exempel leda till att mödrarådgivningens tjänster inte används i så stor utsträckning och att riskfaktorer upptäcks i ett sent skede, i värsta fall kan det också leda till fosterdöd. Forskning har visat att kvinnor som inte alls eller endast delvis anlitar rådgivning-

ens tjänster också ofta är ogifta, har en låg utbildning, är mycket unga, röker eller dricker alkohol, vilket ökar risken för hälsoproblem hos det nyfödda barnet³ (låg födelsevikt, fostret dör i livmodern, neonatala dödsfall). Mer vikt måste också fästas vid den reproduktiva hälsan hos invandrarkvinnor i samband med graviditeten och förlossningen för att minska negativa faktorer som anknyter till kulturen.⁴

Mödrarådgivningsverksamhetens effekter

I arbetet med denna handbok har syftet varit att de verksamhetsprinciper och metoder som beskrivs och de rekommendationer som ges på basis av dem ska vara så evidensbaserade som möjligt. Målet är att på så sätt öka mödrarådgivningsverksamhetens effekter. Nedan ges exempel på effektstudier som gäller mödrarådgivningens verksamhet.

I Finland är mödra- och spädbarnsdödligheten bland de lägsta i världen och trenden är fortsättningsvis sjunkande. Denna statistik torde kunna betraktas som ett allmänt mått på en effektiv verksamhet vid mödrarådgivningen. Det är dock känt att mödra- och spädbarnsdödligheten också påverkas av den övriga hälso- och sjukvården och (den ekonomiska) välfärden.

En Cochrane-översikt som behandlar interventioner för att sluta röka under graviditeten visar att rökstopp under graviditeten avsevärt minskar risken för låg födelsevikt hos barnet och risken för för tidig förlossning.⁵ När det gäller effekterna av program för viktkontroll hittas inga motsvarande betydande resultat i en systematisk litteraturöversikt, vilket sannolikt beror på att graviditetstiden är kort och på förekomsten av andra störande faktorer.⁶

Under de senaste 10–15 åren har rikligt med resurser investerats i uppföljningen och behandlingen av diabetes under graviditeten. Att vårdkedjan fungerar syns också i resultaten: trots att den relativa andelen kvinnor med övervikt och patologisk glukosbelastning har ökat, har medelvikten hos nyfödda barn inte ökat och andelen nyfödda som väger mer än fyra kilogram har inte heller ökat.¹ Störningar i sockeromsättningen under graviditeten höjer risken för att mamman insjuknar i diabetes senare i livet. Om diabetes kan förhindras, kan också det lidande som sjukdomen medför förhindras, och utöver det kan kalkylerade vårdkostnader på nästan 240 000 euro per person undvikas (antagande: insjuknar i 30 års ålder, livslängd 84 år).⁷ Att motivera till egenvård och att betona vikten av regelbundna kontroller (också efter förlossningen) är därför en viktig del av hälsorådgivningens hörnstenar vid mödrarådgivningen och ett mått på verksamhetens effektivitet. Det är emellertid svårt att påvisa att det är just mödrarådgivningens verksamhet som ger upphov till dessa effekter.

Några rapporter som bedömer kostnaderna och effektiviteten har getts ut som stöd för beslutsfattandet och som grund för nationella rekommendationer och anvisningar. I Autti-Rämös rapport⁸ granskas olika screeningmodeller som tillämpats i Finland för att genomföra ultraljudsundersökningar och serumscreeningar i syfte att identifiera anatomiska missbildningar och kromosomavvikelser, andelen avvikelser som hittats med hjälp av dem och kostnaderna för screeningen. Screeningarna blev lagstadgade år 2006.

Vid en jämförelse av verksamhetsmodeller som förebygger sjukdom orsakad av grupp B-streptokocker hos nyfödda (GBS) konstaterades att GBS-infektionen varje år medför skador hos flera nyfödda eller rentav leder till döden.⁹ Enligt rapporten förbättrar behandlingen av en GBS-kolonisation under förlossningen prognosen för det nyfödda barnet, men antibiotikabehandling under graviditeten medför ingen nytta. I denna handbok rekommenderas därför att GBS-prov tas av alla gravida kvinnor i graviditetsvecka 35–37 (se kap. Infektioner som omfattas av screening).

FinOHTA har haft ett projekt om kostnaderna för och effekterna av infektionsscreening under graviditeten. Genom att behandla mamman med läkemedel (syfilis och hiv-infektion) och vaccinera barnet (hepatit B) går det vanligen att avvärja en infektionssjukdom som utgör ett hot mot barnets hälsa och liv. Kostnaderna för undersökningar, vård och behandling har beaktats fram till att barnet nått 1,5 års ålder.

Mödrarådgivningsverksamhetens organisation och effektivitet

Verksamheten är effektiv när de tillgängliga resurserna har använts på så sätt att befolkningen har en så god hälsa och välfärd som möjligt. Resurserna är alltid begränsade och man måste kunna använda dem för att åstadkomma hälsa och välfärd i så stor utsträckning som möjligt. Att eftersträva effektivitet betyder inte att man måste skära ner på kostnaderna eller tjänsterna, utan det handlar om en förnuftig användning av resurserna för att åstadkomma bästa möjliga hälsa.¹⁰

En förutsättning för en effektiv verksamhet är att mödrarådgivningen och den specialiserade sjukvården har ett smidigt samarbete och klara anvisningar som beaktar de regionala särdragen. En flexibel arbetsfördelning och centralisering av mödrarådgivningens klienter till vissa hälsovårdare/barnmorskor ger upphov till säkerhet och rutiner (se kap. Mödrarådgivningens personal och personaldimensioneringen).

Mödrarådgivningens kostnader

Inom primärvården har enhetskostnaderna för mottagningsbesök beräknats efter sjukdomsgrupp (2000) och enhetskostnaderna för öppenvårdsbesök både efter yrkesgrupp och verksamhetsenhet (2006). I enhetskostnaderna har man heltäckande sammanställt alla löner och bikostnader, lokalhyror, administrativa kostnader, undersökningar och klientavgifter som anknyter till mottagningsbesöken. År 2011 (beräknat utgående från kostnaderna år 2000 förhöjt med prisindex för offentliga utgifter) uppgick enhetskostnaden för ett läkarbesök på grund av graviditet, förlossning eller anknytande komplikationer till 108,81 euro och för ett besök hos hälsovårdaren till 82,41 euro.¹¹ Inom den specialiserade sjukvården uppgick enhetskostnaden för öppenvårdsbesök i anslutning till kvinnosjukdomar och förlossningar år 2006 inom alla sjukhus typer till 192,8 euro.¹¹ År 2011 uppgick summan till 232,3 euro förhöjt med prisindex för offentliga utgifter. (Tabell 1.) Ovan nämnda kalkyler är riktgivande, eftersom nya undersökningsmetoder och arbetssätt i snabb takt har förändrat kostnadsstrukturerna.

Kommunfaktureringspriserna för besöken på den specialiserade sjukvårdens moderskapspoliklinik är offentliga och hittas nästan alltid på sjukvårdsdistriktens webbsidor. I tabell 2 finns exempel på besökstyper och kommunfaktureringspriser.

TABELL 1. Mottagningskostnader under graviditeten år 2011^{1,11}

	2011				
	Antalet klienter	Antalet besök /klient	Besökspris € (enhets-kostnad)	Kostnader € / klient	Totala kostnader €
Besök på mödrarådgivningen (hälsovårdare/barnmorska)	59 385	10	82,41	824,1	48 939 179
Besök på mödrarådgivningen (läkare)	59 385	2,6	108,81	282,91	16 800 373
Besök på moderskapspolikliniken (barnmorska)	59 385	3,2	232,3	743,36	44 144 434
Mottagningskostnader under graviditeten, totalt				1 850,37	
Mottagningskostnader under graviditeten, totalt					109 883 985

TABELL 2. Kommunfaktureringspriser för olika besökstyper på moderskapspolikliniken

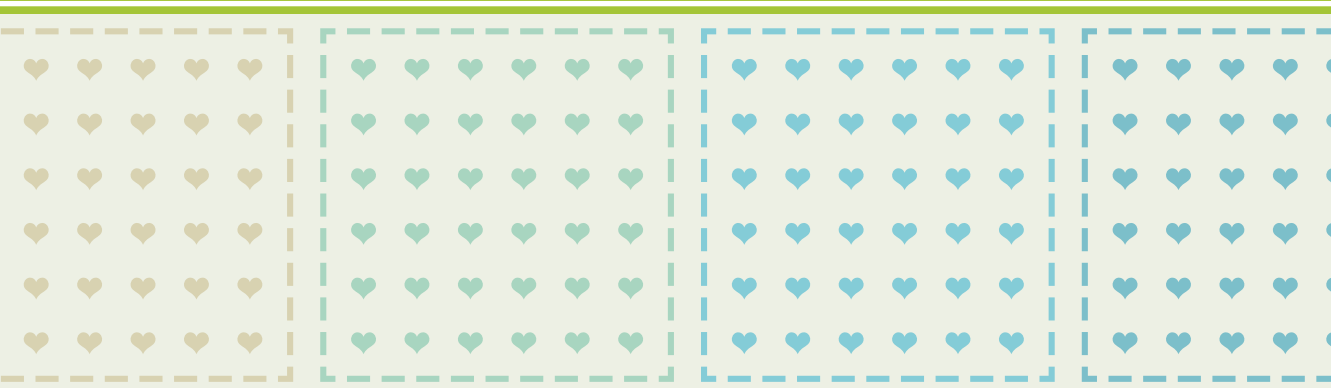
Besökstyp	Sjukvårdsdistriktens priser år 2012		
	Medelpris, €	Minimipris, €	Maximipris, €
Allmänt besök på moderskaps-polikliniken	134	90	194
Besök med ingrepp (fostervattenprov)	448	122	791
Besök på barnmorskans mottagning (samtal om förlossningsrådslä)	109	62	160
Vårdsamtal per telefon	54	40	90

