



Hållbar livsstil

Barnmorskans samtal om levnadsvanor
– en handledning

En röd tråd genom livet

Innehåll

Bläddra manuellt eller klicka på önskat kapitel.

Introduktion	3
Motiverande samtal – rekommendationer och modeller	4
Tobak	9
Alkohol	18
Fysisk aktivitet	44
Kost	56
Amning	73
Psykisk ohälsa	85
Motiverande samtal – samtal i fyra faser	94



Klicka på symbolen längst ner till vänster på sidan för att komma tillbaka till innehållet.

Hållbar livsstil. Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning.
Version 1.0 publicerad mars 2018. Kunskapsunderlag om levnadsvanor för
barnmorskan ägs av Svenska Barnmorskeförbundet. Ansvarig utgivare:
Susanne Åhlund, vice ordförande Svenska Barnmorskeförbundet.



HÅLLBAR LIVSSTIL

Kunskapsunderlag om levnadsvanor för barnmorskan

Mödrahälsovården i Sverige utgör en viktig del i landets folkhälsoarbete, når ut till alla gravida och har ett gott anseende hos befolkningen. Det ger möjlighet att stärka en positiv utveckling genom att verka för att minska ohälsa i befolkningen och främja jämlik och personcentrerad vård. Hälften av alla kvinnor har en eller flera ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2017). Kroniska sjukdomar och fetma kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, WHO 2017).

Genom medel från Socialstyrelsen, som fått regeringens uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, har Svenska Barnmorskeförbundet hösten 2017 tagit fram ett kunskapsunderlag om levnadsvanor.

Syftet med kunskapsunderlagen är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva metoder inom området. Kunskapsunderlagen riktar sig till barnmorskor inom mödrahälsovården, samt till barnmorskor inom andra verksamheter såsom ART och BB-vård.

Kunskapsunderlagen ger rekommendationer om prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor om tobak-, och alkoholbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, samt vid amning och psykisk ohälsa. Underlaget innehåller även kunskapsunderlag om metoden motiverande samtal, MI.

Riskbruksprojektet vid Statens folkhälsoinstitut har tidigare tillsammans med barnmorskor arbetat fram guiden Barnmorskans samtal om alkohol i det alkoholpreventiva arbetet i mödrahälsovården. Folkhälsomyndigheten som övertog arbetet 1 januari 2014, avslutade sitt arbete 2017. Förbundet övertog då utgivningen av guiden. Vi har valt att behålla dokumentets text och form, vilket innebär att kapitlet om alkohol skiljer sig ifrån övriga kapitel.

Vi hoppas att kunskapsunderlaget kommer att fungera som stöd i det dagliga arbetet och bidra till kunskapsutveckling inom professionen.

Susanne Åhlund och Kajsa Westlund



Samtal för hållbar livsstil

Rekommendationer i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention* och behandling som kom i november 2017 är en revidering av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* 2011. Riktlinjerna lyfter fram åtgärder som har vetenskapligt stöd för att påverka de ohälsosamma levnadsvanor som bidrar mest till sjukdomsburden: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Åtgärderna har i första hand bedömts efter effektivitet – det vill säga hur många som ändrar sina levnadsvanor efter rådgivningen. De har också bedömts utifrån kostnadseffektivitet.

Varannan kvinna och två av tre män har minst en ohälsosam levnadsvana. Sådana levnadsvanor är också vanligare bland personer med lägre socioekonomisk status. Därför behöver hela hälso- och sjukvården arbeta mera förbyggande. Riktlinjerna är riktade till beslutsfattare och ska vara ett stöd för styrning och ledning av vården. Landsting och regioner omsätter rekommendationerna i praktiska vårdprogram.

Två rådgivningsnivåer

Riktlinjerna slår fast att *enkla råd* – information och korta standardiserade råd om levnadsvanor på mindre än fem minuter – bör vara en självklar del av hälso- och sjukvårdens bedömningsamtal med patienter i syfte att kartlägga och identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Enkla råd kan ses som en grund för fortsatt behandling med mer omfattande åtgärder och bör kunna ges på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Därutöver lyfts åtgärderna *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*, vilka även lyftes fram i de tidigare riktlinjerna. Båda utgår från en individanpassad dialog där motiverande samtal (MI) samt KBT-inriktad behandling är de som används mest i vården.

Personal som arbetar inom ramen för hälso- och sjukvården och identifierar en patient med ohälsosamma levnadsvanor ska kunna erbjuda någon form av rådgivning. Nivån på rådgivningen styrs av rådgivarens kompetens, patientens behov och regionala vårdprogram och riktlinjer. Varje rådgivare måste själv bedöma när det är lämpligt att hänvisa patienten vidare till personal med specialistkompetens.



TABELL 1
Rådgivningsmetoder och -nivåer

Rådgivningsnivå	Metod	Omfattning
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> – Patientcentrerad dialog. – Kan inkludera motiverande strategier. – Kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel som skriftlig information, en förteckning över träningsmöjligheter i kommunen, fysisk aktivitet på recept, stegmätare eller nikotinersättningsmedel. – Kan kompletteras med uppföljning. 	Vanligtvis 5–15 minuter, ibland upp till 30 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> – Patientcentrerad dialog. – Åtgärderna är vanligen teoribaserade och strukturerade. – Kan inkludera motiverande strategier. – Kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. – Kan ges individuellt eller i grupp. – Kompletteras vanligen med uppföljning. – Förutsätter ämneskunskap om levnadsvanan. – Personalen är utbildad i den behandlingsmetod som används. 	Offta tidsmässigt mer omfattande än vid rådgivande samtal med upprepade sessioner.

Centrala rekommendationer

I riktlinjerna finns *centrala rekommendationer*. Socialstyrelsen rangordnar så kallade tillstånd-åtgärdspar genom att prioritera dem från 1 till 10, där 1 är högst prioritet. Rökning är exempel på ett tillstånd. Åtgärder med rangordning 1–3, *bör* erbjudas, de med rangordning 4–7 *kan* erbjudas och de med 8–10 *kan i undantagsfall* erbjudas. I tabell 2–5 listas de centrala rekommendationerna och den högsta prioriteringen för varje tillstånd-åtgärdspar. *Gravida klassas som en grupp med särskild risk på grund av att ohälsosamma levnadsvanor även riskerar att drabba barnet.*



TABELL 2

Rekommendationer för grupper med särskild risk, inklusive gravida

Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor.	Kvalificerat rådgivande samtal.	1
Vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva.	Rådgivande samtal, eventuellt med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare.	2

Vid rökning, snusning och bruk av alkohol avviker rekommendationerna från dem som gäller för andra grupper med särskild risk.



TABELL 3

Rekommendationer för gravida som avviker från övriga grupper med särskild risk

Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Gravida som röker, dagligen eller sporadiskt.	Rådgivande samtal.	1
Gravida som har ett bruk av alkohol.	Rådgivande samtal.	2
Gravida som snusar, dagligen eller sporadiskt.	Rådgivande samtal.	2

För ammande kvinnor och småbarnsföräldrar gäller samma rekommendationer som för vuxna i allmänhet. De särskilda rekommendationer som tidigare fanns för dess grupper har utgått.



TABELL 4

Rekommendationer för vuxna, inklusive ammande och småbarnsföräldrar

Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Vuxna som röker dagligen.	Kvalificerat rådgivande samtal.	2
Vuxna som har ohälsosamma matvanor.	Kvalificerat rådgivande samtal.	2
Vuxna som är otillräckligt fysiskt aktiva.	Rådgivande samtal, eventuellt med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare.	3
Vuxna som har ett riskbruk av alkohol.	Rådgivande samtal.	4
Vuxna som snusar dagligen.	Rådgivande samtal.	6

För barn, ungdomar och unga vuxna innehåller de nya riktlinjerna fler rekommendationer än tidigare.



TABELL 5

Rekommendationer för barn, ungdomar och unga vuxna

Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Barn 0–12 år som har ohälsosamma matvanor eller är otillräckligt fysiskt aktiva.	Familjestödsprogram.	5
Ungdomar under 18 år som använder tobak, dagligen eller sporadiskt.	Kvalificerat rådgivande samtal eller Webbaserad intervention.	3
Ungdomar under 18 år som är otillräckligt fysiskt aktiva.	Rådgivande samtal.	3
Ungdomar under 18 år som har ett bruk av alkohol	Rådgivande samtal.	5
Ungdomar under 18 år som har ohälsosamma matvanor eller är otillräckligt fysiskt aktiva.	Familjestödsprogram.	7
Unga vuxna som har ett riskbruk av alkohol.	Kvalificerat rådgivande samtal.	4

Författare

Barbro Holm Ivarsson.
Leg psykolog, konsult.

Tobak

Tobaksbruk innebär risker för fostret. Det vet de flesta. Många gravida kvinnor försöker därför sluta eller minska sin rökning eller snusande på egen hand. Att sluta helt kräver både vilja och tro på att det går; faktorer som går att påverka genom professionell rådgivning. Inom mödrahälsovården kan barnmorskan göra stor skillnad genom att stötta gravida att sluta röka. Barnmorskan behöver även kunna ge råd om e-cigarett, vattenpipa och avvänjningsläkemedel.

Rökning påverkar de flesta organen i kroppen negativt. Jämfört med icke-rökare har rökare en förhöjd risk att drabbas av sjukdomar i andningsorganen och i hjärt-kärlsystemet, få cancer, tandlossning, grå starr, nedsatt fertilitet, tidigare menopaus och hormonstörningar.¹ En kvinna som är gravid och röker utsätter sig dessutom för ökad risk för utomkvedshavandeskap och andra hälsoeffekter som är specifika för graviditeten.¹ Däremot minskar rökning av okänd anledning risken för havandeskapsförgiftning.²

Ämnen från tobaksröken förs via navelsträngen över till fostret, framför allt nikotin som har en kärlsammandragande effekt och kolmonoxid som binds till hemoglobinet och gör blodet syrefattigt. Den försämrade tillförseln av syre och näringsämnen kan hämma fostrets tillväxt. Rökning i tidig graviditet kan leda till missbildningar av gom-, käk-, läppspalt.³ Även missbildningar som klumpfot³, gastroschisis (buken sluts ej)³ och hjärtfel³ finns rapporterade.

Hos kvinnor som rökt under graviditeten är det vanligare än hos icke rökare med missfall^{4,5}, dysfunktionell moderkaka (placenta previa, placental abruption eller placentaavlossning)^{6,7}, tidig födsel (före vecka 37)⁸, intrauterin fosterdöd⁹ och barn med låg födelsevikt (< 2500 g).¹⁰

Nikotin passerar över till modersmjölken och vidare till barnet. Nikotinhalten är högst då mamman just rökt och minskar allt eftersom. Trots riskerna med nikotin rekommenderas kvinnor att fortsätta amma, då fördelarna med modersmjölk anses överväga riskerna. Kvinnor som röker ammar i mindre utsträckning eller under en kortare period än icke rökande kvinnor.¹¹

Även under spädbarnstiden är barn till kvinnor som rökt under graviditeten mera sårbara och har en högre sjuklighet jämfört med barn till icke-rökare.¹² Risken för plötslig spädbarnsdöd är tredubblad.^{13,14} Det är också vanligare med beteendestörning, ADHD¹⁵, diabetes¹⁶ och obesitas¹⁷ hos dessa barn.

Barn till mammor som fortsatt röka löper en dubbelt så stor risk att få astma¹⁸ och har en 25-procentig ökning av att drabbas av infektioner i luftvägarna eller öronen¹⁹ jämfört med barn till icke-rökande mammor.

Snus

Snus är inte ofarligt. Personer som använder minst fem dosor per vecka har en ökad risk att drabbas av typ-2 diabetes jämfört med icke tobaksanvändare.²⁰ Gravida kvinnor som snusar har en ökad risk att drabbas av havandeskapsförgiftning² tidigt i graviditeten. De har också en förhöjd risk för intrauterin fosterdöd²¹, extrem prematur förlossning (< 28 veckor)^{8,22} eller att få barn som är underviktiga (small for gestational age)²³ eller få barn med gom-, käk-, läppspalt²⁴.



Hos ammande kvinnor som snusar går nikotin över i modersmjölken och vidare till barnet (se rökning ovan). Snusning kan därför inte anses säkert vid amning.

Barn till kvinnor som snusat under graviditeten har under det första levnadsåret dubblerad risk för andningsuppehåll och sömnapné jämfört med barn till icke tobaksbrukare.²⁵

Nikotinläkemedel och e-cigarett

De negativa effekterna av snus antas främst bero på nikotin, ett ämne som finns i både nikotinläkemedel och e-cigarett med nikotin. Det finns endast ett fåtal studier av risker med att använda nikotinläkemedel under graviditet²⁶ – och inga av e-cigarett med nikotin. Även om vi saknar underlag att bedöma riskerna med dessa preparat, kan de inte betraktas som ofarliga då de innehåller nikotin.

Det finns även nikotinfria e-cigarettor och om dessa utgör en risk för fostret är inte känt. E-cigarettorna kan emellertid innehålla flera kemikalier samt smakämnen, och upphettningprocessen tros skapa ytterligare ohälsosamma ämnen.

Barnmorskan bör i första hand rekommendera gravida kvinnor att sluta med tobak utan att använda avvänjningsläkemedel. De receptbelagda medlen med bupropion och vareniklin är kontraindicerade vid graviditet. Kvinnor som inte lyckas sluta röka kan i samband med avvänjningsstöd använda intermittenta nikotinläkemedel i form av tuggummi, tablett, inhalator, munsprej, då dessa kan antas utgöra en mindre fara för fostret än exempelvis fortsatt rökning. Detsamma gäller ammande kvinnor som röker. Om en ammande kvinna försöker sluta röka med hjälp av nikotintuggummi (sugtablett, inhalator, munsprej), ska hon använda detta direkt efter att hon ammat, för att minska mängden nikotin i bröstmjölken. Plåster bör undvikas helt, då de ger en kontinuerlig tillförsel av nikotin. För snusavvänjning saknas vetenskaplig evidens för nikotinläkemedel.

Vattenpipa

Att röka vattenpipa med tobak tros ge samma typ av skador som cigarettrökning. Risken för att föda ett underviktigt barn ökar exempelvis om kvinnan röker vattenpipa mer än en gång per dag²⁷ eller röker vattenpipa under den första trimestern.²⁸

Partners rökning

Passiv rökning har betydelse för utgången av en graviditet. Gravida kvinnor vars partner röker får oftare missfall än kvinnor vars partner inte röker.²⁹

Prevalens

År 2015 uppgav 5,1 procent av de gravida kvinnorna som skrev in sig vid mödrhälsovården att de var rökare.³⁰ Före graviditeten hade 13,1 procent varit rökare. Över hälften hade alltså slutat röka före det första besöket hos barnmorskan, de flesta utan professionell hjälp. Samma höga slutarfrekvens gäller snus, där drygt 4,6 procent använde snus före graviditeten och ”bara” 1,3 procent i tidig graviditet.