REKOMMENDATION

- ▶ Tillgången på mödrarådgivningstjänster säkerställs i samband med reformeringen av både kommunernas och hälso- och sjukvårdens servicesystem.
- ▶ Alla gravida kvinnor och deras familjer tryggas återkommande hälsoundersökningar som innefattar hälsorådgivning.
- ▶ Tjänsterna inriktas systematiskt och allt mer på basis av riskerna i samband med graviditeten och behovet av stöd.
- ▶ Den hälsoekonomiska forskningen utökas för att stödja utvärderingen och utvecklingen av mödrarådgivningsverksamheten.
- ▶ Lämpliga effektivitetsmått för mödrarådgivningen utvecklas och tas i bruk.

Källor

1. Vuori E, Gissler M. 2012. Perinatalstatistik – Föderskor och förlossningsåtgärder enligt sjukhus 2010-2011. Statistikrapport 27/2012. Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301291679>
2. Lillrank PM, Venesmaa J. 2010. Terveysthuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki. Talentum.
3. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. 2007. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. BMC Public Health 7, 268.
4. Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 9, 84.
5. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev Jul 8(3).
6. Campbell F, Johnson M, Messina J, Guillaume L, Goyder E. 2011. Behavioural interventions for weight management in pregnancy: A systematic review of quantitative and qualitative data. BMC Public Health 11, 491.
7. Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007.
8. Autti-Rämö I. 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa. Impakti 8(4).
9. Hovi SL, Lyytikäinen O, Autti-Rämö I, Laitinen R, Mäkelä M. 2007. B-ryhmän streptokokkitaudin ehkäisy vastasyntyneillä: toimintamallien vertailu.
10. Sintonen H, Pekurinen M. 2006. Terveystaloustiede. Uud. laitos. WSOY.
11. Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. 2008. Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006.





17 GENOMFÖRANDE, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV REKOMMENDATIONERNA

Rekommendationerna i denna handbok är avsedda som stöd för kommunernas arbete med att tillhandahålla, leda och utveckla mödrarådgivningens tjänster. Handboken används för att främja hälsan och välbefinnandet hos gravida kvinnor och deras familjer. Den nytta familjer som väntar barn har av handboken beror till stor del på hur handboken tas i bruk och på vilket sätt iakttagandet av rekommendationerna får stöd och utvärderas.

Kommunerna, samkommunerna och deras hälsovårdscentraler bär det primära ansvaret för att de rekommendationer som anges i handboken iakttas. En nödvändig förutsättning för att rekommendationerna ska kunna iakttas är att den information som ges är tillräcklig. Viktiga aktörer är mödrarådgivningens personal och ledare och rådgivningens centrala samarbetspartner, såsom hälsovårdscentralens och kommunens övriga specialarbetare och personalen vid förlossningssjukhuset och moderskapspolikliniken. Också kvinnor som planerar en graviditet och kvinnor som väntar barn ska informeras om de nya rekommendationerna så att de vet om sina möjligheter att få de tjänster som beskrivs i handboken. För att de nya rekommendationerna ska få stöd av den strategiska ledningen ska de också behandlas i kommunens förtroendeorgan. De kommunala beslutsfattarna bör vara medvetna om rekommendationernas nya riktlinjer och motiveringarna till dem, till exempel antalet återkommande hälsoundersökningar och tidpunkterna för dem, beredskapen för extra besök, effektivare granskning av hela familjens välbefinnande och även levnadsförhållandena och personaldimensioneringen. Samtidigt är det viktigt att ge information om hur det lokala arbetet på mödrarådgivningen kommer att utvecklas.

Kommunen och samkommunen för sjukvårdsdistriktet ska se till att tjänster tillhandahålls för invånarna inom området och att tjänsterna är tillgängliga på lika villkor inom hela området. För att mödravården ska kunna hålla en hög kvalitet måste det finnas ett nära samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för att tjänsterna inom den specialiserade sjukvården samordnas i enlighet med befolkningens och primärvårdens behov inom området och att en plan för ordnandet av social- och hälsovård tas fram. Vikten av ett nära samarbete framhävs också vid genomförandet av handbokens rekommendationer. Det är viktigt att behandla rekommendationerna tillsammans med mödravårdspersonalen inom primärvården och den specialiserade sjukvården och att komma överens om regionala riktlinjer för verksamheten, gemensam praxis, utvecklingsbehov och ansvariga aktörer. En gemensam behandling stödjer ett multiprofessionellt samarbete, bidrar till fungerande vård- och servicekedjor och främjar vid behov utvecklingen.

De personer som ansvarar för rådgivningsverksamheten har till uppgift att införliva rekommendationerna i det praktiska arbetet och inleda det utvecklingsarbete som behövs. Det lönar sig för kommunen att göra en aktuell översikt över mödrarådgivningens verksamhet och jämföra kommunens tjänster med de lösningar som anges i handboken. I översikten kan man också dra nytta av de nationella datainsamlingar om mödrarådgivningens verksamhet som genomfördes år 2012, till exempel datainsamlingen om hälsofrämjande verksamhet (TEA) inom primärvården¹ och den nationella uppföljningen av verksamheten vid mödra- och barnrådgivningarna och inom skolhälsovården² och den information som statistikföringen inom AvoHILMO tar fram. På basis av en analys av nuläget är det möjligt att besluta vad kommunen borde göra för att utveckla mödrarådgivningsverksamheten som en del av kommunens övriga tjänster för barnfamiljer. Dessa frågor beskrivs i ett handlingsprogram som utarbetas för rådgivningsverksamheten och skol- och studerandehälsovården, i den välfärdsplan för barn och unga som barnskyddslagen förutsätter och som gäller hela kommunen, och i ekonomi- och verksamhetsplanen i enlighet med kommunens praxis. Arbetet med överenskomna frågor och servicekvaliteten följs upp och antecknas i verksamhetsberättelsen.

En förutsättning för att mödrarådgivningens rekommendationer ska kunna genomföras är förutom det att personalen har kännedom om dem också att kunskaperna uppdateras på det sätt som de nya rekommendationerna förutsätter. Rådgivningens personal måste få utbildning om mödrarådgivningens rekommendationer och om de metoder och principer som behövs för att iaktta dem. Enheter inom primärvården kan anordna gemensam regional mödravårdsutbildning för primärvården och den specialiserade sjukvården. Utöver det behövs också lokal utbildning som hälsovårdscentralerna anordnar.

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) är den högsta myndigheten som styr utvecklingen av mödrarådgivningens verksamhet med hjälp av norm-, informations- och resursstyrning. Vid uppdateringen av statsrådets förordning³ förbereder sig SHM på att stärka den normativa grunden för arbetet vid mödrarådgivningarna.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har till uppgift att stödja kommunerna i arbetet med att genomföra rekommendationerna bland annat genom att ge information om handboken, följa upp verkställandet vid mödrarådgivningarna och ansvara för att handboken uppdateras efter behov. THL har gett information om rekommendationerna för mödrarådgivningen på sin webbplats och genom ett nätverksbrev av enheten för sexuell och reproduktiv hälsa. Mödrarådgivningens rekommendationer behandlades på de riksomfattande rådgivningsdagarna som THL och SHM arrangerade tillsammans hösten 2013. Regional utbildning arrangeras i mån av möjlighet och efter behov. Handboken för mödrarådgivningen kan beställas till alla finländska hälsovårdscentraler och förlossningssjukhus och även yrkeshögskolor och universitet inom sektorn. Handboken finns i elektronisk form på finska i webbtjänsten Kasvun kumppanit.

Med hjälp av de interventionsstudier som görs på mödrarådgivningen tar THL fram information om effektiva verksamhetssätt vid mödrarådgivningen, bland annat

hur effektiv handledningen i kost- och levnadsvanor för familjer som väntar barn och familjegrupper är med tanke på hela familjens hälsovanor och föräldraskapet. THL utvecklar gemensamma blanketter för mödrarådgivningarna. THL:s experter deltar i arbetet med vådrekommandationerna för mödravården (bl.a. rekommendationen om identifiering och behandling av depression efter förlossningen) och utarbetar systematiska översikter kring teman som anknyter till mödravården. THL uppdaterar mödrarådgivningens rekommendationer efter behov, men senast år 2020. När behovet av uppdatering bedöms beaktas vårdreformen och anknytande ny lagstiftning.

Genomförandet av rekommendationerna följs upp med hjälp av datainsamlingen för AvoHILMO och hälsofrämjande verksamhet (TEA) inom primärvården och genom andra eventuella separata enkäter. THL utvecklar efter behov statistikföringen inom AvoHILMO utgående från de nya ämnesområden som finns i handboken och även mödrarådgivningens registreringspraxis som en del av den elektroniska patientjournalen. Dessutom uppdateras rådgivningskortet.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och regionförvaltningsverken har till uppgift att övervaka implementeringen av hälso- och sjukvårdslagen⁴ och statsrådets förordning³ i kommunerna. Målet är att säkerställa att befolkningen får lagstadgade hälsovårdstjänster, också förebyggande tjänster, på ett så jämlikt sätt som möjligt i hela landet. Valvira offentliggjorde år 2012 ett treårigt tillsynsprogram om rådgivningsverksamheten, skol- och studerandehälsovården och den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga.⁵ Enligt programmet låg tyngdpunkten år 2013 på tillsynen över mödra- och barnrådgivningens tjänster. Kommunerna kan använda tillsynsprogrammet för att utveckla sina tjänster och även för att utveckla egenkontrollen i verksamheten.

Finlands Kommunförbund styr och rådgör kommunerna i arbetet med rådgivningsverksamheten och driver kommunernas intresse i juridiska, administrativa och innehållsmässiga frågor. Kommunförbundet stödjer kommunerna genom att ge information om den nya handboken i nyhetsbrev och på sin webbplats och genom att delta i kurser som behandlar ämnet.

Yrkeshögskolorna och universiteten inbegriper handbokens frågor i sina undervisningsprogram för yrkesutbildning, kompletterande utbildning och påbyggnadsstudier som riktar sig till rådgivningspersonal, ledare av rådgivningsverksamhet och lärare inom området. Handbokens riktlinjer tillämpas på studenternas praktik i arbetslivet, utvecklingsprojekt och lärdomsprov. Yrkeshögskolorna och universiteten ska helst komma överens om arbetsfördelningen: vilka aktörer inbegriper forskning som anknyter till mödravård och familjer som väntar barn och vilka inbegriper bedömning av effektiviteten i sina forsknings- och utvecklingsprogram.

Fackorganisationerna sprider kännedom om handboken och främjar utvecklingen av den kompetens som förutsätts i handboken genom att arrangera riksomfattande utbildning, till exempel på hälsovårdar-, barnmorske- och läkardagarna. Också facktidsskrifter och medlemsinformation är effektiva sätt att sprida kunskap om handboken och att främja yrkeskompetensen.

Övriga intressegrupper, till exempel organisationer, kan främja det multiprofessionella samarbetet på mödrarådgivningen. Det är bra om kommunen eller samkommunen avtalar om samarbetet med organisationerna utgående från de lokala förhållandena och resurserna.

Källor

1. Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki.
2. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A; Pelkonen M 2014. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto – Valtakunnallinen seuranta 2012. Raportti 12/2014 Institutet för hälsa och välfärd. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-159-4>
3. Social- och hälsovårdsministeriet 2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110338>
4. Social- och hälsovårdsministeriet 2010. Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
5. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Valvontaohjelma 1:2012. Helsinki. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/n/e/Neuvolatoiminta_valvontaohjelma.pdf

BILAGA 1 EXPERTGRUPP FÖR MÖDRAVÅRDEN 1.12.2010–31.12.2012

Pouta Anneli

Ordförande

Docent, överläkare

Avdelningsdirektör

Avdelningen för barn, ungdomar och familjer,
LAPO, THL

Hakulinen-Viitanen Tuovi

Vice ordförande

Hälsovårdare, HvD, docent

Forskningschef

THL, LAPO/LANU

Klemetti Reija

Sakkunnigsekreterare

Specialsjuuskötare, FD, docent

Specialforskare, enhetschef

THL, LAPO/SELI

Pelkonen Marjaana

Sjuuskötare, hälsovårdare, HVD, HuK

Docent, överinspektör

Social- och hälsovårdsministeriet

Avdelningen för främjande av välfärd och hälsa

Vallimies-Patomäki Marjukka

Hälsovårdare, barnmorska, HvD

Konsultativ tjänsteman

Social- och hälsovårdsministeriet

Avdelningen för social- och hälsovårdstjänster

Ellilä Merja

Specialist i allmänmedicin

Klinisk lärare, specialläkare

Åbo universitet, ÅUCS, Salo hälsovårdscentral

Häkkinen Hannele

Hälsovårdare, HvM

Sakkunnig

Finlands Kommunförbund

13.2.2012–

Jouhki Maija-Riitta

Hälsovårdare, barnmorska, HvM

Barnmorska HNS/forskare THL

Kampman-Nikulainen Taru

Hälsovårdare, barnmorska

Avdelningsskötare i hälsovård

Social- och hälsovården i Esbo

1.12.2010–4.10.2011

Keravuo Ritva

MD, specialist i förlossningar och kvinnosjukdomar,

Chef för ansvarsområdet för hälso- och sjukvård
för barnfamiljer

Samkommunen för social- och hälsovård
i Kajanaland

1.12.2010–25.8.2011

Lang Leena

Barnmorska, HvM

Kvalitetschef vid Norra Österbottens

sjukvårdsdistrikt

Representant för Perinatologiska Sällskapet
i Finland

Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt,
koncernförvaltningen

Lehtomäki Leila

Sjuuskötare, barnmorska, hälsovårdare,

sjukvårdslärare, HvD

Ordförande

Finlands Hälsovårdarförbund FHVf rf

Liira Helena

MD, docent, klinisk lärare

Helsingfors universitet

1.12.2011–12.12.2011

Paahtama Soile

HvM

Sakkunnig

Finlands Kommunförbund

1.12.2010–12.2.2012

Rahkonen Eeva

Barnmorska, hälsovårdare, högre YH
Hälsovårdare
Social- och hälsovården i Esbo

Raudaskoski Tytti

MD, docent
Specialist i kvinnosjukdomar och förlossningar,
perinatologi, avdelningsöverläkare
Uleåborgs universitetssjukhus, resultatområdet
för barn och kvinnor

Raussi-Lehto Eija

Hälsovårdare, barnmorska, HvM
Lektor i barnmorskearbete
Yrkeshögskolan Metropolia

Räty Heidi

Specialist i kvinnosjukdomar och förlossningar,
läkare vid mödrarådgivningen
Samkommunen för social- och hälsovård
i Kajanalands centrumrådgivningen i Kajana
25.8.2011–15.10.2012

Uotila Jukka

MD, docent
Specialist i kvinnosjukdomar och förlossningar,
perinatologi, avdelningsöverläkare
Tammerfors universitetssjukhus

Virtanen Terhi

Barnmorska, hälsovårdare, HvK
Ordförande
Finlands Barnmorskeförbund rf

Ylä-Soininmäki Taina

Hälsovårdare
Avdelningsskötare
Lahtis stad/Social- och hälsovården/
Hälsorådgivningen

BILAGA 2 EXPERTER UTANFÖR ARBETSGRUPPEN

Ahola Terhi

(Hemförlossning, förlossning med kort eftervård/kommentarer)
MD, specialist i barnsjukdomar och neonatologi,
HNS, Barnmorskeinstitutets sjukhus

Ala-Luhtala Riitta

(Sexuellt välbefinnande)
HvM, hälsovårdare, barnmorska, klinisk sexolog
(NACS), psykoterapeut (specialnivå)
Lektor, Jyväskylä yrkeshögskola

Andersson Sture

(Hemförlossning/kommentarer)
Specialist i barnsjukdomar och neonatologi,
professor, avdelningsöverläkare, Barnkliniken,
HNS

Apter Dan

(Förhindrande av graviditet efter förlossningen,
rådgivning)
MKD, docent, överläkare,
Väestöliittos klinik för sexuell hälsa

Erkkola Maijaliisa

(Kost och näring)
FD, LVM, docent (näringlära)
universitetslektor, Helsingfors universitet

Frantsi-Lankia Marjut

(Registrering och statistikföring)
ML, specialist i allmänmedicin,
Valvira, THL (till slutet av år 2013)

Haaranen Heidi-Maria

(Mun- och tandvård/rekommendationer)
YH munhygienist
Munhygienist
Joensuu stad, Rantakylä tandklinik

Hartikainen Sirkka

(Mun- och tandvård/rekommendationer)
Tandskötare med högre utbildning, munhygienist
Joensuu stad, social- och hälsovården

Hausen Hannu

(Mun- och tandvård)
OD, specialisttandläkare, MPH
professor emeritus (Uleåborgs universitet)
sakkunnigtandläkare
Finlands Tandläkarförbund

Heiliö Pia-Liisa

(Överlämnande av rådgivningsuppgifter
och sekretess/granskning, Registrering och
statistikföring)
JK
Konsultativ tjänsteman, SHM

Hermanson Elina

(Många olika familjeformer)
MD, specialist i barnsjukdomar
Kyrksläatts hälsovårdscentral

Hiltunen-Back Eija

(Infektioner som omfattas av screening/
kommentarer)
Specialist i hud- och könssjukdomar
HNS, polikliniken för könssjukdomar

Huttunen Reetta

(Mikrober som är av betydelse för sjukhushygienen)
MD, specialist i invärtes sjukdomar och infek-
tionssjukdomar
biträdande överläkare,
Tammerfors universitetssjukhus