De flesta som använde tobak vid den första kontakten med barnmorskan fortsatte använda tobak under återstoden av graviditeten. I sen graviditet rökte 3,7 procent och 0,8 procent snusade. Ett år efter förlossningen brukar de flesta som hållit upp i samband med graviditeten ha fallit tillbaka och börjat röka igen.



Rådgivning och stöd hjälper kvinnan att sluta

Många vill inte ta emot erbjudande om avvänjningshjälp, utan försöker sluta på egen hand. Dessa försök lyckas sällan. Barnmorskan kan göra stor skillnad genom att stötta den gravida kvinnan att sluta röka och försöka förmå gravida som har svårt för att sluta att ta emot hjälp av utbildad tobaksavvänjare, eftersom rådgivning och stöd under graviditeten signifikant höjer andelen som slutar röka jämfört med sedvanlig behandling. Faktorer som kan påverka avvänjningen och som gör att den gravida kvinnan kan behöva extra avvänjningsstöd är en hög tobakskonsumtion, att hon aldrig försökt sluta röka och/eller att hon mår psykiskt dåligt. Många av de som inte slutar innan inskrivningssamtalet kommer från socioekonomiskt svaga grupper. En viktig faktor är omgivningens inställning till att använda tobak under graviditeten. En negativ inställning kan verka stöttande, medan en rökande partner kan ha motsatt effekt. Försök att hjälpa partnern att sluta röka samtidigt med kvinnan har emellertid gett blandade resultat.

Information till gravida kvinnor och nyblivna mammor

Att försöka sluta röka kräver både vilja att sluta och tro på att det går. Båda dessa faktorer går att påverka i gynnsam riktning. I ett rådgivande samtal bör barnmorskan ta upp:

- Risker som är förknippade med rökning, snusning, vattenpipa och e-cigarett för såväl den gravida kvinnan, som fostret och det nyfödda barnet.
- Effekterna av nikotin, kolmonoxid och andra giftiga ämnen i tobak.
- Risker vid amning.
- Risker med passiv rökning.
- Enkla råd om hur man slutar.
- Läkemedel vid rökavvänjning och när de kan vara aktuella.

Eftersom all tobaksanvändning innebär risker bör barnmorskan endast rekommendera totalstopp. Motivera kvinnan som inte lyckas sluta att acceptera en remiss till utbildad tobaksavvänjare eftersom professionell rådgivning ökar möjligheten att lyckas.

Ställ känsliga frågor sist i samtalet

Många är medvetna om att tobak innebär risker för fostret och skam- och skuld-känslor kan göra att den gravida kvinnan försöker minska ned eller förneka sitt tobaksbruk.

Känsliga frågor om antal cigaretter per dag, dosor snus per vecka, antal e-cigarett per dag och om de använder vattenpipa – och i så fall hur ofta – kan därför vara lämpliga att ställa i slutet av ett samtal, då en kontakt har etablerats.

Insatser som har effekt

Personer som röker dagligen ska i första hand erbjudas kvalificerat rådgivande samtal enligt Socialstyrelsens riktlinjer.³¹ Detta gäller också för ammande som röker. En gravid kvinna som röker eller snusar ska i första hand erbjudas rådgivande samtal, liksom en ammande kvinna som snusar. Råden bygger på metaanalyser av studier och där har man i senare fall inte kunnat se en skillnad i resultat mellan mera utvidgad rådgivning och mera begränsad rådgivning. Mätning av kolmonoxid och ultraljud har, liksom ekonomiska belöningar, förstärkt resultaten ytterligare.³²

Effekter av åtgärder och insatser

Det krävs ett totalt rökstopp för att eliminera tobakens skadliga påverkan på fostret. Det räcker inte med att minska konsumtionen. Hög konsumtion påverkar födelsevikten mer, men även kvinnor som röker 0–5 cigaretter per dag föder barn som har signifikant lägre födelsevikt än kvinnor som inte röker.³³ Dessa barn har också låg vikt i relation till havandeskapets längd. Barn till kvinnor som har slutat röka eller snusa före graviditet, löper ingen ökad risk att få gom-, käk-, läppspalt eller att födas förtidigt.^{24,8}

Följ upp behovet även efter förlossningen

Många börjar röka och snusa igen under det första året efter förlossningen. Det är ett välkänt faktum. En orsak kan vara att kvinnan hade bestämt sig för att hålla upp under graviditeten, ibland också under amningsperioden, och inte insett att det finns skäl att fortsätta hålla upp när dessa perioder är passerade. Andra kvinnor vill gå ned i vikt och tror att det går lättare om hon börjar röka eller snusa. Genom att fråga hur det går med tobaksuppehållet vid varje besök, visar barnmorskan vilken vikt vården fäster vid detta. Genom att ställa frågan kan barnmorskan också fånga upp kvinnor som inte lyckats sluta tidigare, men som vill ta nya tag och behöver avsnjningsstöd.

Samverkan ger bäst resultat

Att utbilda alla barnmorskor i rådgivande samtal för tobaksavvänjning skulle avsevärt förbättra gravida kvinnors möjlighet att sluta med tobak. Det är viktigt att i första hand kunna erbjuda hjälp inom den egna enheten eftersom patienter kan vara ovilliga att gå till specialisterheter. Gravida som inte kan sluta med tobak bör motiveras att ta emot hjälp av person med specialutbildning i tobaksavvänjning (kvalificerat rådgivande samtal). De flesta vårdcentraler har diplomerade tobaksavvänjare och det finns specialkliniker som enbart arbetar med tobaksavvänjning i vissa län. En idealisk modell är ett nära samarbete mellan mödrahälsovården och personer med specialutbildning som med kort varsel kan ta emot remitterade patienter.

Författare

Agneta Hjalmarson

Docent, leg. psykolog, Sahlgrenska Akademin, Psykologer mot Tobak

Faktagranskat av Ingela Rådestad professor, leg. sjuksköterska, leg. barnmorska

Länk om tobaksavvänjning:

www.psykologermottobak.org

Referenser

- 1 Surgeon General (2014). The health consequences of smoking: 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Washington: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- 2 Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Tobacco use during pregnancy and preeclampsia risk: effects of cigarette smoking and snuff. Hypertension. 2010;55(5):1254–9.

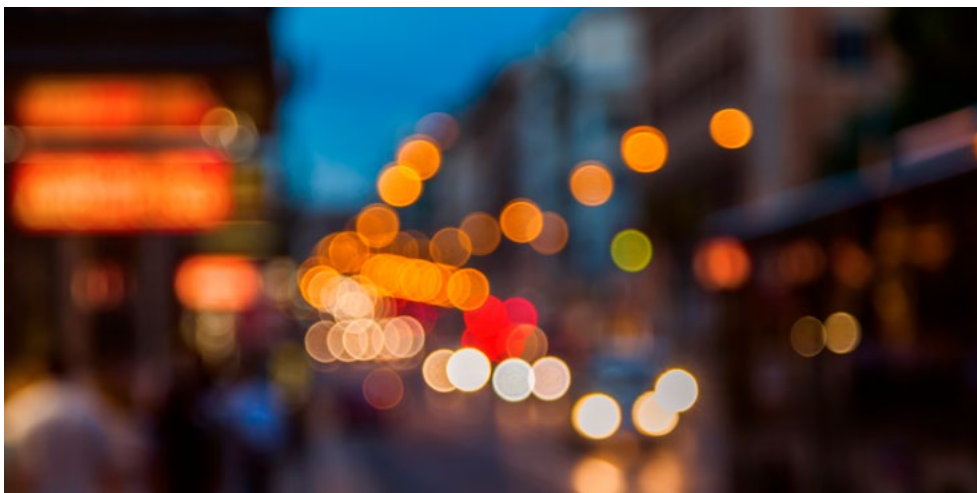
- 3 Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 controls. *Hum Reprod Update*. 2011;17(5):589–604.
- 4 George L, Granath F, Johansson AL, Olander B, Cnattingius S. Risks of repeated miscarriage. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2006;20(2):119–26.
- 5 George L, Granath F, Johansson AL, Annerén G, Cnattingius S. Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*. 2006;17(5):500–5.
- 6 Aliyu MH, Lynch O, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, Whiteman VE, Salihu HM. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(4):729–34.
- 7 Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: a population-based prospective cohort study in Sweden. *Am J Epidemiol*. 2007;166(3):289–95.
- 8 Dahlin S, Gunnerbeck A, Wikström AK, Cnattingius S, Edstedt Bonamy AK. Maternal tobacco use and extremely premature birth—a population based cohort study. *BJOG* 2016; 123(12):1938–46.
- 9 Marufu TC, Ahankari A, Coleman T, Lewis S. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:239.
- 10 Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Changes in snuff and smoking habits in Swedish pregnant women and risk for small for gestational age births. *BJOG*. 2013;120(4):456–62.
- 11 Weiser TM, Lin M, Garikapaty V, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics*. 2009;124(6):1603–10.
- 12 Wisborg K, Henriksen TB, Obel C, Skajaa E, Ostergaard JR. Smoking during pregnancy and hospitalization of the child. *Pediatrics*. 1999;104(4):e46.
- 13 Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med*. 2010;39(1):45–52.
- 14 Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(1):78–83.
- 15 Langley K, Heron J, Smith GD, Tharap A. Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *Am J Epidemiol* 2012;176(3):261–8.
- 16 Montgomery SM, Ekbom A. Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. *BMJ*. 2002;324(7328):26–7.
- 17 Timmermans SH, Mommers M, Gubbels JS, Kremers SP, Stafleu A, Stehouwer CD, Prins MH, Penders J, Thijs C. Maternal smoking during pregnancy and childhood overweight and fat distribution: the KOALA Birth Cohort Study. *Pediatr Obes*. 2014;9(1):e14–25
- 18 Gilliland FD, Li YF, Peters JM. Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(2):429–36.

- 19 Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res.* 2011;12:5.
- 20 Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, Nilsson P, Norberg M, Pedersen NL, Trolle-Lagerros Y, Magnusson C. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med.* 2017;281(4):398-406.
- 21 Wikström AK, Cnattingius S, Stephansson O. Maternal use of Swedish snuff (snus) and risk of stillbirth. *Epidemiology.* 2010;21(6):772-8.
- 22 Wikström AK, Cnattingius S, Galanti MR, Kieler H, Stephansson O. Effect of Swedish snuff (snus) on preterm birth. *BJOG.* 2010;117(8):1005-10.
- 23 Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Changes in snuff and smoking habits in Swedish pregnant women and risk for small for gestational age births. *BJOG.* 2013;120(4):456-62.
- 24 Gunnerbeck A, Edstedt Bonamy AK, Wikström AK, Granath F, Wickström R, Cnattingius S. Maternal snuff use and smoking and risk of oral cleft malformations - a population based cohort study. *PloS One.* 2014;9(1):e84715.
- 25 Gunnerbeck A, Wikström AK, Bonamy AK, Wickström R, Cnattingius S. Relationship of maternal snuff use and cigarette smoking with neonatal apnea. *Pediatrics.* 2011;128(3):503-9.
- 26 Myung SK, Ju W, Jung HS, Park CH, Oh SW, Seo H, Kim H; Korean Meta-Analysis (KORMA) Study Group. Efficacy and safety of pharmacotherapy for smoking cessation among pregnant smokers: a meta-analysis. *BJOG.* 2012;119(9):1029-39.
- 27 Tamim H, Yunis KA, Chemaitelly H, Alameh M, Nassar AH; National Collaborative Perinatal Neonatal Network Beirut, Lebanon. Effect of narghile and cigarette smoking on newborn birthweight. *BJOG.* 2008;115(1):91-7.
- 28 Mirahmadizadeh A, Nakhaee N. Prevalence of waterpipe smoking among rural pregnant women in Southern Iran. *Med Princ Pract.* 2008;17(6):435-9.
- 29 Venners SA, Wang X, Chen C, Wang L, Chen D, Guang W, Huang A, Ryan L, O'Connor J, Lasley B, Overstreet J, Wilcox A, Xu X. Paternal smoking and pregnancy loss: a prospective study using a biomarker of pregnancy. *Am J Epidemiol.* 2004;159(10):993-1001.
- 30 Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015. Socialstyrelsen 2017.
- 31 Nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen 2017.
- 32 Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055.
- 33 Kim HH, Monteiro K, Larson E, Derisier DM. Effects of Smoking and Smoking Cessation during Pregnancy on Adverse Birth Outcomes in Rhode Island, 2012-2014. *R I Med J* 2017;100(6):50-52.

Alkohol



Den blivande mammans alkoholvanor har avgörande betydelse för graviditeten och barnet. Därför är det viktigt att barnmorskan informerar henne om alkohol så tidigt som möjligt i graviditeten och även gör det regelbundet under kommande samtal. De flesta kvinnor slutar att dricka alkohol när graviditeten blir känd. Gravida avstår alkohol lättare om även omgivningen gör det. Medförälderns stöd för alkoholfri graviditet är därför viktig för de gravida. Inom mödrahälsovården kan barnmorskan göra stor skillnad genom att samtala med båda blivande föräldrarna gemensamt.



Bakgrund

I den nationella handlingsplanen för alkoholpolitiken 2006–2010 slår regeringen fast att det långsiktiga förebyggande arbetet måste fortsätta för att minska skador till följd av alkoholkonsumtion. Alkohol är en av de mest avgörande faktorerna för människors ohälsa. Den nationella handlingsplanen förordar nykterhet i trafiken, under graviditeten, under uppväxten och i arbetslivet.

Vi dricker mer än på hundra år

Vi har ändrat vårt konsumtionsmönster i Sverige. Ändrade attityder och ökad tillgänglighet gör att vi dricker mer till vardags än tidigare. Totalt dricker svenskar över 15 år cirka nio liter ren alkohol per år och invånare (2016). Hälften av alkoholen konsumeras av ungefär 10 procent av befolkningen. Kvinnor dricker oftare och mer jämfört med tidigare.

- Alkoholkonsumtionen ökade med 21 procent 1996–2007. Därefter har den minskat igen med 10 procent.
- Berusningsdrickandet är fortsatt vanligt.
- Storkonsumenterna är 20–30-åringar.
- Män dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor.
- 385 000 barn har föräldrar som har en hög alkoholkonsumtion.
- 80 procent av alla våldsbrott i Sverige hör samman med alkoholkonsumtion.
- 5 000 svenskar dör varje år på grund av sjukdomar och skador som har samband med alkohol.
- Ny forskning visar att alkohol även i mindre mängder kan påverka fostrets hälsa negativt, även om inte synliga skador kan påvisas efter födseln.

Kvinnor är känsligare

Kvinnor är känsligare för alkohol än män och utvecklar snabbare organskador. Det beror på att kvinnors kroppar:

- innehåller östrogen (ger ökad känslighet)
- innehåller mindre mängd vatten (ger högre blodalkoholnivå)
- saknar eller har mindre mängd av enzymet alkoholdehydrogenas i magsäcken (fördröjer nedbrytningsprocessen).

Vad är skadligt bruk?

Riskbruk innebär att man dricker alkohol på ett sätt som är eller kan bli skadligt även om man inte är beroende. Det finns ingen vetenskapligt fastlagd nivå för riskfylld alkoholkonsumtion. Följande gränser anges som riskbruk: KVINNOR som dricker mer än 4 enheter vid ett och samma tillfälle, MÄN mer än 5 enheter vid ett och samma tillfälle.

Ett standardglas motsvarar något av nedanstående:



Olika individer är olika känsliga för alkohol. Utgå från de angivna alkoholmängderna när du pratar med de blivande föräldrarna om vad som kan vara en ohälsosamt hög konsumtion för den enskilda kvinnan. Riskbruk av alkohol kan orsaka:

- högt blodtryck
- depression
- vissa cancersjukdomar
- hjärtsvikt
- sömnrubbningar
- bukspottkörtel- och leverskador

KVINNOR

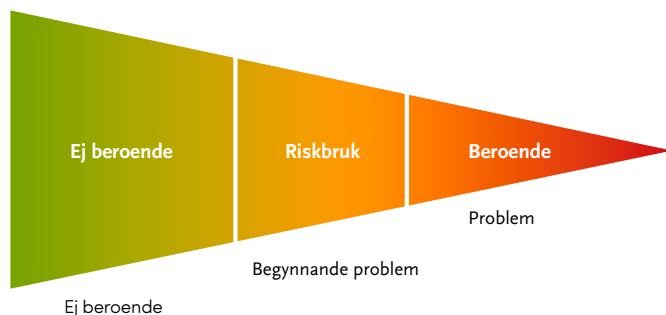
9 standardglas
eller mer per vecka

MÄN

14 standardglas
eller mer per vecka

Riskfylld alkoholkonsumtion enligt folkhälsomyndigheten.

Alkoholproblemet



Riskbruksprojektet vid Statens folkhälsoinstitut har tillsammans med barnmorskor tidigare arbetat fram en guide som hjälpmedel i det alkoholpreventiva arbetet i mödrahälsovården. Arbetet övertogs av Folkhälsomyndigheten när den bildades 1 januari 2014. Under 2017 avslutade myndigheten sitt arbete med guiden och Svenska Barnmorskeförbundet övertog utgivningen av dokumentet. Här får du som är barnmorska råd om hur du kan samtala om alkohol med blivande föräldrar. I samtalet är det viktigt att informera om alkohol och graviditet utan att lägga in egna värderingar och att ge föräldrarna stöd att fundera över vilka levnadsvanor som är bäst för barnet. Barnmorskans kompetens och erfarenhet är en trygghet för föräldrarna. De ska kunna lita på att du känner till både den senaste forskningen och vilka metoder som är effektiva. Själv behöver du stöd från arbetsgruppen och chefer. Samarbeta så nära du kan med primärvården, skolan, socialtjänsten och beroendevården. För att få ett bra samarbete gäller det att skapa nätverk och tillsammans arbeta fram lokala handlingsplaner. Du ska ha tydliga rutiner för hur samtal, dokumentation och remittering ska gå till samt hur du ska handlägga en gravid kvinna med riskfylld alkoholkonsumtion. Andra bra hjälpmedel är AUDIT- och Time Line Follow Back-formulären som du hittar längst bak i den här skriften (bilaga 2 och bilaga 3). Alla dina samtal med föräldrarna bör utgå från beprövade metoder. En väl etablerad metod är motiverande samtal, MI, som är en evidensbaserad samtalsmetod för beteendeförändring av levnadsvanor. Under senare år har många barnmorskor utbildats och lärt sig metoden.

Möjligheten att så ett frö till förändring kan finnas just hos dig.

Vad är berusningsdrickande?

I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Barn i familjer med alkohol och narkotikaproblem, 2008) finns uppgift om att ca 20 procent av alla barn lever i hushåll där någon vuxen konsumerar alkohol i en omfattning som utgör en risk för föräldrarnas hälsa, så kallat riskbruk. Rapporten visar också att föräldrars riskbruk av alkohol är en riskfaktor för negativa effekter på barnens hälsa.

Institutet för arbetsmarknad och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) presenterade 2016 utredningen; Nyktrare mammor, friskare barn? Utredningen visade att införandet av AUDIT- screening och motiverande samtal inom den svenska mödrahälsovården ger resultat och att minskade andelen barn som under sitt första levnadsår får läkemedel förskrivna eller läggs in på sjukhus under sitt första levnadsår minskas.

Första samtalet

Informera den blivande mamman om alkohol så snart som möjligt. Det första besöket ska ske inom en vecka efter att kvinnan kontaktat BMM, just för att kunna förebygga skadliga effekter på det blivande barnets hälsa, bland annat av alkohol. Vid senare tillfällen under mödrahälso-vårdtiden informerar du om alkohol igen, grundligare om det behövs.

Under det första samtalet gäller det att:

- identifiera alkoholbruket
- informera om hur alkohol skadar barnet (bilaga 3. Fosterbild)
- motivera till att förändra sin livsstil.

Återkoppling är viktigt

Om det visar sig att den blivande mamman har ett riskabelt alkoholbruk behöver hon återkoppling på sin alkoholkonsumtion. Det är viktigt för henne att veta vilka skadeverkningar alkohol kan ha på barnet. Tillsammans kan ni kartlägga högrisksituationer och utveckla strategier för att hantera dem. Hon behöver också få hjälp med att se fördelarna med att avstå från alkohol, till exempel genom motivationshöjande samtal.

Använd beprövade metoder

För att identifiera den blivande mammans alkoholbruk används metoderna AUDIT och om hon druckit alkohol under graviditet används Time Line Follow Back. Motiverande samtal är en beprövad samtalsmetod som du kan använda både under det första samtalet och i fortsatta samtal med kvinnan för att motivera henne att förändra sina levnadsvanor genom att avstå från alkohol under graviditeten

Korta återkommande samtal ger effekt

De flesta som har hög konsumtion av alkohol är inte beroende. Det gör att de har det relativt lätt att avstå alkohol helt under graviditeten.

Identifiera

Här presenterar vi två metoder som används för att identifiera ett eventuellt riskbruk av alkohol – AUDIT och Time Line Follow Back. Båda metoderna är väl beprövade. AUDIT används över hela världen och finns på flera språk. Längst bak i guiden hittar du formulären. Var särskilt uppmärksam på om kvinnan har ett riskbruk. Det är inte ovanligt att kvinnan själv blir överraskad av att hon har en riskfylld alkoholkonsumtion. Stötta henne om hon blir orolig för sitt barn, men släta inte över i syfte att lugna. Saklig information behövs, inklusive om ovisshet avseende fosterskada i det enskilda fallet.

➔ AUDIT – kvinnans alkoholvanor före graviditeten

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) är ett screeninginstrument som används för att identifiera personer med riskfylld konsumtion, beroende eller skador. AUDIT används dels som underlag för samtalet om alkohol under graviditet, dels för att identifiera gravida kvinnor med ett riskbruk eller missbruk före graviditet. Det är viktigt att markera att frågorna gäller senaste året innan graviditeten. Du kan också använda AUDIT för att identifiera partners konsumtion. Det finns ett värde i att båda de blivande föräldrarna reflekterar över sin alkoholkonsumtion inför sitt föräldraskap. AUDIT består av tio frågor. Fråga 1–3 handlar om vanor, fråga 4–6 om beroende och fråga 7–10 om alkoholskador.

Så räknar du poäng

I formuläret finns fem kolumner för svar på de tio frågorna. Svaren på frågorna 1–8 poängsätter du från vänster med 0, 1, 2, 3 och 4 poäng, och svaren på frågorna 9 och 10 med 0, 2 och 4 poäng. Räkna sedan ihop poängen. Oavsett hur många poäng kvinnan eller partnern får ska du informera om alkohol och graviditet.

- 0–5 poäng *Gå igenom varje fråga och analysera svaren. Även låga AUDIT-poäng kan ge anledning att noga diskutera alkoholvanor.*
- 6–9 poäng *Resultatet kan tyda på ett riskbruk av alkohol, men du måste analysera varje svar och diskutera med kvinnan. Följ upp samtalet med tätare besök. Kvinnan kan behöva ökat stöd av andra professioner enligt utvecklade lokala riktlinjer i varje landsting och region. Låt hennes behov avgöra.*
- 10 poäng eller mer: *Resultatet kan tyda på missbruksproblem eller svårighet att avstå alkohol under graviditet. Snabbt aggerande behövs, enligt lokala riktlinjer, till exempel konsultation med specialistenhet eller att bjuda in personel med särskild kompetens till ett återbesök hos dig inom några dagar.*

➔ **TLFB – kvinnans alkoholvanor under graviditeten (barnets exponering)**

Time Line Follow Back (TLFB) är en metod som gör det möjligt för dig att mer systematisk gå igenom kvinnans alkoholkonsumtion under de senaste veckorna. Med formuläret till hands går du dag för dag bakåt i tiden och noterar när och hur mycket kvinnan har druckit. Det är bra om kvinnan har sin almanacka till hands t ex i mobilen. Utgå från dagens datum och gå bakåt till befruktningen och sista menstruationens första dag. På så sätt får både du och den gravida kvinnan en uppfattning om hur mycket alkohol hon druckit under graviditeten. Om barnet har utsatts för höga halter alkohol tidigt i graviditeten och kvinnan känner stark oro ska kvinnan ges saklig och nyanserad information om eventuella skador på fostret som kan ha uppstått. Det är viktigt att dokumentera resultatet av TLFB i mödrahälsovårdsjournalen.

Så fyller du i formuläret

Längst bak i den här guiden hittar du TFLB-formuläret. Bilaga 3, Time Line Follow Back graviditetsvecka 1-20.

Namn *Emma Glad* Alder *28 år*

Veckodag	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön	Mån
Graviditetsvecka	Dag 0	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6
0	<i>Sm 15/3</i>	<i>Mens</i>					
1	-	-	-	<i>1 glas</i>	<i>2 glas Agglossning</i>	-	-
2	-	-	-	<i>2 glas</i>	<i>2 glas</i>	<i>1 glas</i>	-
3	-	-	-	<i>1 glas</i>	<i>2 glas</i>	<i>1 glas</i>	-
4	-	-	-	<i>2 glas</i>	<i>2 glas</i>	-	<i>2 glas</i>
5	-	<i>2 glas</i>	<i>1 glas</i>	<i>22/4 inskr</i>			
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

- Om kvinnan befinner sig i graviditetsvecka 5+3 skriver du dagens datum i kolumn 5 (vecka), ruta 3 (dag).
- Överst i kolumnen skriver du den aktuella veckodagen och resterande veckodagar i de efterföljande rutorna.
- Därefter noterar du kvinnans konsumtion bakåt i tiden dag för dag från besöksdagens datum

- Fråga kvinnan om hon drack alkohol dagen före besöket. Fyll i rutan om hon drack och hur mycket (ett glas, två glas osv.).
- Fortsätt bakåt i tiden och fyll i mängden i relevant ruta tillbaka till implantationen (ca vecka 2+4).

Därefter kan du samtala med kvinnan om mönstret och mängden. Stötta kvinnan om hon känner oro för sitt alkoholintag. Om det visar sig att kvinnan inte var gravid när hon drack, tycker de flesta att det är en lättnad att få veta det.

Här är ett exempel på hur ett TLFB-formulär kan fyllas i. Emma kommer till barnmorskan på sitt första besök. Hon är gravid i vecka 5+3 (sjätte graviditetsveckan) enligt sista mens. Samtalet äger rum en fredag och dagens datum skrivs i rutan som motsvarar vecka 5, dag 3. Därefter fylls tabellen i dag för dag med de dryckesmängder kvinnan anger. ”Drack du alkohol igår? Dagen före? Och så vidare. Dryckesmängderna räknas ihop och skrivs lämpligen i marginalen. Här kan du se när i graviditeten kvinnan druckit alkohol och hur mycket.

Namn: Emma Göst		Ålder: 33 år					
Veckodag	Fre	Öns	Tor	Fre	Lör	Sön	Allt
Graviditetsvecka	Day 0	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6
0	–	–	–	–	–	–	–
1	–	–	–	1 glas	2 glas	–	–
2	–	–	–	2 glas	2 glas	1 glas	–
3	–	–	–	1 glas	2 glas	1 glas	–
4	–	–	–	2 glas	2 glas	–	2 glas
5	–	2 glas	1 glas	2 glas	–	–	–
6	–	–	–	–	–	–	–
7	–	–	–	–	–	–	–
8	–	–	–	–	–	–	–
9	–	–	–	–	–	–	–
10	–	–	–	–	–	–	–
11	–	–	–	–	–	–	–
12	–	–	–	–	–	–	–
13	–	–	–	–	–	–	–

Dokumentera

Dokumentera i journalen att samtalet har ägt rum under inskrivningssamtalet. När du har gått igenom AUDIT skriver du in poängen. Om kvinnan har ett alkoholbruk som riskerar det blivande barnets hälsa ska du dokumentera det. Läs mer i 3 § patientjournalagen (1985:562).

Informera

Samtalet om alkohol är den viktigaste informationskällan för de blivande föräldrarna. Fråga dem vad de känner till om alkohol och graviditet och om de vill att du informerar dem. Du kan inleda med att fråga: Vad vet ni om alkoholens påverkan på det ofödda barnet? Vill ni att jag berättar mer om det?

Erbjud råd utifrån den senaste forskningen om alkohol och graviditet. På de kommande sidorna redogör vi för vad vi vet i dag. Du behöver inte berätta allt under det första samtalet men se till att de får veta det viktigaste:

- Forskning har inte kunnat påvisa lägsta gräns för intag av alkohol som är säker under graviditeten.
- Det finns ingen riskfri alkoholhaltig dryck – det finns bara olika mängder alkohol som kroppen måste omsätta efter att vi druckit.
- Om kvinnan druckit alkohol i större mängd, det vill säga mer än 3–5 drinkar per tillfälle, är både mängden och tiden fostret exponeras för alkohol betydligt större och medför ökad risk. Detta bör definitivt undvikas i fortsättningen för att inte öka riskerna för skada hos fostret

- Under graviditeten går det inte att undersöka om fostret har tagit skada av alkohol.
- Det säkraste skyddet för det växande fostret är att kvinnan avstår från alkohol helt och hållet under graviditeten.