Järvelin Jutta

(Mödrarådgivningens effektivitet och kostnader/
kommentarer)
MD, MSc (Health Economics)
specialforskare, THL

Järvenpää Anna-Liisa

(Uppföljning av det nyfödda barnet)
MKD, docent, specialist i
barnsjukdomar och neonatologi
(pensionerad, tidigare överläkare
HNS, Barn- och ungdomssjukhuset)

Keistinen Timo

(Hemförlossning/kommentarer)
MKD, docent
medicinalråd, SHM

Kinnunen Tarja

(Motion, Vikt)
LVM, FD,
Universitetslektor, Tammerfors universitet

Kivijärvi Anneli

(Förhindrande av graviditet efter förlossningen, rådgivning)
MKD, specialist i gynekologi och obstetrik, ansvarig läkare, mödravården, ultraljudsenheten och preventivrådgivningen, Åbo välfärdssektor

Korpilahti Ulla

(Rådgivning som anknyter till den sociala tryggheten, Våld i nära relationer och inom familjen, Besöksstrukturen för de återkommande hälsoundersökningarna, Funktionsnedsättning och graviditet)
Hälsovårdare, HvM
Hälsovårdare/forskare
Samkommunen för hälsovårdscentralen i Riihimäkinjden/THL

Koskinen Katja

(Amning)
Barnmorska, IBCLC, HvM
specialplanerare, THL

Kotovirta Elina

(Missbruk i familjen)
PD, specialplanerare, THL

Kuosmanen Malla

(Blodgruppsbestämning och immunisering)
FL, biolog,
FRK Blodtjänst

Lappi Riitta

(Mödrarrådgivningens effektivitet och kostnader)
Sjukskötare, barnmorska, HvM
forskare, utvecklare,
Södra Savolax sjukvårdsdistrikt

Lauren Mari

(Hemförlossning/juridiska frågor)
JM,
regeringssekreterare, SHM

Lehto Soili

(Depression efter förlossningen)
MD, docent, specialist i psykiatri, forskare,
Östra Finlands universitet

Leipälä Jaana

(Screening av fosteravvikelser)
MD, specialist i barnsjukdomar och neonatologi, överläkare, THL, Valvira

Luoto Riitta

(Motion, Vikt)
MD, specialist i hälso- och sjukvård, forskningschef, UKK-institutet, forskningschef, THL

Malm Heli

(Läkemedel och vaccinationer, Alkohol och droger, Kosmetika, tatueringar och piercing)
MD, specialist i gynekologi och obstetrik, teratologisk informationstjänst, HUSLAB

Malmi Pasi

(Män som klienter vid mödrarrådgivningen)
Doktor i förvaltningsvetenskaper,
Senior Consultant
Mansorganisationernas centralförbund

Mentula Maarit

(Missfall, Abort)
MD, specialist i gynekologi och obstetrik, avdelningsläkare, HNS, Barnmorskeinstitutets sjukhus

Mikkola Kaija

(Uppföljning av det nyfödda barnet)
MD, specialist i neonatologi
HNS, Gynekologiska och barnmedicinska resultatenheten
Neonatologiska kliniken, Jorvs sjukhus

Mölläri Kaisa

(Registrering och statistikföring)
Sjukskötare, hälsovårdare, barnmorska, special-sjukskötare, HvM
Utvecklingschef, THL

Nieminen Pekka

(Cellprov)
MKD, docent,
överläkare vid gynekologiska kliniken, HUCS

Onninen Suvi

(Rådgivning som anknyter till den sociala tryggheten)
JK,
vicehäradschef, förmånschef, FPA

Piispa Minna

(Våld i nära relationer och inom familjen)
PD, utvecklingschef, THL

Puumalainen Taneli

(Allmäninfektioner som potentiellt kan ge upphov till fosterskador)
MD, specialist i barnsjukdomar och infektionssjukdomar hos barn, överläkare, SHM

Ritvanen Annukka

(Screening av fosteravvikelser)
ML, specialist i medicinsk genetik, överläkare, THL

Räsänen Sari

(Anvisningar för när kvinnan ska ta sig till förlossningssjukhuset, Val av förlossningsställe, Depression efter förlossningen)
Sjukskötare, barnmorska, HvD, forskare, KYS

Sainio Susanna

(Blodgruppsbestämning och immunisering)
MD, specialist i gynekologi, obstetrik och perinatologi, specialläkare, FRK Blodtjänst

Saisto Terhi

(Förlossningsrädsla)
MD, specialist i gynekologi, obstetrik och perinatologi, Avdelningsöverläkare, HUCS, Jorvs sjukhus

Salo Eeva

(Screening av infektioner)
MKD, docent, specialist, HNS, Barnkliniken

Sankilampi Ulla

(Val av förlossningsställe)
MD, docent specialist, avdelningsöverläkare KYS, Barn- och ungdomskliniken

Solantaus Tytti

(Psykiska problem hos föräldern)
Docent, forskningsprofessor (barnpsykiatri), THL

Sorsa Pirjo

(Hemförlossning/kommentarer)
JM
Förvaltningsjurist, HNS

Surcel Heljä-Marja

(Infektioner som omfattas av screening/kommentarer)
PhD, docent, specialist, THL

Säävälä Minna

(Mångkulturella familjer)
Docent, specialforskare
Väestöliitto, Institutet för befolkningsforskning

Tammela Outi

(Hemförlossning/kommentarer)
Docent, specialist i barnsjukdomar och neonatologi, avdelningsöverläkare, TAUS, Barnkliniken

Ulander Veli-Matti

(Undersökning av urinen, Övervakning av hemoglobin, Livmoderns tillväxt och fostrets position, Uppföljning av fostrets rörelser, Uppföljning av fostrets puls)
MD, specialist i gynekologi och obstetrik och specialkompetens i perinatologi, tf. avdelningsöverläkare, HNS, Barnmorseinstitutets sjukhus

Valtonen Hannu

(Mödrarådgivningens effektivitet och kostnader)
PHD, professor, hälsoekonomi, Östra Finlands universitet

Vasankari Tuula

(Tuberkulos)
MD, docent, specialist i lungsjukdomar
Filha ry

Virtanen Suvi

(Kost och näring)
Forskningsprofessor, enhetschef, Enheten för nutrition, THL
Enheten för hälsovetenskap, Tammerfors universitet, forskningscentralen för barnens hälsa, Tammerfors universitet och universitetssjukhus.

BILAGA 3 ANSVARIGA FÖRFATTARE

- 1 INLEDNING
- 2 MÖDRARÅDGIVNINGENS MÅL OCH VERKSAMHETSPRINCIPER
 - 2.1 Mål och uppgifter *Marjaana Pelkonen*
 - 2.3 Principer *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen*
- 3 STÖD FÖR FÖRÄLDRASKAPET
 - 3.1 Många olika familjeformer *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Elina Hermanson*
 - 3.2 Män som klienter vid mödrarådgivningen *Pasi Malmi*
 - 3.3 Föräldrarnas resurser och tidig interaktion *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 4 LEVNADSVANOR OCH RÅDGIVNING
 - 4.1 Kost och näring *Maijaliisa Erkkola, Suvi Virtanen*
 - 4.2 Amning *Katja Koskinen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
 - 4.3 Munhälsan *Hannu Hausen (Heidi-Maria Haaranen, Sirkka Hartikainen)*
 - 4.4 Motion *Riitta Luoto, Tarja Kinnunen*
 - 4.5 Sexuellt välbefinnande *Riitta Ala-Luhtala*
 - 4.6 Särskilda situationer som anknyter till arbetet *Merja Ellilä*
 - 4.7 Läkemedel, vaccinationer och hälsokostpreparat *Heli Malm*
 - 4.8 Alkohol och droger *Heli Malm*
 - 4.9 Kosmetika, tatueringar och piercing *Maija-Riitta Jouhki, Heli Malm*
 - 4.10 Rådgivning som anknyter till den sociala tryggheten *Ulla Korpilahti, Maija-Riitta Jouhki, Suvi Onninen*
- 5 FAMILJETRÄNING *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Maija-Riitta Jouhki, Heidi Korhonen, Eeva Rahkonen, Tytti Raudaskoski, Taina Ylä-Soininmäki, Marjaana Pelkonen*
- 6 VANLIGA GRAVIDITETSBE SVÄR
 - 6.1 Illamående och matsmältningsproblem *Merja Ellilä*
 - 6.2 Besvär i hållnings- och rörelseorganen *Merja Ellilä*
 - 6.3 Förändringar i huden *Merja Ellilä*
 - 6.4 Trötthet *Merja Ellilä*
 - 6.5 Smärta, feber och huvudvärk *Merja Ellilä*
 - 6.6 Svårt att sova *Merja Ellilä*
 - 6.7 Andra graviditetsbesvär *Merja Ellilä*
- 7 HÄLSOUNDERSÖKNINGAR PÅ MÖDRARÅDGIVNINGEN
 - 7.1 Allmänna principer *Tytti Raudaskoski*
 - 7.2 Kontakt med rådgivningen när en graviditet planeras *Jukka Uotila*
 - 7.3 Den första kontakten med mödrarådgivningen under graviditeten *Maija-Riitta Jouhki, Taina Ylä-Soininmäki, Terhi Virtanen*