En god idé

Passa på att informera om hur alkohol påverkar fertilitet och det ofödda barnet när du träffar kvinnor som vill diskutera preventivmedel, sluta med p-piller eller avlägsna en spiral.

Så påverkar alkoholen fostret, viktig kunskap för barnmorskan

Vid alkoholintag ökar risken för missfall, för tidig födsel och missbildningar av varierande svårighetsgrad. Att människofoster som exponeras för alkohol löper risk att skadas bekräftades av forskarna Smith och Jones redan under tidigt 70-tal. De specifika skadorna som identifierades benämndes fetalt alkoholsyndrom FAS, Fetal Alcohol Syndrome. Senare har omfattande forskning stärkt kunskapen om att foster som utsätts för alkohol kan skadas redan vid måttlig exponering. Om alla kriterier för att ställa diagnosen FAS inte uppfylls benämns det som FASD, Fetala Alkohol Spektrum Störningar. Alkoholen ger effekter på cellnivå. Nybildningen av celler avstannar. Redan från den tredje fosterveckan (femte graviditetsveckan) börjar barnets hjärna utvecklas. Utvecklingen (och känsligheten) fortgår under hela graviditeten.



När en gravid kvinna dricker alkohol passerar alkoholen placentabarriären och följande inträffar:

- Det blivande barnet får lika hög promillehalt som mamman.
- Nybildning av hjärnceller avstannar när kvinnan dricker alkohol under graviditeten
- Det kissar ut en del alkohol i fostervattnet vilket innebär att alkoholen cirkulerar.
- Det tar lång tid att bryta ned alkoholen eftersom fostrets lever är outvecklad. Barnet påverkas under längre tid än den gravida kvinnan av samma alkoholmängd.
- Olika foster har olika känslighet för alkohol beroende på dess genetiska förutsättningar, och kan påverkas olika av samma mängd alkohol.

Risken för fosterskador ökar om den gravida kvinnan dricker alkohol under graviditet. Berusningsdrickande innebär särskilda risker.

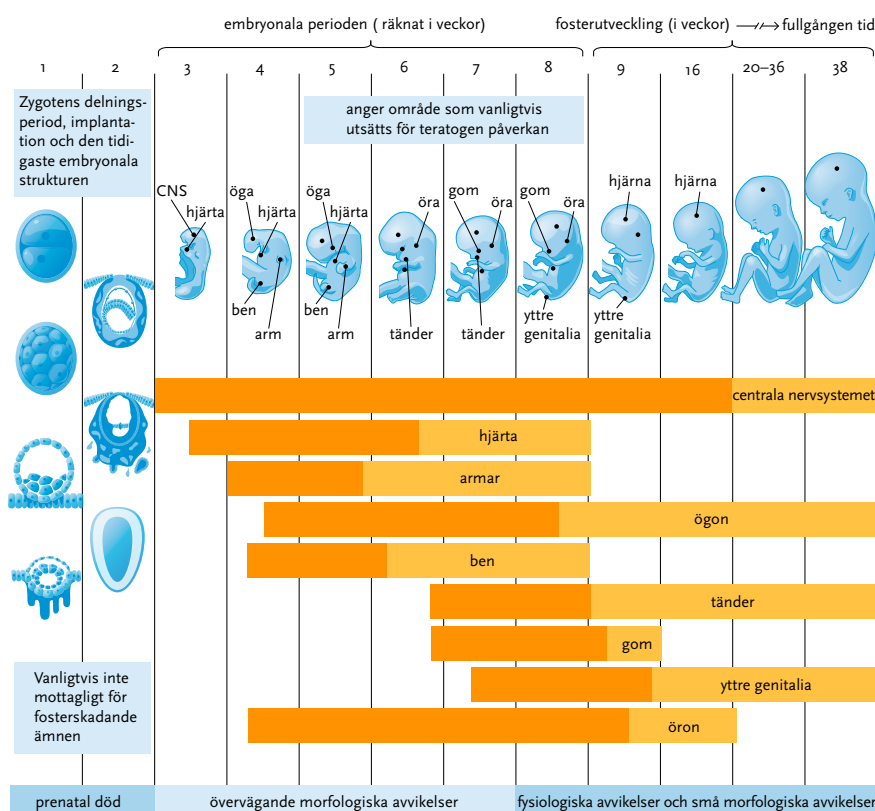
Långtidseffekter efter födelsen

Barn som exponeras för stora mängder alkohol i ett återkommande mönster riskerar att utveckla FAS som kännetecknas av tillväxthämning, karakteristisk utseende i ansiktet, och kognitiva defekter. Till det kan höra även olika typer av missbildningar i princip kroppens alla organ.

De som inte drabbas av fullt utvecklad FAS bild kan ha mindre igenkännbara yttre tecken men uppvisar olika grader av funktionsstörningar inom kognitiva utvecklingen och beteende svårigheter såsom impuls kontroll, uppmärksamhetsstörningar och överaktivitet. Tillståndet namnges FASD, Fetal Alcohol Spektrum Störningar.

Att alkoholexponering under graviditet även i mindre omfattning skulle påverka barnets beteende finns det klart stöd för.

Fosterutveckling



Schematisk illustration av känsliga och kritiska perioder i människofostrets utveckling. Orange stapel markerar särskilt känsliga perioder. Gul stapel indikerar stadier som är mindre känsliga för fosterskadande ämnen.

Källa: *Fetal Alcohol Syndrome Diagnosis, Epidemiology, Prevention and treatment, Institute of medicin.*

En gravid kvinna vill skydda sitt barn

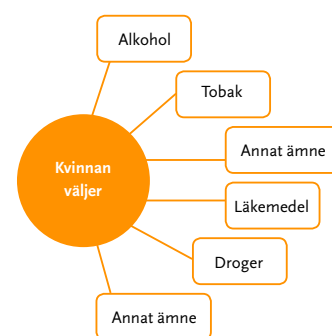
De flesta kvinnor med en hög alkoholkonsumtion vill få hjälp att förändra sitt beteende. Under graviditeten är kvinnan starkt motiverad att avstå från alkohol för att skydda barnet. Ju mer kvinnan dricker och ju längre tid hon har druckit, desto svårare är det för henne att avstå från alkohol. Följande faktorer kan göra det svårare för henne att förändra sina vanor:

- riskkonsumtion (höga AUDIT-poäng) före graviditeten
- ålder (har etablerat alkoholvanor)
- berusningsdrickande
- ärftlighet

Kan alkohol påverka barnet under amning?

För att kunna besvara denna fråga på ett evidensbaserat sätt och för att ge tydliga rekommendationer saknas det tillräckligt underlag. De få studier som är utförda är inte konklusiva. Under amning är barnet utsatt för en annan situation än under graviditet. Maximal alkoholkoncentration kan mätas i bröstmjölken 30-60 minuter efter intag och studier har visat att mellan 0.5% och 3% av moderns dos kan gå över till mjölken. Spädbarnets förmåga att bryta ner alkohol via levern är fortfarande inte utvecklad. Studier har också visat att mjölken strax efter intag luktar och smakar alkohol. Beräkningar visar att tiden för alkoholen att nå noll-koncentration i bröstmjölken är 3 timmar. I befintlig litteratur finns det enighet kring att hälsorisen hos barnet efter moderns intag av alkoholhaltig dryck är mycket låg. Det finns rekommendation enligt flera internationella expertråd, är att avvakta med amningen minst 2 timmar efter intag av en standard drink (Academy of Breastfeeding Medicine guidelines, WHO). Dessa råd är ännu inte praxis i Sverige. Vad som bör framhållas är vikten av att avstå all form av alkoholfpåverkan.

När du samtalar om amning och alkohol – berätta hur omsorgen om barnet påverkas om föräldrarna är alkoholfpåverkade. Ett spädbarn behöver alltid ha en nykter förälder eller annan vårdnadshavare. Ta upp ämnet alkohol och amning i graviditetsvecka 32. Föräldrarna behöver få möjlighet att fundera över frågan i god tid före förlossningen. Riskbruk hos föräldrar innebär, utöver samma risk som för andra vuxna, dessutom risk för försämrade omvårdnad och tillsyn av barnet. Förälder eller annan vårdnadshavare som druckit alkohol ska inte sova tillsammans med barnet.



Författare

Susanne Åhlund

Barnmorska och doktorand, Karolinska Institutet

Faktagranskat av barnmorska Elisabeth Danielsson, Närhälsan,
Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga, Västra Götalands Regionen, Göteborg

Joy Ellis, Mödrahälsovårdsöverläkare, Närhälsan, Västra Götalands Regionen

Hjälp och stöd

Hjälp och stöd erbjuds enligt lokala riktlinjer.

Alkohollinjen 020-84 44 48. Kostnadsfritt stöd per telefon för personer som vill förändra sina alkoholvanor och handledning för personal. www.alkohollinjen.se

Mer info

- www.alkoholhjalpen.se
- www.can.se
- www.fhi.se/riskbruksprojektet
- www.1177.se
- www.livsmedelsverket.se
- www.somra.se
- www.sorad.su.se
- www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2016/nyktrare-mam-mor-friskare-barn-effekter-av-audit-screening-och-motiverande-samtal-i-svensk-modravid/
- www.who.int/topics/breastfeeding/en/

Referenser

- ABM Clinical Protocol: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015
- Andréasson, S., Allebeck, P. (red). Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholenens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
- Berman A.H. & Brisendal C. (2017, 2 uppl). AUDIT & DUDIT. Identifiera problem med alkohol och droger. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Deandre, S., Talamini, R., Foschi, R., Mintella, M., Dal Maso, L., Falcini, F., La Vecchia, C., Frnaceschi, S., Negri, E. Alcohol and breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a case-control study. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention 2008 Aug; 17(8):2025-8.
- Göransson, M. Alcohol consumption during pregnancy. How do we separate myth from reality? Stockholm. Studentlitteratur; 2004.
- Health topics: Breastfeeding. WHO; 2015.
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
- Magnusson Å. & Göransson M. (2012). Kvinnor och alkohol: diagnos, riskbruk och beroende. Stockholm: Liber
- Ortiz L. & Wirbing P. (2017). Återfallsprevention utifrån KBT och MI: vid problem med alkohol och narkotika. Lund: Studentlitteratur.
- Sarman I. (2009). Alkohol, graviditet och barns utveckling. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- SBU-rapport 2001 Behandling av alkohol- och narkotikaproblem.
- Kostråd och matvanor: Amning. Livsmedelsverket; 2017.



Bilagor

1. Tidigt hälsosamtal
2. AUDIT-formulär
3. TLFB-formulär + lista med hur många gram alkohol olika alkoholdrycker innehåller.
4. Bild på foster i livmodern
5. Meny Agenda

1

BILAGA 1

Tidigt samtal



MOTIVERANDE SAMTAL / ALKOHOL

Ett hälsosamtal i tidig gravitet med hjälp av motiverande samtal, MI

Petra, 28 år, kommer ensam till barnmorskemottagningen. Petra ringde förra veckan efter att hon hade gjort ett positivt graviditetstest. Martin, hennes partner, har inte möjlighet att komma med. Petra har fått besked att det första besöket kommer att ta 45 minuter.

Petra arbetar som säljare och har på grund av sitt arbete ibland druckit alkohol mer än hon önskar, enligt egen uppgift. Petra har druckit alkohol fram till positivt graviditetstest, och har nu en viss oro för om detta kan ha skadat barnet. Petra har vid några tillfällen tagit kokain i samband med alkoholintag, dock inte senaste året. Petra lever tillsammans med Martin sedan två år. Martin är glad över att paret väntar barn. Petra har även rökt ganska mycket fram till hon gjorde grav.testet, men har dragit ner på antalet cigaretter och röker nu cirka fem cigaretter per dag. Petra har under perioder haft svårt att sova, och har fått sömnmedicin utskrivet för ett par år sedan, men slutade med medicinen då hon märkte att tablettorna inte hjälpte. Hon har sedan några år bekymmer med nedstämdhet och ångest och har fått tablett antidepressiv medicin utskrivet. Vid positivt graviditetstest slutade hon med medicinen på grund av oro för att den skulle kunna skada barnet. Petra väntar sitt första barn, en oplanerad graviditet. Petra ser fram emot att bli mor.

Bm: Hur känns det att vara gravid?

Petra svarar att hon är glad för graviditeten trots att den är oplanerad. I början var hon osäker på om hon skulle behålla barnet men är nu helt övertygad om att hon ska göra det. Petra berättar när hon hade sin sista mens och barnmorskan konstaterar att Petra är i graviditetsvecka 6+6.

Barnmorskan tar fram MI-verktyget meny-agenda. Det är ett A4-blad med sex ringar. I fyra av ringarna står det alkohol, rökning/snus, läkemedel och droger. Det finns också två tomma ringar.

Bm: Idag tänkte jag prata med dig om vad som kan skada barnet under graviditeten (visar meny-agenda-bladet). Det är alkohol, vissa läkemedel, cigaretter och snus, och droger. Är det okej att vi pratar om detta?

Petra: Det är okej.

Bm: Som du ser finns det två tomma ringar. Där kan jag fylla i det du vill ta upp. Jag kan göra fler ringar om du vill.

Petra säger att hon vill fråga om kost och KUB-undersökningen, och gärna prata lite om träning också. Barnmorskan fyller i de tomma ringarna och gör en ny ring där hon fyller i träning. Barnmorskan frågar vad Petra vill börja prata om. Petra frågar om hon kan fortsätta simma nu när hon är gravid.

Bm: Det är väldigt bra att röra på sig när man är gravid. Att simma är bra. Du ska få en bok som heter "Vänta barn" av mig idag. Där finns det information om allt från fosterutveckling till förlossningen, och ett kapitel om motion och träning under graviditet. Är det okej att du läser i boken så kan vi tala om träning när vi ses nästa gång?

Petra svarar att det går bra. Barnmorskan stryker över ringen med träning då den är färdigdiskuterad för tillfället. Petra väljer sedan att ta upp rökning/snus. Hon säger att hon tidigare har rökt ganska mycket, men har nu dragit ner till cirka fem cigaretter per dag. Hon har aldrig snusat, säger hon.

Bm: Så bra att du lyckats dra ner på antal cigaretter.

Bm: Barnmorskan frågar Petra om hon vill ha hjälp att sluta röka. Petra säger att hon önskar det. Hon erbjuds en tid veckan därpå för ett samtal om rökstopp, vilket hon tackar ja till. Barnmorskan stryker över ringen med tobak. Petra väljer sedan att berätta att hon inte tar några droger.

Bm: Så för dig är det så att du aldrig har tagit eller testat droger.

Petra svarar att hon tog kokain vid några enstaka tillfällen för flera år sedan, ofta tillsammans med alkohol. Barnmorskan frågar hur länge sedan det var Petra tog kokain. Petra svarar att det är tio år sedan och att hon bara tog det ett par gånger. Barnmorskan stryker över ringen med droger. Petra vill sedan tala om KUB-undersökningen. Barnmorskan ger Petra en broschyr om fosterdiagnostik och frågar Petra om hon kan läsa broschyren hemma, och gärna visa den för Martin. Barnmorskan förklarar att provtagning och beställning av tid för KUB inte behöver ske den här veckan, och frågar Petra om det går bra att hon får information om fosterdiagnostik och KUB-undersökningen vid återbesöket kommande vecka. Petra svarar att det går bra. Petra vill nu prata om



mediciner. Hon berättar att hon har slutat med antidepressiv medicin när hon gjorde graviditetstestet förra veckan, för att hon är rädd att medicinen kan skada barnet. På fråga hur det kom sig att hon började med antidepressiv medicin berättar Petra att hon har tagit antidepressiv medicin i några år eftersom hon har varit nedstämd sedan moderns död för fem år sedan.

Bm: Har du någon gång tagit lugnande mediciner, sömnmedicin eller värktabletter?

Petra: Ja, jag fick sömnmedicin för ett tag sedan som jag slutade med för att de inte hjälpte.

Bm: Om jag förstår dig rätt har du varit nedstämd sedan din mor dog och fått SSRI-läkemedel mot depression och sömnmedicin utskrivet av läkare.

Petra: Ja det stämmer. Jag har aldrig fått samtalsstöd. Jag hade nog behövt det.

Bm: Får jag berätta för dig vilka mediciner som går att ta under graviditet?

Petra: Ja.

Bm: Det läkemedel du tar mot depression, kan man ta under graviditet. Men jag vill att du tar kontakt med läkaren på din vårdcentral som har skrivit ut medicinen och berättar att du är gravid. Däremot är det bra att du inte tar den sömnmedicin som du fått utskrivet. Den medicinen rekommenderar man inte under graviditet. Hur ser du på den här informationen?

Petra: Jag ska ta kontakt med min läkare, jag tror inte jag behöver sömnmedicin längre. Jag sover ganska bra nu.

Bm: Fint. Vad vill du prata om nu?

Petra: Jag skulle vilja prata om vad man ska undvika att äta under graviditeten, har hört att det finns så mycket man som gravid ska undvika att äta.

Bm: Det finns ett kapital i boken "Vänta barn" som handlar om kost under graviditet. Längst bak i boken finns länktips, bland annat till livsmedelsverket. Är det okej för dig att titta på deras hemsida med information om vad man ska undvika att äta graviditeten?

Petra: Ja, det går väl bra.

Bm: Vi kan prata mer om kost när vi ses nästa gång, fungerar det för dig?

Petra: Ja.

Petra: Sedan säger Petra att hon inte dricker alkohol nu när hon är gravid. Barnmorskan berättar att alla gravida kvinnor i Sverige får fylla i ett så kallat AUDIT-formulär vid det första besöket hos barnmorskan. I formuläret ska Petra beskriva sin alkoholkonsumtion senaste året. Barnmorskan lämnar över AUDIT-formuläret och Petra får fylla i det i lugn och ro. Hon fyller i att hon innan graviditeten brukade dricka alkohol cirka 2–3 gånger/vecka, cirka 3–4 glas varje gång. Hon har 1) druckit sex standardglas någon gång i månaden, 2) varje månad låtit bli att göra något hon borde för att hon druckit alkohol, 3) någon gång varje månad dagen efter alkoholintag inte kommit ihåg vad hon har sagt eller gjort, 4) någon gång varje månad inte kunnat sluta dricka sedan hon börjat och 5) släkting, vän eller läkare har även oroat sig för Petras drickande, men inte det senaste året. AUDIT-screeningen visar 14 poäng. Barnmorskan frågar om hon får sammanfatta hur Petra har beskrivit sin alkoholkonsumtion.

Petra: Det går väl bra.

Bm: Du har fyllt i att du brukade dricka alkohol ungefär tre gånger i veckan.

Petra: Ja, jag brukade dricka fredag och lördag, ibland även i veckan på grund av mitt arbete.

Bm: Du har beskrivit att du drack 3–4 glas varje gång, stämmer det?

Petra: Ja ibland blev det förstås mer, ibland mindre.

Bm: Vad brukade du dricka; öl, vin eller drinkar?

Petra: Jag drack oftast vin, kunde ta en drink någon gång ibland.

Bm: Du har fyllt i att du någon gång ibland drack mer än sex glas vid ett tillfälle.

Petra: Ja, det hände att jag drack mig full, särskilt under sommaren när jag går på festival.

Bm: Aha, det är särskilt på festival som det blir mer alkohol än annars.

Petra: Ja det är det ju. Förresten har jag och Martin bott på ”All inclusive”-hotell nu i sommar, och då blev det alkohol varje dag, säkert ganska mycket.

Bm: Du har fyllt i att du någon gång har låtit bli att göra något som du borde för att du druckit alkohol, vad har det varit?

Petra: Jag har varit för trött för att träna.

Bm: Du har också fyllt i att du någon gång varje månad inte kunnat sluta dricka sedan du börjat.

Petra: Jooo.

Bm: Och någon oroat sig för ditt drickande, när var det och vem har oroat sig?

Petra: Det är min pappa som oroade sig för ett par år sedan, han tyckte att jag drack för mycket, vilket jag nog gjorde.

Bm: Får jag fråga dig om du ibland dricker alkohol för att du känner dig nedstämd och orolig?

Petra: Ja, det har ju hänt. Alkohol tar ju bort ångest, men det ger ju mer ångest dagen efter.

Bm: Efter att vi talat om dina alkoholvanor ser jag att du året innan graviditeten haft något som vi kallar riskbruk av alkohol. Hur ser du på det själv?

Petra: Jag har inte haft någon tanke på att jag skulle ha det ... Jag drack mycket mer när jag var yngre. Jag tycker att jag dricker som de flesta gör i min omgivning.

Bm: Nu skulle jag vilja fråga dig vad du vet om hur alkoholen påverkar barnet i magen under graviditeten?

Petra: Det kan ju inte vara bra att dricka, men å andra sidan har jag läst att ni i världen överdriver risken med att dricka alkohol under graviditeten.

Bm: Är det okej för dig att jag berättar vad som händer när kvinnan dricker alkohol under graviditeten?

Petra: Ja det vill jag gärna veta. Jag drack fram till graviditetstestet för en vecka sedan och oroar mig för att det kan ha skadat barnet.

Bm: Barnmorskan tar fram en bild på ett uppförstorat foster som är cirka 12 veckor, och informerar: Alkohol är en liten molekyl som går igenom moderkakan via navelsträngen till barnets lever där det inte kan brytas ner. Barnet kissar alkoholen och dricker det igen. Detta innebär att nybildning av hjärnceller hos fostret kan avstanna när kvinnan dricker alkohol. Hur tänker du om det?

Petra: Jag blir jätteorolig nu när du säger så.

Bm: Vill du att vi ska prata om det du har druckit innan du visste att du var gravid?

Petra: Ja, det vill jag.

Barnmorskan tar fram Time Line Follow Back (TLFB) där hon fyller i sista mensens första dag, när Petra har gjort graviditetstest och dagens datum. Petra fyller i att hon drack 1–2 glas vin och dringar varje dag i graviditetsvecka 2. Hon drack också 1–2 glas vin i graviditetsvecka 5+0 och 5+2. Petra drack större mängder alkohol i graviditetsvecka 5+4 och 5+5, men minns inte riktigt hur mycket.

Bm: Du har fyllt i att du drack alkohol varje dag i graviditetsvecka 2, var det då ni bodde på ”All inclusive”?

Petra: Ja, det var det.

Bm: Det du drack då var väldigt tidigt i graviditeten. Det behöver du inte oroa dig för. Däremot är det så att vi inte exakt vet vad som händer med fostret när kvinnan dricker alkohol i framförallt större mängder efter graviditetsvecka fyra. Vi vet däremot att om kvinnan helt avstår alkohol under resten av graviditeten minskar risken för skador betydligt. Det finns forskning som visar att skador hos foster som eventuellt har uppstått i tidig graviditet kan repareras, särskilt om kvinnan inte dricker någon mer alkohol under graviditeten, försöker sluta röka och har ett bra näringsintag. Hur ser du på det?

Petra: Det känns så jobbigt att jag har druckit utan att ha koll på att jag var gravid. Jag är en ganska orolig själ, oroar mig för allt. Jag ska verkligen försöka sluta röka och jag äter redan nyttigt som tur är.

Bm: Så du kan avstå från alkohol.

Petra: Ja, det är självklart.

Bm: Om du och Martin vill läsa mer om det här kan ni ladda ner en skrift som heter: ”Alkohol, graviditet och barns utveckling”, som sammanfattar vad forskningen idag vet om alkohol under graviditet.

Det som följer bygger på lokala riktlinjer för barnmorskor i Göteborg/Södra Bohuslän.

Bm: Här i Göteborg finns det barnmorskor som brukar träffa gravida kvinnor som har druckit alkohol som du har gjort året innan graviditeten. Vi brukar boka in någon av de barnmorskorna på ett besök här på mottagningen. Vad tror du om det?

Petra: Det vet jag inte om jag vill. Mina kompisar dricker precis lika mycket som jag. Min konsumtion av alkohol är helt normal. Och just nu dricker jag ju inget.

Bm: Du blir irriterad.

Petra: Nej då, jag blir inte irriterad. Jag undrar bara varför någon annan barnmorska behöver komma?

Bm: Det är så att vi inom mödrahälsovården har vissa rutiner vi ska följa. När till exempel ett järnvärde är för lågt så måste vi göra något åt det. På samma sätt är det när poängen på frågeformuläret om alkohol blir hög.

Petra: Jaha. Det är klart att barnmorskan kan komma hit, men då vill jag ha med mig Martin.

Bm: Javisst, det går bra. Då ringer jag Lena eller Elisabeth och frågar när de har möjlighet att komma hit. När passar det er bäst?

Petra: Så tidigt på dagen som möjligt.

Bm: Då hör jag av mig så snart jag vet. Nu är det några andra frågor till jag måste ställa dig.

Barnmorskan tar upp sedvanliga frågor som ska ställas vid det första besöket på barnmorskemottagningen.

Av barnmorska Elisabeth Danielsson, Närhälsan, Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga, Göteborg i samarbete med Barbro Holm Ivarsson, psykolog, konsult.

2 BILAGA 2
AUDIT-formulär

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

ÖVERBÄTT OCH BEARBETAV AV PROFESSOR HANS BERGMAN VID KAROLINSKA INSTITUTET.

Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan!

Formuläret kan laddas hem och skrivas ut från www.fhi.se/riskbruksprojektet, se rubriken Barnmorskor.

3 BILAGA 3
TLFB-formulär

Time Line Follow Back graviditetsvecka 1–20

Namn

Ålder

Veckodag							
Graviditets-vecka	Dag 0	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

Formulärets användande är väl känt bland barnmorskor på barnmorskemottagningar. Mer information om TLFB-formuläret kan fås via samordningsbarnmorska i ditt landsting/din region.

4

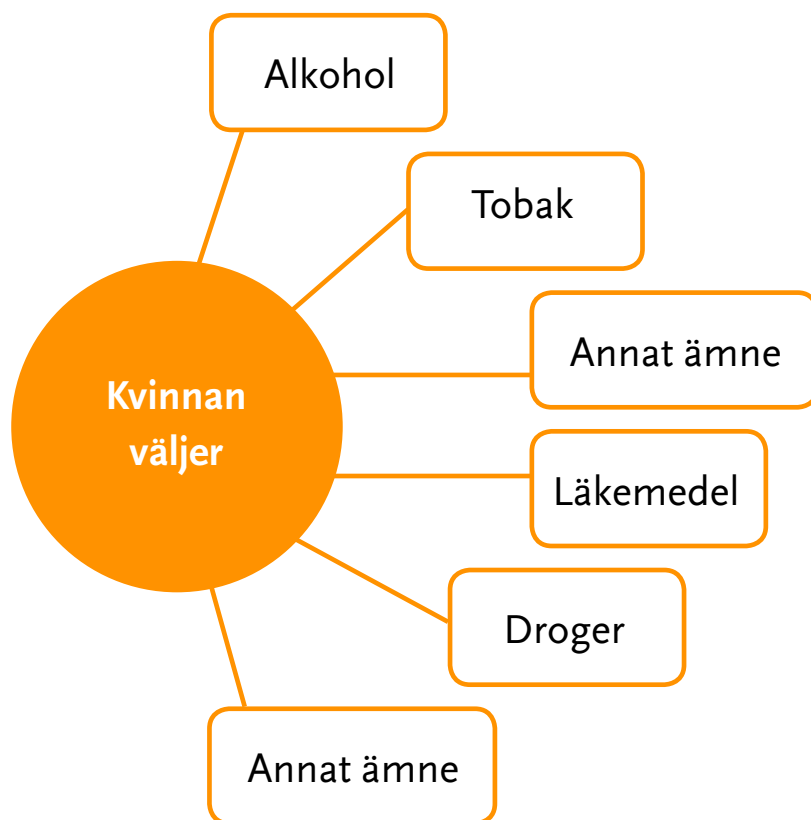
BILAGA 4

Foster i livmodern



Alkoholen som den gravida kvinnan dricker förs via navelsträngen direkt till fostret som får samma promillehalt som mamman. Fostret kan inte bryta ner alkoholen på grund av sin omogna lever och alkoholen passerar tillbaka via navelsträngen till mamman, men kissas också ut i fostervattnet och dricks upp igen av fostret. Detta medför att fostret påverkas av alkohol längre än mamman.

5 BILAGA 5
MENY Agenda





Fysisk aktivitet under graviditet och postpartum

Kvinnor har länge avråts från att vara fysiskt aktiva under och efter graviditet. I takt med ökad kunskap om effekter på kvinnan och fostret har rekommendationerna blivit mindre restriktiva. Nuvarande riktlinjer för fysisk aktivitet är desamma vid en normal graviditet som för övriga befolkningen. Allt mer evidens finns för att många graviditetsrelaterade komplikationer kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet och träning. Inom mödravården kan barnmorskan bidra till bättre hälsa genom att informera och ge rådgivande samtal kring värdet av fysisk aktivitet och vid behov remittera vidare för behandling.

Vad händer i kroppen?