- 7.4 Besöksstrukturen för de återkommande hälsoundersökningarna *Merja Ellilä, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Taina Yli-Soininmäki, Ulla Korpilahti, Marjaana Pelkonen*
- 7.5 Omfattande hälsoundersökning för familjer som väntar barn
Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen
- 7.6 Uppföljande undersökningar och screeningar
Blodtryck *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Jukka Uotila*
Undersökning av urinen *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
Övervakning av hemoglobinet *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
Blodgruppsbestämning och immunisering *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Malla Kuosmanen, Susanna Sainio, Marjukka Vallimies-Patomäki*
Vikt *Tarja Kinnunen, Riitta Luoto*
Infektioner som omfattas av screening *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Eeva Salo*
Screening av fosteravvikelser *Annikka Ritvanen, Jaana Leipälä*
Cellprov *Pekka Nieminen*
Livmoderns tillväxt och fostrets position *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Eija Raussi-Lehto, Veli-Matti Ulander*
Uppföljning av fostrets rörelser *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
Uppföljning av fostrets puls *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
- 7.7 Efterundersökning efter förlossningen *Merja Ellilä, Maija-Riitta Jouhki, Eija Raussi-Lehto*
- 7.8 Förhindrande av graviditet efter förlossningen *Anneli Kivijärvi, Dan Apter*
- 8 HEMBESÖK *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Leena Lang, Taina Ylä-Soininmäki, Marjaana Pelkonen*
- 9 IDENTIFIERING OCH BEHANDLING AV GRAVIDITETSPROBLEM SOM KRÄVER YTTERLIGARE UPPFÖLJNING
- 9.1 Flerbördsgraviditet *Eija Raussi-Lehto, Tytti Raudaskoski*
- 9.2 Preeklampsi, graviditetshypertoni *Jukka Uotila*
- 9.3 Graviditetsdiabetes *Jukka Uotila*
- 9.4 Graviditetskolestas *Jukka Uotila*
- 9.5 Avvikelse i livmoderns tillväxt *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.6 Avvikande puls hos fostret *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.7 Avvikande rörelser hos fostret *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.8 För tidig förlossning hotar *Jukka Uotila*
- 9.9 Blödning i slutet av graviditeten *Jukka Uotila*
- 9.10 Den beräknade tiden överskrids *Jukka Uotila*
- 10 SJUKDOMAR ELLER PROBLEM SOM KRÄVER YTTERLIGARE UPPFÖLJNING
- 10.1 Problem under tidigare graviditet *Jukka Uotila*
- 10.2 Sjukdomar i släkten och eventuella ärftliga sjukdomar *Jukka Uotila*
- 10.3 Kroniska sjukdomar
Anemi, trombocytopeni och trombos *Jukka Uotila*
Astma *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
Diabetes *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
Epilepsi *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*

- Störningar i sköldkörteln *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Kroniska tarminflammationer *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
 Kronisk hypertoni och njursjukdomar *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Multipel skleros (MS) *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Bindvävssjukdomar och reumatiska sjukdomar *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
- 10.4 Psykiska problem *Tytti Solantaus, Tytti Raudaskoski*
- 10.5 Infektioner
 Urinvägsinfektion och symtomfri bakteriuri *Tytti Raudaskoski*
 Infektioner i könsorganen *Tytti Raudaskoski*
 Allmäninfektioner som potentiellt kan ge upphov till fosterskador *Tytti Raudaskoski, Taneli Puumalainen*
 Tuberkulos *Tuula Vasankari*
 Mikrober som är av betydelse för sjukhushygienen *Reetta Huttunen*
- 11 EXTRA UPPFÖLJNING AV DEN GRAVIDA KVINNAN OCH FAMILJEN I SPECIALFALL
- 11.1 Mångkulturella familjer *Minna Säävälä*
- 11.2 Särdrag som beror på den gravida kvinnans ålder *Eeva Rahkonen, Reija Klemetti*
- 11.3 Assisterad befruktning *Reija Klemetti*
- 11.4 Funktionsnedsättning och graviditet *Ulla Korpilahti, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.5 Våld i nära relationer och inom familjen *Minna Piispa, Ulla Korpilahti, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 11.6 Missbruk i familjen *Elina Kotovirta, Taina Ylä-Soininmäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 11.7 Graviditeten slutar med att barnet dör *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.8 Att vänta ett barn med funktionsnedsättning och barnets födelse *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.9 Missfall *Maarit Mentula*
- 11.10 Abort *Maarit Mentula*
- 12 FÖRBEREDELSE INFÖR FÖRLOSSNINGEN
- 12.1 Val av förlossningsställe *Sari Räisänen, Ulla Sankilampi*
- 12.2 Anvisningar för när kvinnan ska ta sig till förlossningssjukhuset *Sari Räisänen*
- 12.3 Förlossningsplan *Maija-Riitta Jouhki, Leena Lang, Eija Raussi-Lehto*
- 12.4 Planering av förlossningen i specialfall
 Problem vid tidigare förlossning *Jukka Uotila*
 Förlossningsrädsla *Terhi Saisto*
 Avvikande fosterbjudningar *Jukka Uotila*
 Misstanke om bäckenförträngning *Jukka Uotila*
 Förlossning med kort eftervård *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki*
 Hemförlossning *Maija-Riitta Jouhki, Eija Raussi-Lehto, Leena Lang, Terhi Virtanen, Merja Ellilä, Reija Klemetti, Marjukka Vallimies-Patomäki*

- 13 UPPFÖLJNING AV DET NYFÖDDA BARNET *Anna-Liisa Järvenpää, Kaija Mikkola*
- 14 DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Sari Räisänen, Soili Lehto, Tytti Solantaus*
- 15 SAMARBETE
- 15.1 Utlämnande av rådgivningsuppgifter och sekretess *Marjukka Vallimies-Patomäki*
- 15.2 Branschövergripande och multiprofessionellt samarbete ur klientens perspektiv *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 15.3 Branschövergripande och multiprofessionellt samarbete ur mödrarådgivningens perspektiv *Eeva Rahkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 15.4 Specialiserad sjukvård
- Remiss- och svarspraxis och konsultation *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
- Förmedling av information *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
- Arbetsfördelning *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
- 16 TILLHANDAHÅLLANDET AV MÖDRARÅDGIVNINGENS TJÄNSTER
- 16.1 Handlingsprogram *Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.2 Ledning av rådgivningsverksamheten *Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.3 Mödrarådgivningens personal och personaldimensionering *Leila Lehtomäki, Merja Ellilä, Marjaana Pelkonen*
- 16.4 Registrering och statistikföring *Marjaana Pelkonen, Pia-Liisa Heiliö, Taina Ylä-Soininmäki, Kaisa Mölläri, Marjut Frantsi-Lankia, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.5 Att utveckla och stödja personalens kompetens *Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen, Leila Lehtomäki, Merja Ellilä, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Hannele Häkkinen, Eeva Rahkonen, Terhi Virtanen, Eija Raussi-Lehto*
- 16.6 Utvärdering och uppföljning av kvaliteten *Leena Lang*
- 16.7 Mödrarådgivningens effektivitet och kostnader *Riitta Lappi, Hannu Valtonen*
- 17 GENOMFÖRANDE, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV REKOMMENDATIONERNA *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 18 BILAGOR

BILAGA 4

TABELL. De viktigaste bestämmelserna som styr mödrarådgivningens verksamhet och bestämmelsernas centrala innehåll