Under graviditeten sker en rad fysiologiska förändringar som anpassar kroppen till de ökade krav som en graviditet innebär. Vissa av dessa förändringar sker tidigt i graviditeten medan andra sker senare. Det kardiovaskulära systemet påverkas redan i början av graviditeten för att säkerställa blodtillförseln till fostret^{1,2}. De ökade progesteronnivåerna relaxerar den glatta muskulaturen i blodkärlen vilket leder till kärldilatation. Kärldilatationen gör att utrymmet i cirkulationssystemet blir större. Detta kan enligt Clapp² liknas vid reaktionerna vid vätskebrist och kan ge upphov till en rad biverkningar såsom hypotoni, yrsel, illamående, trötthet, blekhet, takykardi och svettningar². Kroppen reagerar på hypovolemin (den minskade blodvolymen i förhållande till utrymmet) med att öka plasmavolymen genom att bland annat frisätta aldosteron. Antalet röda blodkroppar ökar också, dock inte i samma proportion som den ökande plasmavolymen³. Totalt ökar blodvolymen med upp till 40–50 procent under graviditeten⁴. Den ökade blodvolymen leder i sin tur till ett ökat venöst återflöde och ökad slagvolym². Den ökade blodvolymen leder till anpassningar av hjärtat med ökad hjärtvolym, ökad hjärtfrekvens och ökad hjärtminutvolym⁴. Den ökade blodvolymen tillsammans med den ökade blodcirkulationen till den reproduktiva vävnaden gör att fostret blir välförsörjt med syre och näringsämnen. Blodtrycket påverkas också under en normal graviditet. Det systoliska trycket förblir oförändrat³ alternativt sjunker med 5–10 mmHg⁵ och det diastoliska sjunker med 10–15 mmHg^{3,5}. Blodtrycket är som lägst under den andra trimestern.

Lungfunktionen förändras också under graviditeten. De förändrade hormon-nivåerna påverkar det respiratoriska systemet redan tidigt i graviditeten för att skydda fostret mot syrebrist och acidosis^{1,6}. De ökade nivåerna av progesteron gör kemoreceptorerna i andningscentrum mer känsliga för koldioxid vilket leder till en ökad ventilation med mellan 40–50 procent under vila. Trots detta upplever många kvinnor en känsla av andnöd mot slutet av graviditeten vilket främst orsakas av det ökade trycket på lungorna från diafragma¹. Den ökade ventilationen säkerställer att fostret blir tillräckligt syresatt.

Ämnesomsättningen ökar under graviditeten och leder till en förhöjd kroppstemperatur. En temperatur över 39 grader har i djurstudier visats kunna leda till fosterskador^{1,4,6}. Under graviditet ökar blodflödet till huden genom kärl dilatation, svettkörtlarnas aktivitet ökar och ventilationen ökar. Detta tillsammans underlättar regleringen av kroppstemperaturen varför oron för förhöjd kroppstemperatur under till exempel hård träning verkar vara obefogad.

Blodsockernivåerna påverkas under graviditeten. Graviditetshormonerna gör kvinnan mindre känslig för insulin, vilket innebär ett ökat krav på insulinproduktionen. Kraven på insulinproduktionen ökar från vecka 20 för att vara som störst under vecka 30–34. Kvinnor med nedsatt kapacitet att producera insulin kan därför drabbas av graviditetsdiabetes. I Sverige drabbas cirka 1,5 procent av graviditetsdiabetes vilket är en lägre siffra jämfört med andra europeiska länder där cirka 5 procent drabbas⁷. Gränsvärdena för diagnosen varierar såväl nationellt som internationellt varför det ibland kan vara svårt att jämföra förekomsten. Siffran i Sverige kommer med största sannolikhet att öka då övervikt och fetma är en av riskfaktorerna för graviditetsdiabetes.

En stor andel gravida kvinnor är överviktiga (25 procent) eller har fetma (14 procent) redan vid inskrivning på mödravårdscentralen och många kvinnor uppger att första graviditeten var starten på deras viktuppgång. Antalet kvinnor med övervikt och fetma har ökat stadigt det senaste årtiondet och framförallt ses ökningen bland tonårsflickor, vilka är en grupp som snart väntas till mödravårdscentralerna. Viktuppgången som sker under graviditeten består, förutom av fostrets vikt, av livmodern, moderkakan, fostervattnet, bröstkörtlarna och den ökade blodvolymen. Enligt amerikanska rekommendationer från 2009 bör en kvinna som är normalviktig innan graviditet gå upp mellan 11,5–16 kilo^{8,9}. En redan överviktig kvinna behöver inte en lika stor viktuppgång för att fostret ska må bra medan en underviktig kvinna kan behöva gå upp långt mer än de rekommenderade kilona⁹. Övervikt och fetma ökar risken för många graviditetskomplikationer såsom graviditetsdiabetes, hypertoni och preeklampsi. Kvinnor med högt BMI föder många gånger stora barn vilket kan leda till fler kejsarsnitt och förlossningskomplikationer.

Kroppens tyngdpunkt förskjuts framåt i takt med att graviditeten fortgår, vilket ofta påverkar hållningen. Muskler, leder och ligament påverkas också av graviditetshormonerna och tillsammans med tyngdpunktsförskjutningen kan det leda till muskuloskeletal besvär. Länd- och bäckenrelaterad smärta är de vanligaste problemen och drabbar hälften av alla gravida kvinnor^{10,11}. Länd- och bäckenrelaterad smärta är den vanligaste orsaken till sjukskrivning¹². Bäckebotten kommer också att påverkas av såväl hormonella förändringar som av den ökade tyngden som graviditeten innebär.



Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som all form av kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver energiförbrukningen i vila och innefattar all rörelse inklusive organiserad fysisk träning¹³. Den fysiska aktiviteten kan bestå av olika typer av rörelser och kan utföras i olika intensitet, från låg till mycket hög ansträngning¹³. Fysisk träning är en del av den fysiska aktiviteten och definieras som planerad, strukturerad träning med syfte att förbättra till exempel kondition eller muskelstyrka¹³. Kroppen anpassar sig snabbt efter de ökade kraven som fysisk aktivitet och träning innebär. Många av de fysiologiska anpassningar som sker hos den gravida kvinnan liknar de som sker vid konditionsträning. Vältränade kvinnor anses därför snabbare kunna anpassa sig efter de nya förhållandena som en graviditet innebär och är bättre förberedda för de ökade belastningarna². Fysisk aktivitet och träning har visat sig kunna förebygga och behandla många graviditets- och förlossningskomplikationer. Några av dessa beskrivs nedan.

Hypertoni

Graviditetsinducerad hypertoni drabbar cirka 6 procent av alla gravida kvinnor¹. De främsta riskfaktorerna för att drabbas av hypertoni är övervikt, fetma, njursjukdom och ärftlighet. Det finns evidens för att fysisk aktivitet, främst konditionsträ-

ning, kan sänka och normalisera såväl det systoliska som det diastoliska blodtrycket hos icke-gravida kvinnor¹³. Fysisk aktivitet är även en del av behandlingen för övervikt och fetma. Studier på gravida har visat motstridiga resultat men strukturerad fysisk aktivitet påbörjad i tidig graviditet har visats kunna förebygga hypertoni¹⁴. Det saknas fortfarande studier på fysisk aktivitet som behandling av graviditetsinducerad hypertoni¹. Det finns dock inget som tyder på att effekterna av fysisk aktivitet skulle vara andra jämfört med icke-gravida kvinnor.

Preeklampsi

Preeklampsi drabbar 2–8 procent av alla gravida kvinnor i världen. Sverige ligger i det lägre spannet. Det finns sparsamt med forskning kring hur fysisk aktivitet kan förebygga preeklampsi. Även om evidensen fortfarande är låg, tyder vissa resultat på att fysisk aktivitet under de första 20 veckorna av graviditeten kan minska risken för att utveckla preeklampsi¹. Aktivitetens intensitet och den totala energiförbrukningen under träningen verkar ha betydelse för utfallet.

Graviditetsdiabetes

Såväl konditions- som styrketräning underlättar kroppens reglering av blodsockernivåerna eftersom träning gör vävnaderna mer känsliga för insulin, även under vila¹³. Träning ökar även genomsläppligheten för glukos till muskeln. Träningseffekten kvarstår under 24–48 timmar efter ett träningspass¹³. Kroppens behov av insulin minskar därmed och det räcker med två till tre träningspass per vecka för att öka insulinkänsligheten. För bäst effekt bör konditions- och styrketräning kombineras¹³. Måttlig träning under graviditet har visat sig kunna både förebygga och behandla graviditetsdiabetes^{15,16} även om det vetenskapliga underlaget för gravida kvinnor fortfarande är begränsat¹⁷. Det finns dock inget som tyder på att effekterna av fysisk aktivitet skulle vara andra hos gravida jämfört med icke-gravida kvinnor. Fysisk aktivitet i kombination med bra kost kan också förebygga övervikt och fetma, som är riskfaktorer för graviditetsdiabetes¹⁷.

Länd- och bäckenrelaterad smärta

De bakomliggande mekanismerna till länd- och bäckenrelaterad smärta är inte helt fastställda men biomekaniska och hormonella faktorer är en förklaring. Tungt fysiskt arbete, tidigare ländryggssmärta eller bäckensmärta under tidigare graviditet ökar risken att drabbas. Tidig diagnostik, fysisk aktivitet och individuell behandling som inkluderar stabiliserande träning kan ha positiv effekt på smärtan^{6,18}.

Bäckenbotten

De hormonella förändringarna tillsammans med den ökade tyngden på bäckenbotten kan leda till dysfunktion som till exempel urin- och eller analinkontinens, tömningsproblem, prolaps, sexuella besvär och smärta¹⁹. Vaginal förlösning, övervikt och fetma är ytterligare riskfaktorer. Urininkontinens förekommer hos 32 till 64 procent av alla gravida kvinnor²⁰. Träning av bäckenbotten såväl före, under som efter graviditet är effektivt för att förebygga dessa problem^{1,6}. Det är dock viktigt att kvinnan får rätt instruktion så att hon tränar på ett optimalt sätt.

Riktlinjer för fysisk aktivitet under graviditet

Rekommendationerna för fysisk aktivitet till gravida är desamma som för den övriga vuxna befolkningen så länge som graviditeten förlöper normalt utan komplikationer. Detta innebär fysisk aktivitet i måttlig intensitet i sammanlagt 150 minuter i veckan^{6,13}. Vid högre intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet i måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst 10 minuter. Muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) bör utföras minst två gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper^{6,13}. Vid samtal om fysisk aktivitet kan Socialstyrelsens frågor om Levnadsvanor var till hjälp för att skatta kvinnans fysiska aktivitetsnivå²¹.

De rådande rekommendationerna för fysisk aktivitet under graviditet gäller för hur fysiskt aktiva gravida kvinnor bör vara för att nå hälsosamma effekter. För kvinnor som idrottar på en hög intensitet är det dock viktigt att belysa var den övre gränsen för hård träning går utan risk för fostrets normala utveckling.

Fysisk aktivitet för personer med olika träningsbakgrund

För den otränade

Kvinnor som inte har varit fysiskt aktiva innan graviditeten kan med fördel börja vara fysiskt aktiva under graviditeten. Dessa kvinnor bör, precis som icke-gravida, tänka på att långsamt stegra aktiviteten för att på sikt uppnå en aktivitetsnivå som motsvarar de rekommenderade 150 minuterna i veckan på en måttlig intensitetsnivå⁶. Ökar kvinnan sin fysiska aktivitetsnivå under graviditeten uppnår hon många av de positiva effekter som vältränade kvinnor har².

För den som inte har varit fysiskt aktiv eller tränat tidigare kan det vara svårt att komma igång på egen hand. Barnmorskan kan rekommendera en fysioterapeut

eller hänvisa till anpassad träning för gravida vid något av alla träningsinstitut som erbjuder sådan träning. Barnmorskan, fysioterapeuten eller någon annan legitimerad person inom vården bör ge rådgivande samtal kring fysisk aktivitet och kan även skriva ut recept på fysisk aktivitet, FAR®. De flesta större motionscenter erbjuder någon form av graviditetsanpassad träning och vissa tar även emot recept på fysisk aktivitet/träning, FAR®. Vill kvinnan inte träna i grupp eller på ett motionscenter finns det flera andra alternativ. Att börja gå promenader eller stavgång kan vara fullt tillräckligt i början. Motionscykling, simning eller vattenträning är andra bra alternativ.

Muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) som komplement, bör till en början ske med relativt låga vikter och många repetitioner. Muskelstärkande fysisk aktivitet med kroppen som belastning eller i maskiner rekommenderas inledningsvis, medan träning med fria vikter ställer större krav på korrekt teknik.

För motionsidrottaren

Den som redan tränar på motionsnivå och har gjort det en tid innan graviditeten kan fortsätta precis som vanligt. Detta gäller så länge graviditeten är normal, utan komplikationer. I slutet av graviditeten kan en del kvinnor behöva byta ut viktbelastande övningar, som till exempel löpning eller aerobics, till mer skonsamma, avlastade träningsformer såsom cykling, simning eller vattenträning.

Muskelstärkande träning (styrketräning) bör utföras i sittande utgångsställning i slutet av graviditeten eftersom kvinnan kan drabbas av yrsel i liggande utgångsställning. Det är viktigt att lyssna på kroppen och att inte göra något som inte känns bra. Bäckbottenträning bör påbörjas redan under graviditeten, och aktiviteter som innebär en stor belastning på bäckenbotten bör undvikas mot slutet av graviditeten eller om kvinnan får problem med inkontinens under någon aktivitet.

För elitidrottaren

De rekommendationer som finns kring fysisk aktivitet är anpassade för att uppnå hälsoeffekter. Det finns inte lika tydliga riktlinjer för hur hårt en kvinna kan träna utan att riskera sin egen eller fostrets hälsa och utveckling. En expertgrupp med forskare från olika länder har nyligen tagit initiativ till en serie artiklar som fokuserar på elitidrottande gravida kvinnor^{1,22,23}. Mycket tyder på att kvinnor kan fortsätta att träna på en hög intensitetsnivå under hela graviditeten och att de farhågor som tidigare fanns inte stämmer. Evidensen i dessa studier är dock ofta låg och baserad på fallstudier eller på studier med lågt eller måttligt bevisvärde. Elitidrottare rekommenderas därför ha en tät kontakt med sin barnmorska och obstetiker under hela graviditeten⁶.

Det finns många exempel på elitidrottande kvinnor som har fortsatt med sin träning under hela graviditeten och tagit upp träningen igen någon vecka efter förlossningen. För dessa kvinnor blir det extra viktigt att lyssna på kroppens signaler. Viktigt är också att informera dessa kvinnor om att äta rätt och att dricka ordentligt innan, under och efter träning. Även om en gravid kvinna lättare reglerar kroppstemperaturen bör hon vara försiktig med träning i extremt varmt och fuktigt klimat, eftersom det är svårare för kroppen att avge värme till omgivningen i sådant klimat.

Tillstånd då man inte bör träna under graviditet

Det är viktigt att betona att de rekommendationer som finns kring fysisk aktivitet och träning gäller för en normal graviditet utan komplikationer. Om kvinnan har eller drabbas av någon komplikation bör detta utredas vidare innan träningen påbörjas eller fortsätter. I vissa fall går det utmärkt att påbörja eller fortsätta med träningen, medan den i vissa fall måste modifieras eller helt avbrytas.