Bestämmelse	Centralt innehåll
Hälsa- och sjukvårdslagen 1326/2010	<p>En kommun ska bevaka kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och observera effekterna av de åtgärder inom den kommunala servicen som sätts in för att svara mot kommuninvånarnas välfärdsbehov.</p> <p>En kommun ska ordna screening inom sitt område i enlighet med det nationella screeningprogrammet.</p> <p>En kommun ska ordna rådgivningsbyråttjänster för där bosatta gravida kvinnor, familjer som väntar barn och barn under läropliktålder och deras familjer.</p> <p>Till rådgivningsbyråttjänsterna hör</p> <ul style="list-style-type: none"> • att regelbundet och efter individuellt behov följa och främja fostrets sunda tillväxt, utveckling och välbefinnande och hälsan hos gravida kvinnor och kvinnor som fött barn • att stödja föräldraskapet och familjens allmänna välbefinnande • att främja en hälsosam hemmiljö och annan uppväxt- och utvecklingsmiljö för barnet samt sunda levnadsvanor i familjen • att i ett tidigt stadium identifiera barnets och familjens behov av särskilt stöd och undersökningar och att stödja barnet och familjen och vid behov hänvisa dem till undersökningar eller vård. <p>Hälsa- och sjukvårdsmyndigheterna ska ordna de tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor och deras ofödda barn ska ges särskilt skydd. Tjänsterna ska ordnas i samarbete med socialvårdsmyndigheterna.</p>
Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011	<p>Kommunen ska för en familj som väntar barn ordna</p> <ul style="list-style-type: none"> • minst en omfattande hälsoundersökning • en kontroll av munhälsan • familjeträning och annan föräldragrupsverksamhet • hembesök hos en familj som väntar sitt första barn eller hos en familj som har fått sitt första barn. <p>Dessutom ska kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifiera behov av särskilt stöd och tillhandahålla det stöd som behövs • erbjuda bägge föräldrarna hälsorådgivning. <p>Syftet med förordningen är att säkerställa att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern, för elever och deras familjer samt för studerande är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov i den kommunala hälso- och sjukvården. Målet är att stärka det hälsofrämjande arbetet och att effektivisera det tidiga stödet och förebyggandet av utslagning. Arbetet med att främja hälsan innefattar alltid också främjande av den mentala hälsan. Förordningen stödjer barnens och föräldrarnas delaktighet och främjar att deras åsikter blir hörda.</p>
Statsrådets förordning om screening 339/2011	<p>Förordningen fastställer enhetliga principer för alla de screeningar som görs inom primärvården. Enligt förordningen ska en kommun ordna screening för sina invånare i enlighet med det nationella screeningprogrammet. Screeningar som gäller gravida kvinnor är</p> <ol style="list-style-type: none"> a) allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet i graviditetsvecka 10+0–13+6 b) utredning av kromosomavvikelse i första hand genom kombinerad screening under tidig graviditet (serumscreening i graviditetsvecka 9+0–11+6 och mätning av nackuppkläring i samband med den allmänna ultraljudsundersökningen i graviditetsvecka 11+0–13+6) eller alternativt genom serumscreening under andra trimestern i graviditetsvecka 15+0–16+6, och c) ultraljudsundersökning för att utreda grava anatomiska avvikelser i graviditetsvecka 18+0–21+6 eller efter graviditetsvecka 24+0. <p>Deltagandet i screeningen är frivilligt. Kommunen ska se till att kommuninvånarna har tillgång till tillräcklig information om screeningens mål och effekt, om eventuella risker i anslutning till screeningen samt om ordnandet av screeningen.</p>
Barnskyddslagen 417/2007	<p>Lagen innehåller bestämmelser om barn- och familjeinriktat barnskydd och förebyggande barnskydd. Lagen innehåller bestämmelser om utvecklingen av tjänster för att stödja fostran. Målet är att barnet under alla förhållanden får en sådan vård varom stadgas i lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt.</p> <p>Om det finns grundad anledning att misstänka att ett ofött barn omedelbart efter sin födelse kommer att behöva stödåtgärder inom barnskyddet ska de personer som nämns i 25 § 1 mom. utan hinder av sekretessbestämmelserna före barnets födelse göra en föregripande barnskyddsanmälan.</p> <p>I brådskande fall ska den jourhavande socialmyndigheten utan dröjsmål bedöma behovet av socialservice för dem som är föremål för en föregripande barnskyddsanmälan. Dessutom kan en bedömning av vilken socialservice som kommer att behövas omedelbart efter barnets födelse göras i samarbete med en socialarbetare inom barnskyddet.</p>

Lagen om smittsamma sjukdomar 583/1986	Kommunen ska anordna allmänna frivilliga vaccinerings och hälsoundersökningar för förebyggande av smittsamma sjukdomar. Genom förordning av SHM föreskrivs närmare om hälsoundersökningar av gravida kvinnor.
SHM:s förordning samt om vaccinationer och om screening av smittsamma sjukdomar under graviditet 421/2004	I samband med hälsokontrollen av en gravid kvinna tas med hennes samtycke ett blodprov för att förebygga smittsamma sjukdomar hos det nyfödda barnet. Blodprovet undersöks för tidigt konstaterande av syfilis och hiv-infektion samt för konstaterande av om kvinnan är bärare av hepatit B-virus.
Lagen om moderskapsunderstöd 477/1993	Berättigad till moderskapsunderstöd är en kvinna vars havandeskap har varat minst 154 dagar. En förutsättning för erhållande av understödet är dessutom att kvinnan före utgången av den fjärde månaden av havandeskapet har genomgått hälsoundersökning på en hälsovårdscentral eller en läkares mottagning. Moderskapsunderstödet utträts för varje barn enligt understödstagarens anmälan antingen i form av en moderskapsförpackning eller i pengar. Understödet kan också beviljas till adoptivföräldrar och adoptanter (placering).
Sjukförsäkringslagen 1224/2004	En kvinna vars graviditet har varat i minst 154 dagar har rätt till moderskapspenning vid graviditet och förlossning. Lagen innehåller också bestämmelser om rätten till särskild moderskapspenning, faderskapspenning och föräldrapenning efter moderskapspenningensperioden och längden på dessa perioder. Fadern kan ta ut så kallad faderskapsledighet i sammanlagt 54 vardagar, och denna ledighet förkortar inte moderskaps- eller föräldraledigheten. För att föräldrapenning ska betalas förutsätts att modern tidigast 5 och senast 12 veckor efter nedkomsten för klarläggning av hälsotillståndet har genomgått efterundersökning hos en läkare eller hos en barnmorska eller hälsovårdare som är anställd inom den offentliga hälso- och sjukvården och som har tillräcklig utbildning. Närmare bestämmelser om efterundersökning utfärdas genom förordning av statsrådet. (21.5.2010/437)
Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992	Lagen innehåller bestämmelser om patientens rättigheter som anknyter till god vård, intagning för vård, rätt till information, självbestämmanderätt, minderåriga patienters ställning och brådsakande vård. Utöver det innehåller lagen bestämmelser om journalhandlingar.
SHM:s förordning om journalhandlingar 298/2009 (Finlex)	Förordningen tillämpas på upprättandet av de handlingar som används för att ordna och genomföra en patients vård samt på förvaringen av dessa handlingar och annat material som hänförs till vård och behandling. Förordningen kompletteras av SHM:s handbok: Upprättande och hantering av journalhandlingar. Handbok för hälso- och sjukvården. SHM:s publikationer 2012:20.
Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet 621/1999 (Finlex)	I lagen bestäms om rätten att ta del av myndigheternas offentliga handlingar samt om tystnadsplikt för den som är verksam vid en myndighet, om handlingssekretess samt andra för skyddande av allmänna och enskilda intressen nödvändiga begränsningar av rätten att ta del av en handling och bestäms om myndigheternas skyldigheter för att lagens syfte skall nås.
Personuppgiftslagen 523/1999 (Finlex)	Syftet med lagen är att genomföra de grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skydd för privatlivet samt övriga grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skyddet för den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter samt att främja utvecklandet och iakttagandet av god informationshantering. Enligt lagen ska personuppgifter behandlas med aktsamhet och på motiverat sätt. Den registeransvarige skall genomföra de tekniska och organisatoriska åtgärder som behövs för att skydda personuppgifterna.
Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994 (Finlex)	Syftet med lagen är att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänster 1) genom att garantera att de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som avses i denna lag har sådan utbildning som yrkesutövningen förutsätter, annan tillräcklig yrkeskompetens och andra sådana färdigheter som yrkesutövningen förutsätter 2) genom att organisera tillsynen över den verksamhet som de yrkesutbildade personerna bedriver inom hälso- och sjukvården samt 3) genom att underlätta ett i yrkeshänseende motiverat samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och en ändamålsenlig användning av dem.
Lagen om faderskap 700/1975	Lagen innehåller bestämmelser om konstaterande och fastställande av släktskapsförhållande samt upphävande av släktskapsförhållande mellan barn och dess fader. Ny lag träder ikraft 1.1.2016.
Lagen om utkomststöd 1412/1997 (Finlex)	Utkomststödet är ett ekonomiskt stöd inom socialvården som beviljas i sista hand och syftet med det är att trygga en persons och familjs utkomst och främja möjligheterna att klara sig på egen hand. Med hjälp av utkomststödet tryggas minst den oundgängliga utkomst som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv. Syftet med förebyggande utkomststöd är att främja en persons och familjs sociala trygghet och förmåga att klara sig på egen hand samt att förebygga utslagning och långvarigt beroende av utkomststöd.

BILAGA 5

TABELL 1. Kost under graviditeten: Råd för kloka kostval

Livsmedel	Välj dessa	Undvik dessa	Kom ihåg
Grönsaker, frukt och bär	<ul style="list-style-type: none"> Färska grönsaker, frukter och bär → Ha alltid hemma! Sträva efter 5–6 portioner per dag Kom också ihåg nötter, frön och baljväxter! 	<ul style="list-style-type: none"> Murklor Algprodukter Rucola 	<ul style="list-style-type: none"> Tvätta och/eller skala noggrant råa grönsaker och frukter. Hetta upp djupfrysta grönsaker, färdigmat och utländska djupfrysta bär.
Spannmålsprodukter	<ul style="list-style-type: none"> Rågbröd och annat fullkornsbröd Gröt 	<ul style="list-style-type: none"> Linfrön, krossade linfrön 	<ul style="list-style-type: none"> Njut hellre av bullar, bärpajer och rulltårta istället för wienerbröd, munkar och kex.
Mjolk och mjölkprodukter	<ul style="list-style-type: none"> 8 dl fettfria, flytande mjölkprodukter per dag 	<ul style="list-style-type: none"> Opastöriserad mjölk och produkter framställda av sådan mjölk. Mjuka ostar, t.ex. mögel- och färskost 	
Kött, fisk, ägg	<ul style="list-style-type: none"> Fisk 2–3 gånger per vecka, varierande fiskarter 	<ul style="list-style-type: none"> Leverrätter Gädda Rikliga mängder stor rovfisk (abborre, gös, lake) från insjöar Stor strömming, lax och öring från Östersjön högst 1–2 gånger per månad Vakuum- och skyddsgasförpackade, gravade och kallrökta fiskprodukter eller patéer och oupphetad rom Lever och njurar av älg 	<ul style="list-style-type: none"> Hetta upp kött och fisk helt igenom (över 70 grader). Högst 200 g leverkorv och leverpastej per vecka under graviditeten
Matfett	<ul style="list-style-type: none"> Askförpackat margarin Vegetabiliska oljor 	<ul style="list-style-type: none"> Animaliskt fett Friterade livsmedel Växtsterol, växtstanol och estrar 	
Dryck	<ul style="list-style-type: none"> Vatten som törstsläckare Fettfri mjölk och surmjölk Svag saft med låg sockerhalt Te 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Högst 3 koppar (1,5 dl) kaffe per dag. Koffeinhaltiga cola- och energidrycker. Högst 300 mg koffein per dag Örtte 	
Annat		<ul style="list-style-type: none"> Energifria sötningsmedel* sackarin och cyklamat Högst 50 g lakrits och salmiak per dag under graviditeten Överdrivna mängder salt Naturmedel Ingefära 	<ul style="list-style-type: none"> Ät inte choklad och sötsaker mot plötslig hunger.