Fysiologiska anpassningar postpartum

Direkt efter förlossningen sker omfattande fysiologiska förändringar. Moderkan slutar att producera östrogen och om barnet ammar frisätts oxytocin från hypofysen. Oxytocinet påverkar livmoderns sammandragning och efter cirka sex veckor har livmodern återgått till sin normala vikt. Blodvolymen börjar succesivt att återgå till det normala redan dagarna efter förlossning. Det är framförallt plasmavolymen som minskar²⁴. Urinproduktionen ökar direkt efter förlossning vilket gör att den vätska som samlats under graviditeten drivs ut och kroppen börjar återgå till sin normala vikt. Progesteronnivåerna sjunker vilket gör att andningsdjup och kroppstemperatur återgår till det normala. Insulinbehovet sjunker snabbt och har normaliserats redan ett par dagar efter förlossning. Skelett, muskler och ligament påverkas av sjunkande nivåerna av kvinnligt könshormon och kan liknas vid klimakterielika förhållanden.

Fysisk aktivitet postpartum

Det finns många fördelar med att snabbt komma igång med fysisk aktivitet och träning efter en förlossning utan några större komplikationer. Många av de positiva fysiologiska förändringar som skett under graviditeten kan behållas efter graviditet om den fysiska aktiviteten återupptas relativt snabbt. Den ökade hjärtmuskelmassan, ökade blodvolymen och den större slagvolymen kan bevaras.

Även ämnesomsättning, vikt, insulinkänslighet och mental hälsa påverkas positivt av tidig återgång till fysisk aktivitet².

Många faktorer påverkar dock hur snabbt en kvinna kan återgå till fysisk aktivitet efter förlossning. De som har kunnat fortsätta sin träning under hela graviditeten har ofta lättare att snabbt återuppta träning. Många elitaktiva kvinnor upplever att de blir bättre efter graviditeten. De fysiologiska effekterna skulle kunna vara en förklaring. Samtidigt ska barnmorskan vara medveten om att det för vissa kvinnor kan vara svårt att komma tillbaka och att andra aldrig lyckas komma tillbaka till träning/tävling på samma nivå som tidigare.

Riktlinjer för träning efter graviditet

Riktlinjerna för fysisk aktivitet efter förlossning har länge varit otydliga och byggda mer på erfarenhet än på evidens. De rekommendationer som finns^{4,6,25} är desamma som för icke-gravida kvinnor. Den fysiska aktiviteten ska återupptas succesivt direkt efter förlossning om den har varit utan komplikationer⁴ och vara ”medicinskt säker”²⁵. Nyligen publicerade en konsensusartikel kring återgång till idrott efter graviditet²³. Denna artikel belyser det svaga evidensläget för såväl motions- som elitidrottare.

Förekomsten av bäckenbotten dysfunktion och urininkontinens är hög de första månaderna efter förlossning. Det finns stark evidens för att bäckenbottenträning hjälper kvinnor med urininkontinens och svagare evidens för att träningen även kan användas som prevention²³. Bäckenbottenträning bör inledas direkt efter förlossningen.

Det finns inte någon regel för när det är mest optimalt att påbörja träning igen efter förlossningen. Detta varierar i hög grad mellan olika kvinnor. Barnmorskan bör alltid avråda gravida kvinnor att avstå från eller avbryta träningen vid:

- Kraftig blödning.
- Smärta då träningen bör avbrytas tills orsaken till smärtan är utredd.
- Infektion.
- Bröstproblem eller bröstinfektion.
- Urininkontinens.

Samverkan

Mödrahälsovården erbjuder idag rådgivning kring levnadsvanor och når majoriteten av kvinnor. Detta är ett unikt tillfälle för barnmorskan att motivera kvinnor till en beteendeförändring med inriktning på ett mer hälsosamt liv som varar även efter graviditeten. För att på bästa sätt ta till vara på detta tillfälle och bli så lyckosam som möjligt krävs arbete i interprofessionella team kring kvinnan.

Författare

Cecilia Fridén,

docent, leg. sjukgymnast. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för fysioterapi, Karolinska Institutet, FoU-chef, Fysioterapeuterna.

Faktagranskat av Anna-Karin Dykes Senior professor, leg. sjuksköterska, leg. barnmorska

Mer information

Fridén C, Nordgren B, Åhlund S. Graviditet, hälsa och träning. Lund: Studentlitteratur; 2011.

<http://www.fyss.se/>

Referenser

1. Bø K, Artal R, Barakat R, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 1-exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant. Br J Sports Med 2016; 50(10): 571-89.
2. Clapp JF. Exercise through your pregnancy. Ohama: Addictus Books, 2002.
3. Melzer K, Schutz Y, Boulvain M, Kayser B. Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. Sports Med 2010; 40(6): 493-507.
4. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med 2003; 37(1): 6-12; discussion
5. Pivarnik JM. Cardiovascular responses to aerobic exercise during pregnancy and postpartum. Semin Perinatol 1996; 20(4): 242-9.
6. Josefsson A, Haakstad LA, Bö K. FYSS- Rekommendationer om fysisk aktivitet vid graviditet. http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-vid-graviditet.pdf.
7. Eades CE, Cameron DM, Evans JMM. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract 2017; 129: 173-81.
8. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know.

- Curr Opin Obstet Gynecol 2009; 21(6): 521-6.
9. IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington DC: Academies Press; 2009.
 10. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J 2004; 13(7): 575-89.
 11. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J 2008; 17(6): 794-819.
 12. Mogren I. Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(6): 647-56.
 13. Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet (YFA). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017.
 14. Barakat R, Pelaez M, Cordero Y, et al. Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 2016; 214(5): 649.e1-8.
 15. Hegaard HK, Pedersen BK, Nielsen BB, Damm P. Leisure time physical activity during pregnancy and impact on gestational diabetes mellitus, pre-eclampsia, preterm delivery and birth weight: a review. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(11): 1290-6.
 16. Artal R. The role of exercise in reducing the risks of gestational diabetes mellitus in obese women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015; 29(1): 123-32.
 17. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. Sports Health 2015; 7(6): 527-31.
 18. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2013; (8): CD001139.
 19. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor, Briding science and clinical practice: Elsevier; 2007.
 20. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD007471.
 21. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder//samtal-om-fysisk-aktivitet>.
 22. Bø K, Artal R, Barakat R, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 2-the effect of exercise on the fetus, labour and birth. Br J Sports Med 2016.

23. Bø K, Artal R, Barakat R, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3–exercise in the postpartum period. Br J Sports Med 2017.
24. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. Curr Sports Med Rep 2002; 1(6): 362–8.
25. Wolfe LA, Davies GA, School of Physical and Health Education DoOaGaP, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. Canadian guidelines for exercise in pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2003; 46(2): 488–95.



Kost

Maten har stor betydelse för hälsa, välmående och prestationsförmåga, på kort så väl som lång sikt. Inför och under graviditet är det extra viktigt att tillgodose den egna kroppens och fostrets behov av näringsämnen. Detsamma gäller för den nyblivna mamman och barnet under amning. Utöver att kvinnan och hennes barn får fullgod näring, bidrar hälsosamma matvanor under den barnafödande perioden till att skydda både kvinnan och barnet mot framtida viktproblem och relaterade sjukdomar. Graviditeten utgör en unik möjlighet att påverka levnadsvanor till det bättre, eftersom kvinnan ofta är motiverad att förändra sin och familjens levnadsvanor. Även tiden efter graviditeten är en lämplig period för att påbörja och befästa livsstilsförändringar, inklusive förändring av matvanor. Barnmorskan kan göra stor skillnad för kvinnan, graviditeten och det framtida barnets hälsa genom att informera och stödja kvinnan i att skaffa sig bra matvanor. Barnmorskans råd runt mat och rörelse är också viktiga när gäller att stödja kvinnan till en hälsosam viktuppgång under graviditet.

Nordiska näringsrekommendationer (NNR) sammanfattar den vetenskapliga grunden för rekommendationer om näringsämnen och hälsosamma kostmönster för den friska befolkningen – och för särskilda grupper som gravida och ammande¹. Livsmedelsverket sammanställer kunskaper om toxikologiska² och mikrobiologiska³ risker, vilka ligger till grund för rekommendationer om livsmedel som bör undvikas eller inte ätas så ofta under graviditeten.

Sverige saknar nationella riktlinjer vad gäller viktuppgång under graviditet, men många lokala PM/riktlinjer stödjer sig på svensk forskning⁴ och rekommenderar BMI-relaterade och lägre viktrekommendationer än IOM (American Institute of Medicine)⁵. Generellt rekommenderas livsstilsinsatser med mat och rörelse för hälsosam viktuppgång under graviditet. Enligt en metaanalys gav interventioner med kost och fysisk aktivitet minskad viktuppgång under graviditet och lönade sig lika bra för alla grupper av gravida med för högt BMI vid inskrivningen⁶.

Hälsosamma och ohälsosamma matvanor

Att äta är den levnadsvana som i störst utsträckning bidrar till sjukdomsburden i Sverige⁷. Samtidigt lägger hälso- och sjukvården minst resurser på människors matvanor av alla levnadsvanor⁷. Hälso- och sjukvårdens råd för att motverka kostrelaterade sjukdomar ska vara evidensbaserade och utgå från Livsmedelsverkets kostråd. Dessa bygger i sin tur på de Nordiska Näringsrekommendationerna och ligger i linje med de europeiska referensvärdena från European Food Safety Authority (Efsa)⁸ och WHO's internationella referensvärden för nutrition och hälsa under graviditet⁹.

Hälsosamma matvanor utgörs av en helhet där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagning och måltidsmönster samverkar för att uppfylla individens behov. Senare års forskning har stärkt stödet för att hälsosamma matvanor baseras på mycket grönsaker, frukt, fullkorn, fisk, vegetabiliska oljor och magra mjölkprodukter, medan mycket rött kött (nöt, gris, lamm) och charkuteriprodukter, socker och andra energitäta livsmedel, liksom mat med hög salthalt ökar risken för kostrelaterade sjukdomar. Vad gäller rött kött rekommenderar NNR att befolkningen konsumerar högst 500 gram i veckan. För gravida kan dock kött och till exempel blodpudding vara viktiga livsmedel för att säkra kroppens behov av järn.

Skillnaderna i näringsbehov mellan gravida och icke gravida kvinnor är förhållandevis små. Gravidas särskilda behov kan med några små anpassningar, som att bevaka näringstäthet, fisksorter, mejeriprodukter och livsmedelshygien, uppnås genom samma hälsosamma matvanor som rekommenderas för övriga befolkningen¹⁰.

Ohälsosamma matvanor kan definieras som matvanor där energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform eller måltidsmönster inte motsvarar individens behov. De kännetecknas av för lite grönsaker, frukt, fullkorn, fisk och skaldjur, samt för mycket rött kött, chark, salt, mättat fett, socker, godis, glass, bakverk och läsk. Ohälsosamma matvanor kan innebära både för stort och för litet intag i förhållande till det individuella behovet, ofta rör det sig om för stort energiintag i kombination med för litet näringsintag. Bedömningen av matvanor är komplex och omfattar flera faktorer och dimensioner. Barnmorskan och andra i vården behöver därför individanpassa kostråden till kvinnorna.

Extremt ohälsosamma matvanor förekommer hos ungefär 20 procent av Sveriges vuxna befolkning enligt Socialstyrelsens kostindikatorer¹¹. Enligt Livsmedelsverkets undersökning, Riksmaten 2010, kommer endast två av tio vuxna svenskar upp i rekommendationerna för frukt och grönsaker (500 gram om dagen) och endast en av tio äter den rekommenderade mängden fullkorn¹². Ohälsosamma matvanor bidrar till ohälsa och viktökning och till att andelen vuxna med fetma har fördubblats sen 1980-talet. Vad gäller graviditet har andelen kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovården ökat från 25 till 38 procent under de senaste 20 åren¹³. Många gravida kvinnor överskrider dessutom rekommendationerna för viktökning under graviditet. Enligt en färsk metaanalys ökade 47 procent av de gravida mer i vikt än rekommendationerna (IOM), 23 procent ökade mindre och endast 40 procent hade en viktökning inom rekommendationerna¹⁴. Ohälsosamma matvanor kan antas vara en starkt bidragande orsak till att nästan hälften av de gravida ökade mer än vad som anses hälsosamt¹⁵.

Enligt Socialstyrelsens statistik dör årligen cirka 30 000 människor i Sverige av hjärt-kärlsjukdom. Nästan lika många dör årligen av cancer. En tredjedel av dessa cancerfall skulle kunna förebyggas med bra matvanor och genom att hålla normalvikt, medan risken att drabbas av hjärtinfarkt i det närmaste kan halveras om vi äter mer frukt, grönsaker, fisk, fullkorn och bra fetter samt dricker mindre alkohol och saltar mindre, enligt Livsmedelsverket och World Cancer Research Fund.

Vad gäller gravidas matvanor finns ingen riktad undersökning, men enligt matvaneundersökningen Riksmaten har gruppen unga kvinnor och män (18–30 år) sämst matvanor av alla vuxna¹². Det betyder att blivande föräldrar äter mer av onyttig mat som pizza och läsk, samt mindre frukt och grönt, potatis och fisk. Unga kvinnor har dessutom allra lägst intag av vitamin D, folat och järn.

- 8 av 10 svenskar äter för lite frukt och grönsaker
- 7 av 10 äter för lite fisk och skaldjur
- 9 av 10 för lite fullkorn
- 7 av 10 äter för mycket salt
- 4 av 10 äter för mycket socker

20%

av Sveriges befolkningen har extremt ohälsosamma matvanor

Utmaningar vid samtal om matvanor

En hälsosam kost under graviditeten är gynnsam både för kvinnan, graviditeten och fostret och kan på sikt leda till hälsosammare matvanor för hela familjen. En väl sammansatt kost, med lämpliga nivåer av näringsämnen som är särskilt kritiska under graviditeten (vitamin D, folat, järn, jod och vissa fettsyror), är viktig för kvinnans och fostrets allmänna nutritionstillstånd. Hälsosamma matvanor är dessutom betydelsefulla för metabol hälsa, såsom blodsocker i balans och gynnsamma nivåer av blodfetter, samt för hälsosam viktutveckling under och mellan graviditeter. Barnmorskan bör stödja den blivande mamman att sträva efter en balanserad viktuppgång under graviditeten samt ett hälsosamt BMI efter graviditeten. I denna process är matvanorna en väsentlig faktor för att lyckas^{16,17}. Det finns dock livsmedel som gravida bör undvika på grund av miljöföroreningar eller risk för bakteriell kontamination^{2,3}.