*Sötningsmedlet stevia eller stevioglykosider (E960) har inte påvisats vara till skada för fostret eller barnet under graviditeten och amningen.

BILAGA 6

TABELL 2. Rekommenderat dagligt intag av vitaminer och mineralämnen via kosten under graviditet och amning och rekommenderat tillskott av näringsämnen

Näringsämne	Rekommenderat intag under graviditeten	Rekommenderat intag under amningen per dygn	Rekommendation om användning av preparat
A-vitamin, RE ¹	800	1100	
D-vitamin, µg	10	10	10 µg (400 IU) per dygn året runt för alla.
E-vitamin, α-TE ²	10	11	
Tiamin, mg	1,5	1,6	
Riboflavin, mg	1,6	1,7	
Niacin, NE ³	17	20	
B ₆ -vitamin, mg	1,5	1,6	
B ₁₂ -vitamin, µg	2,0	2,6	
C-vitamin, mg	85	100	
Kalcium, mg	900	900	Ca 2+ 500–1 000 mg/dygn, om kosten inte innehåller tillräckligt med flytande mjölkprodukter, ost eller kalciumberikade livsmedel. Vid behov: kvinnor som har laktosintolerans eller följer en vegetarisk diet.
Fosfor, mg	700	900	
Kalium, g	3,1	3,1	
Magnesium, mg	280	280	
Järn, mg ⁴	-	15	Fe 2+ 50 mg/dygn vid behov, om hemoglobinet understiger 110 g/l i början av graviditeten från och med graviditetsvecka 12. Senare genast, om hemoglobinet understiger 100 g/l.
Zink, mg	9	11	
Koppar, mg	1,0	1,3	
Jod, µg	175	200	
Selen, µg	55	55	
			Multivitamin-mineralpreparat: Vid behov som stöd vid en mycket ensidig eller knapp kost. Inga preparat som är överlappande eller som innehåller A-vitamin. För kvinnor som donerar bröstmjök eller ammar tvillingar eller flera barn.

1 retinolekvivalent (RE) = 1 µg retinol = 12 µg betakaroten

2 α-tokoferolekvivalent (α-TE) = 1 mg α-tokoferol

3 NE = niacinekvivalent = 1 mg niacin = 60 mg tryptofan

4 Järnbalansen under graviditeten förutsätter järndepåer på cirka 500 mg i början av graviditeten. Det ökade järnbehovet efter den första trimestern är svårt att uppfylla utan järnpreparat.

BILAGA 7 FRÅGEFORMULÄR FÖR ATT IDENTIFIERA DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN (EPDS)

Ursprunglig källa: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150:782–6.

Var snäll och ringa in det alternativ som bäst stämmer överens med hur du känt dig under den senaste veckan, inte bara hur du mår idag.

Under de senaste sju dagarna

1. har jag kunnat skratta och se tillvaron från den ljusa sidan

- 0. lika mycket som vanligt
- 1. inte riktigt lika mycket som vanligt
- 2. mycket mindre än vanligt
- 3. inte alls

2. har jag glatt mig åt saker som ska hända

- 0. lika mycket som vanligt
- 1. något mindre än vanligt
- 2. mycket mindre än vanligt
- 3. nästan inte alls

3. har jag onödigt mycket lagt skulden på mig själv för att saker gått snett

- 0. ja, för det mesta
- 1. ja, ibland
- 2. inte så ofta
- 3. nej, aldrig

4. har jag varit ångestfylld eller orolig utan någon egentlig anledning

- 0. nej, inte alls
- 1. knappast alls
- 2. ja, ibland
- 3. ja, mycket ofta

5. har jag varit rädd eller ängslig utan någon egentlig anledning

- 0. ja, ganska ofta
- 1. ja, ibland
- 2. nej, ganska sällan
- 3. nej, inte alls

6. har det kört ihop sig för mig och blivit för mycket

- 0. ja, för det mesta har jag inte kunnat ta itu med något alls
- 1. ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
- 2. nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
- 3. nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt

7. har jag känt mig så olycklig att jag har haft svårt att sova

- 0. ja, för det mesta
- 1. ja, ibland
- 2. nej, inte så ofta
- 3. nej, inte alls

8. har jag känt mig ledsen eller nere

- 0. ja, för det mesta
- 1. ja, ganska ofta
- 2. inte så ofta
- 3. nej, inte alls

9. har jag känt mig så olycklig att jag har gråtit

- 0. ja, för det mesta
- 1. ja, ganska ofta
- 2. bara då och då
- 3. nej, aldrig

10. har tankar om att göra mig själv illa förekommit

- 0. ja, ganska ofta
- 1. ja, ibland
- 2. nästan aldrig
- 3. nej, aldrig

* * *

I frågorna 1, 2 och 4 poängsätts svarsalternativen uppifrån och ner på skalan 0–3. Frågorna 3 och 5–10 är omvända och poängsätts uppifrån och ner på skalan 3–0.

EPDS är validerad i flera länder och får inte ändras vid verksamhetsenheten.

BILAGA 8 OM BARNET DÖR FÖRE FÖDSELN

© Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2012. Information for you. When your baby dies before birth. Bearbetad av E R-L och M-R J 18.10.2012.

DETTA INFORMATIONSBLAD HAR TAGITS FRAM DÄRFÖR ATT...

Det är något alldeles förkrossande att få veta att ens barn dött i livmodern före födseln. Den egna sorgen och sorgen hos de närstående kan kännas hjärtskärande. Hälso- och sjukvårdspersonalen erbjuder stöd och information, men det kan vara svårt att ta emot informationen mitt i sorgen. Denna skriftliga information har tagits fram för att du ska kunna läsa den vid ett tillfälle som passar dig.

Texten ger information om vården och stödet under och efter förlossningen, den fortsatta vården och möjligheterna att få stöd.

VARFÖR DOG MITT BARN?

Alla föräldrar vill veta varför just deras barn har dött. Oftast är det möjligt att hitta ett svar, men inte alltid. De vanligaste orsakerna är störningar i fostrets tillväxt och utveckling, infektioner eller eventuella sjukdomar. För att utreda orsaken görs tilläggsundersökningar och när resultaten blir klara får du/ni information om dem.

HUR KONSTATERAR MAN ATT MITT BARN HAR DÖTT?

Dödsfallet konstateras genom en ultraljudsundersökning som bekräftas av en läkare. Med hjälp av ultraljud kan man konstatera att fostrets hjärta inte längre slår. Också efter att barnet har dött kan det kännas som om barnet rör på sig, men rörelserna beror inte på ett aktivt foster utan på dina egna rörelser. Det är bra att veta, eftersom denna upplevelse kan kännas ångestfylld.

VAD HÄNDER SOM FÖLJANDE?

Du/ni har möjlighet att samtala om det som hänt och om den fortsatta vården i lugn och ro med den behandlande läkaren och barnmorskan. Samtidigt kan också redan prov tas för att utreda vad som hänt.

FÖRLOSSNINGSPLAN

Du får tala om den kommande förlossningen tillsammans med den personal som kommer att vara närvarande vid förlossningen. När förlossningen planeras beaktas ditt hälsotillstånd, dina tidigare graviditeter och förlossningserfarenheter och dina önskemål. Det kommer att finnas erfaren personal på plats och förlossningen kommer också att ske i enrum så att de människor du vill ska kunna vara närvarande.

FÖRLOSSNINGEN SÄTTS IGÅNG

Efter att man konstaterat att barnet inte lever kan det hända att förlossningen sätts igång så snabbt som möjligt. Förlossningen kan också ske så att du till exempel kan åka hem innan. Förlossningen kan sättas igång med flera olika metoder. Tillsammans med den behandlande läkaren kommer du överens om vilken metod som lämpar sig bäst för dig.

FÖRLOSSNINGEN BÖRJAR

I vissa situationer är det också möjligt att vänta tills förlossningen sätter igång av sig själv eller att vänta några dagar. Ditt eget önskemål beaktas också i denna situation. I det fallet ger förlossningssjukhusets personal råd för hur du följer upp din hälsa och hur du kontaktar sjukhuset. I vissa situationer är det dock inte möjligt att vänta, utan förlossningen måste sättas igång genast (t.ex. vid infektion eller graviditetsförgiftning).

HUR FÖDS MITT BARN?

Vaginal förlossning rekommenderas. Även om tanken kan kännas ångestframkallande är det bra att du känner till följande faktorer om vaginal förlossning:

- vaginal förlossning är mindre riskfyllt för dig
- du kan åka hem snabbare
- du återhämtar dig snabbare fysiskt
- eventuella kommande graviditeter och förlossningar är förknippade med mindre komplikationer.

Du får sådan smärtlindring som du önskar.

VAD HÄNDER OM JAG TIDIGARE HAR FÖTT BARN GENOM KEJSARSNITT?

I allmänhet rekommenderas vaginal förlossning också i det fallet. Se ovan.

VAD HÄNDER EFTER ATT BARNET FÖTTS?

Du och dina närstående kan efter eget önskemål vara med barnet, hålla barnet i famnen och ta bilder eller skapa andra minnen, till exempel ta ett fot- eller handspår eller en hårtofs. Konkreta minnen av barnet kan vara till hjälp i sorgearbetet. Allt sker på det sätt som du vill och i lugn och ro. Ibland kan det kännas bättre att titta på barnet först senare. Dina önskemål beaktas i alla frågor.

På avdelningen får du gå igenom din förlossningsupplevelse. Personalen samtalar med dig också om frågor som gäller barnets begravning med beaktande av din kultur och din övertygelse.

Du och dina närstående får stöd i sorgen av yrkespersonal och grupper av personer i samma situation (t.ex. Käpy – Barndödsfamiljerna rf). I ditt sorgearbete beaktas också dina närstående (din partner, dina barn). Du får vid behov också handledning för hur du kan stödja familjens övriga barn i sorgearbetet.

Utskrivningen från sjukhuset sker beroende på dina egna krafter; vissa känner att det är bäst att åka hem snabbt, medan andra upplever att de får det bästa stödet på sjukhuset. Det är därför möjligt att stanna lite längre på sjukhuset.

Fysiska symtom, såsom bröstmjölk, kan förhindras med läkemedel. Smärtan av en "tom famn" kan också kännas som konkret smärta i ryggen och skuldrorna, men den bästa vården är att dina närstående och yrkespersonalen är närvarande och ger dig stöd. Efter förlossningen förekommer blodig flytning i några veckor. Kontakta förlossningssjukhuset, om följande symtom uppkommer efter utskrivningen:

- den blodiga flytningen blir kraftigare eller börjar lukta
- du har smärtor i nedre delen av magen
- du mår dåligt eller har feber.

VILKA UNDERSÖKNINGAR GÖRS EFTER ATT BARNET FÖTTS?

Förlossningssjukhusets personal berättar vilka test och undersökningar som behövs för att utreda barnets dödsorsak. I största delen av dödsfallen hittas orsaken, vilket också är till hjälp vid planeringen av eventuella nya graviditeter. Vid behov styrs ni till genetisk rådgivning.

Efter att undersökningsresultaten blivit klara görs en efterundersökning inom den specialiserade sjukvården och i samband med den har du möjlighet att få information om undersökningsresultaten. Det är bra att på förhand fundera vilka frågor du har i tankarna och till exempel skriva ner det som du vill diskutera.

HUR PÅVERKAR DETTA SENARE GRAVIDITETER OCH UPPFÖLJNINGEN AV DEM?

Läkaren bedömer om ytterligare undersökningar eller extra besök behövs i samband med senare graviditeter. Extra besök ordnas, om du under en ny graviditet känner ångest eller rädsla för att barnet ska dö.

MER INFORMATION OCH LÄNKAR

Käpy – Barndödsfamiljerna rf, Servicenummer: 045 325 95 95, <http://kapy.fi/>

BILAGA 9 HÄLSOVÅRDARENS ARBETSTID OCH ANTALET GRAVIDA KVINNOR SOM HÄLSOVÅRDAREN ANSVARAR FÖR, DÅ EN VIKARIE ANSTÄLLS UNDER SEMESTERN

Tid som går till annat än det egentliga klientarbetet					
Ordinarie arbetstid					
Söckenhelger	9 dagar				
Sjukdagar (utan vikarie)	7,2 dagar				
Utbildning	8 dagar				
Totalt	24,2 dagar	=	4,8 veckor		
Ordinarie arbetsveckor	52,18	–	4,8	=	47,3 v
Ordinarie arbetstimmar per år	38,25	x	47,3	=	1810,7 tim.
Mat- och kaffepauser	2,3 tim./v	x	46,0 v		
Ordinarie arbetstimmar per år				105,5 tim.	1705,2 tim.
Regelbundna arbetsuppgifter utöver klientarbetet					
Möten och tjänsteresor	3 tim./v	x	47,3 v	=	142,0 tim.
Dokumentation, elektroniska tjänster, telefontider	9 tim./v	x	47,3 v	=	426,0 tim.
Arbetshandledning	0,5 tim./v	x	47,3 v	=	23,7 tim.
Multiprofessionellt samarbete	3 tim./v	x	47,3 v	=	142,0 tim.
Handledning av studerande	0,5 tim./v	x	47,3 v	=	23,7 tim.
Spårning av personer som uteblir	0,125 tim./v	x	47,3 v	=	5,9 tim.
Arbetstimmar per år totalt					763,3 tim.
Tillgängliga arbetstimmar för klientarbete		1705,2	–	763,3	941,9 tim.

Familjeträning och föräldragrupper				
	6 grupper x	5 à/grupp	2 tim./à	60 tim.
Tillgängliga arbetstimmar för mottagning	941,9 tim.	–	60 tim.	= 881,9 tim.
Reserveras för extra besök	20 procent av mottagningstiden			= 176,4 tim.
Extra besök högst	176,4	/	0,5	= 352 st.
Antalet tillgängliga timmar per år för återkommande hälsoundersökningar				705,5 tim.
Tid som går till undersökningar				
Förstföderskor				
Den första kontakten, telefon	1	x	0,25 tim.	= 0,25 tim.
Första besök och omfattande hälsoundersökning	2	x	1,5 tim.	= 3 tim.
Kontrollbesök inkl. 2 besök på läkarmottagning	6	x	0,5 tim.	= 3 tim.
Hembesök	2	x	2,5 tim.	= 5 tim.
Totalt per år				11,25 tim.
Omföderskor				
Ensikontakt, puhelin	1	x	0,25 tim.	= 0,25 tim.
Den första kontakten, telefon	2	x	1,5 tim.	= 3 tim.
Kontrollbesök inkl. 2 besök på läkarmottagning	5	x	0,5 tim.	= 2,5 tim.
Hembesök	1	x	2,5 tim.	= 2,5 tim.
Totalt per år				8,25 tim.
Andelen förstföderskor av alla föderskor	40 procent			
Arbetstid som används för förstföderskor	282,2 tim.			
Arbetstid som används för omföderskor	423,3 tim.			
Maximalt antal förstföderskor	282,2	/	11,25	= 25
Maximalt antal omföderskor	423,3	/	8,25	= 51
Maximalt antal föderskor per år				76 st.

BILAGA 10 RÅDGIVNINGSLÄKARENS ARBETSTID OCH ANTALET GRAVIDA KVINNOR SOM LÄKAREN ANSVARAR FÖR, DÅ EN VIKARIE ANSTÄLLS UNDER SEMESTERN

Ordinarie arbetstid				
Söckenhelger	9 dagar			
Sjukdagar (utan vikarie)	7,1 dagar			
Utbildning	10 dagar			
Totalt	26,1 dagar	=	5,2 veckor	
Ordinarie arbetsveckor	52,14	-	5,2	= 46,9 v
Ordinarie arbetstimmar per år	37	x	46,9	= 1736,1 tim.
Mat- och kaffepauser	2,5 h/vk	x	46,9 vk	= 117,3 tim.
Ordinarie arbetstimmar per år	1736,10		117,30	1618,0
Regelbundna arbetsuppgifter utöver mottagningsarbetet				
Möten och tjänsteresor	2 tim./v	x	46,9 v	= 93,8 tim.
Dokumentation, kontorsarbete, telefontider	6 tim./v	x	46,9 v	= 281,5 tim.
Arbetshandledning	0.5 tim./v	x	46,9 v	= 23,5 tim.
Multiprofessionellt samarbete	2 tim./v	x	46,9 v	= 93,8 tim.
Handledning av studerande	0 tim./v	x	46,9 v	= 0,0 tim.
Arbetstimmar per år totalt				492,7 tim.
Tillgängliga arbetstimmar för mottagning	1618,0	-	492,7	1125,3 tim.
Reserveras för extra besök	20 % av mottagningstiden			= 225,1 tim.
Extra besök högst	225,1	/	0,5	= 450 st.
Tillgänglig arbetstid per år för återkommande hälsundersökningar är				900,2 tim.
Tid som går åt till hälsundersökningar	3	x	0,5 tim.	= 1,5 tim.
Maximalt antal föderskor	900,2	/	1,5	= 600 st.