En hälsosam kost under graviditeten är gynnsam både för kvinnan, graviditeten och fostret och kan på sikt leda till hälsosammare matvanor för hela familjen.

De kostråd som gäller under graviditet utgår från Nordiska Näringsrekommendationer (NNR)¹, men eftersom såväl kostvanor som fokus i kostråd och risker varierar mellan kulturer, grupper och länder kan kostråden upplevas som en utmaning för både kvinnor och barnmorskor¹⁸. Via massmedia och sociala medier samt vänner, släktingar och kollegor får kvinnor dessutom många motstridiga budskap om vad som är nyttigt och bra att äta under graviditeten¹⁸. Definitionen

av vad som är hälsosamt respektive ohälsosamt vilar dock på god, evidensbaserad grund och oavsett vad som ibland framkommer i media finns en bred samsyn inom forskningen.

Kvinnor som inte kan äta på grund av illamående har ytterligare en dimension att förhålla sig till under graviditeten. Detsamma gäller kvinnor med ätstörningar eller komplicerat förhållande till mat. Här gäller det för barnmorskan att ha fingertoppskänsla och betona kroppens förmåga att prioritera barnet och graviditeten när det gäller att tillgodose näringsbehovet. Graviditeten är ett så kallat pedagogiskt fönster som kan göra det lättare för kvinnor att ta till sig kostråd och ta hand om sig och det blivande barnet¹⁹.

Om planerad viktuppgång uteblir eller graviditeten inte följer förväntad tillväxt, bör barnmorskan hänvisa kvinnan till dietist för kostbehandling och vid behov näringsdryck. Samtalsstöd bör också uppmuntras och om möjligt erbjudas.

Barnmorskor inom mödrahälsovården är viktiga aktörer för att stödja kvinnan i att uppnå hälsosamma matvanor för en gynnsam viktutveckling under graviditeten och långsiktigt bättre hälsa för henne barnet, samt för att minska risken för graviditetskomplikationer. Många barnmorskor vittnar dock om att övervikt och fetma är ett känsligt ämne²¹. Studier visar att barnmorskors upplevelser av att erbjuda kostråd och kvinnans upplevelse av att ta emot kostråd skiljer sig åt²². Barnmorskan och kvinnan bör mötas i samförstånd och samtalet om matvanor ske personcentrerat^{23,24}. Att kombinera råd om kost och fysisk aktivitet i syfte att hålla nere viktökningen under graviditeten har visat sig vara framgångsrikt när det gäller att nå fram med råd om levnadsvanor^{25,26}. Livsstilsinterventioner med kostrådgivning har visat sig vara särskilt effektiva¹⁶.

Att enbart väga utan att samtala om vikten eller ge råd om levnadsvanor har inte visat sig begränsa viktuppgången under graviditet²⁷. Eftersom arbete med levnadsvanor kräver uppföljning är den barnafödande tiden en lämplig period att erbjuda samtal runt matvanor, eftersom kvinnans täta och regelbundna möten med barnmorskan innebär en naturlig chans till uppföljning. Gravida kvinnor har uttryckt att de vill ha information om hälsosamma matvanor tidigt i graviditeten. Många frågar också efter praktiskt stöd i form av bland annat individuellt utformade dagsmenyer, matrecept, tips på snabba näringsriktiga måltider samt matlagingskurser för att skapa bra rutiner runt maten²⁸.

Att bidra till jämlik hälsa är en stor utmaning för mödrahälsovården. Det är viktigt att barnmorskan tar hänsyn till socioekonomi, matkostnader och samhällsnormer, samt är medveten om att hälsosamma matvanor har en stor potential för att minska risken för sjukdom och kan bidra till att utjämna hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper²⁹. Generellt gäller att personer med störst resurser i form av utbildning och inkomst är de som i högre grad följer kost-



rekommendationerna (med undantag för alkohol). Det är också denna grupp som har bäst hälsa i genomsnitt²⁹. De som löper störst risk att inte kunna lyckas följa råden och ofta väger mer än vad som är bra för hälsan är individer i socioekonomiskt utsatta områden. Vad gäller gravida är till exempel fetma vanligare bland kvinnor med endast grundskoleutbildning och bland kvinnor med utländsk härkomst¹³, något som ytterligare stärker uppfattningen att kostinformation och samtal om mat på MVC behöver innehålla adekvat information och vara individuellt anpassade så att alla grupper av kvinnor kan ta till sig råden.

Matvanor är individuella och både val av livsmedel och måltidsmönster är mer eller mindre medvetna uttryck för livsuppfattning och kultur. Därför kan ämnet vara känsligt för barnmorskan att ta upp. Även att registrera kvinnans vikt kan bli ifrågasatt och upplevas integritetskränkande. De flesta kvinnor uppskattar dock ett rakt och fördomsfritt tilltal runt vikten och många föredrar att barnmorskan använder BMI-begreppet. Eftersom måttet BMI upplevs mer neutralt och objektivt, ungefär som Hb eller andra laboratorievärden, kan det minska känslan av skuld och skam samt oro över att skada sitt barn. Kvinnorna uppskattar att barnmorskor tar sig tid att lotsa dem till hälsosammare levnadsvanor, utan att döma eller skuldbelägga³⁰. Med barnmorskans stöd, och genom att delta i gruppaktiviteter med andra gravida kvinnor med liknande behov, lyckas gravida kvinnor ersätta dåliga vanor med medvetna val³¹. Att identifiera sig som förälder och skapa en förebild börjar redan på MVC. Det betyder inte att alla måste vara en perfekt förälder, men de allra flesta blivande förälder vill göra det bästa utifrån sina förutsättningar och göra så hälsosamma val som möjligt³².

Även partners och omgivningens matvanor och förändringsbenägenhet vad gäller levnadsvanor har betydelse för kvinnans möjlighet att genomföra livsstilsförändring^{31,33}. Om kvinnan får stöd av sin partner ökar chanserna att lyckas nå de uppsatta målen³¹. Det har också visat sig att pappas BMI har ett direkt samband med barnets BMI under uppväxten, vilket betyder att även mannens vikt och viktutveckling under barnafödande perioden har betydelse för barnets hälsa³⁴. På frågan om de var nöjda med sina levnadsvanor svarade 65 procent av blivande föräldrar nej och satte bättre matvanor samt att vakta vikten högt på sin prioritetslista³².

Kvalificerat rådgivande samtal

Samtal om matvanor bör ske utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt för att ge kvinnan möjlighet att öka kontrollen över och förbättra sin egen hälsa. I samband med kartläggning och bedömning av matvanor är det viktigt att barnmorskan även uppmärksammar eventuell undernäring och ätstörning och vid behov erbjuder adekvat stöd.

Vid samtal om ohälsosamma matvanor rekommenderar Socialstyrelsen den högsta rådgivningsnivån kvalificerat rådgivande samtal. Detta samtal ska ske i dialog med kvinnan och anpassas efter bland annat ålder, hälsa, risknivåer, förkunskaper och motivation. Rådgivningen ska vara individanpassad, vilket kräver en bred och djup kunskap om mat och motivationsförändring.

Det kvalificerat rådgivande samtalet ska vara strukturerat och teoribaserat, och rådgivningsnivån förutsätter att barnmorskan har kompetens inom förändringsprocesser, motiverande strategier och beteendetekniker samt god kunskap om mat och näring. Samtalet tar upp till 60 minuter och innefattar även ett antal uppföljningar. Vid samtal om matvanor kan olika pedagogiska hjälpmedel som kostanamnes, matdagbok och screeningfrågor¹¹ användas.

Viktigt att följa upp förändringar av matvanor

Uppföljning kan ske via individuella besök, vilka bör planeras utöver besöken i basprogrammet. Uppföljning kan också innebära samtal via telefon, mail, sms och Skype. Matdagbok är ett av flera hjälpmedel som barnmorskan kan använda för att utvärdera om förändring av matvanorna har skett.

Intervjuer har visat att kvinnor som under sin graviditet deltagit i livsstilssatsning är nöjda med mödrahälsovårdens insats^{30,31}. Däremot har de saknat uppföljning och stöd runt levnadsvanorna efter partus³⁰. Tiden postpartum kan vara en bra tid för en nyorientering av kvinnans, barnets och familjens levnadsvanor. Föräldradighet kan göra det möjligt att delta i hälsofrämjande aktiviteter och ge tid för träning i vardagen och ökat fokus på matvanor. Att ändra vanor vad gäller maten under perioden efter graviditeten har visat sig särskilt framgångsrikt¹⁷. Kvinnor som följt en livsstilsintervention med kostråd från dietist efter förlossningen fick bättre kostvanor och höll bättre koll på vikten, jämfört med kvinnor som endast fick broschyrer³⁵.

Samverkan ger bäst resultat

Det är att rekommendera att en dietist genomför kvalificerad rådgivning om hälsosamma matvanor. En idealisk modell är att mödrahälsovårdens barnmorskor samarbetar med en dietistmottagning som med kort varsel kan ta emot remitterade kvinnor. Eftersom vissa kvinnor kan vara ovilliga att gå till specialisterheter är det bra att också kunna erbjuda stöd inom den egna organisationen, det vill säga att barnmorskor har denna kompetens eller att mödra- och barnhälsovården har egna dietister. Det är viktigt att nätverka med övriga vården samt med det omgivande samhället, så att kvinnan och hennes familj möter samma budskap vad gäller hälsosamma matvanor inom till exempel BVC, Familjecentral, tandvård, elevhälsa, socialtjänst, kommunen, bibliotek och föreningar.

Författare

Karin Haby, leg. dietist, verksamhetsutvecklare, forskare/doktorand
Mödrahälsovården, Västra Götalands Regionen Göteborg
Granskare; Åsa Brugård Konde, Nutritionist Livsmedelsverket

1.7 Mer Info

Livsmedelsverket (SLV):

www.livsmedelsverket.se

www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden

www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/mat-och-naring/halsosam-helhet---ny-faktaskrift-fran-livsmedelsverket

Livsmedelsverkets websida för gravida:

<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/gravida>

Socialstyrelsen:

www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stod-i-arbetet-med-sjukdomsforebyggande-metoder/samtal-om-matvanor

www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-31

Socialstyrelsen, webb utbildning

<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/webbutbildningar-om-kost-livsstil-och-samtalet>

World Cancer Research Fund International:

www.wcrf.org/

<http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/our-cancer-prevention-recommendations>

Vårdguiden:



www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Gravid/Graviditeten/Halsa-under-graviditeten/Bra-mat-nar-man-ar-gravid/

Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS): www.hfsnatverket.se/sv/matwebben/

Karolinska Institutet:
www.sundkurs.se

Stockholms Läns Landsting:
www.folkhalsoguiden.se/amnesomraden/mat/projekt/matguiden/matguiden-for-gravida/

Västra Götaland, Närhälsan:
www.narhalsan.se/matkasse

Dietisternas Riksförbund (DRF):
www.drf.nu/levnadsvanor/matvanor/

Referenser

1. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity; 2014.
2. Livsmedelsverket. Toxikologiska risker vid graviditet och amning. Vetenskapligt underlag inför revideringen av Livsmedelsverkets kostråd för gravida och ammande, 2008
3. Livsmedelsverket. Bakterier och parasiter vid graviditet. Vetenskapligt underlag inför revideringen av Livsmedelsverkets kostråd för gravida och ammande, 2008
4. Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 759-64.
5. IOM American Institute of Medicine. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: National Academy Press; 2009.
6. Group TIWMIPI-WC. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ* 2017; 358: j3991.
7. Socialstyrelsen. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, 2011.
8. EFSA European Food Safety Authority. Dietary Reference Values for nutrients. Summary report, 2017.
9. WHO World Health Organisation. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience; 2016.
10. Björck L, Eneroth, H. Bra livsmedelsval under graviditet - baserat på Nordiska näringsrekommendationer 2012: Livsmedelsverket, 2016.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 Indikatorer, 2011.
12. Livsmedelsverket. Riksmaten - vuxna 2010-2011. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige, 2012.
13. Pregnancy register Graviditetsregistret Årsrapport 2016. Stockholm: QRC Kvalitetsregistercentrum, 2016.
14. Goldstein R, Teede H, Thangaratinam S, Boyle J. Excess Gestational Weight Gain in Pregnancy and the Role of Lifestyle Intervention. *Semin Reprod Med* 2016; 34(2): e14-21.
15. Streuling I, Beyerlein A, Rosenfeld E, Schukat B, von Kries R. Weight gain and dietary intake during pregnancy in industrialized countries--a systematic review of observational studies. *J Perinat Med* 2011; 39(2): 123-9.
16. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ* 2012; 344: e2088.
17. Bertz F, Brekke HK, Ellegard L, Rasmussen KM, Wennergren M, Winkvist A. Diet and exercise weight-loss trial in lactating overweight and obese women. *Am J Clin Nutr* 2012; 96(4): 698-705.

18. Wennberg A. Pregnant women and midwives are not in tune with each other about dietary counselling – studies in Swedish antenatal care: Umeå University; 2015.
19. Phelan S. Pregnancy: a “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(2): 135 e1–8.
20. Haby K, Glantz A, Hanas R, Premberg A. Mighty Mums – An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity. *Midwifery* 2015; 31(7): 685–92.
21. Nyman VM, Prebensen AK, Flensner GE. Obese women’s experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery* 2010; 26(4): 424–9.
22. Huurre A, Laitinen K, Hoppu U, Isolauri E. How practice meets guidelines: evaluation of nutrition counselling in Finnish well-women and well-baby clinics. *Acta Paediatr* 2006; 95(11): 1353–9.
23. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006; 56(5): 472–9.
24. Olander EK, Berg M, McCourt C, Carlstrom E, Dencker A. Person-centred care in interventions to limit weight gain in pregnant women with obesity – a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 50.
25. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (6): CD007145.
26. International Weight Management in Pregnancy Collaborative G. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ* 2017; 358: j3119.
27. Brownfoot FC, Davey MA, Kornman L. Routine weighing to reduce excessive antenatal weight gain: a randomised controlled trial. *BJOG* 2016; 123(2): 254–61.
28. Olander EK, Atkinson L, Edmunds JK, French DP. Promoting healthy eating in pregnancy: what kind of support services do women say they want? *Prim Health Care Res Dev* 2012; 13(3): 237–43.
29. Mattisson I. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige: Livsmedelsverket, 2016.
30. Dencker A, Premberg A, Olander EK, et al. Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese – an interview study three years after childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16(1): 201.
31. Fieril DP, Olsen PF, Glantz D, Premberg DA. Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women – A qualitative study. *Midwifery* 2017; 44: 1–6.
32. Ivarsson A. Salut-satsningen. 2006-07-01 – 2020-01-01. <http://www.umu.se/forskning/forskningsprojekt/forskningsdatabasen/visa-projekt/?code=820¤tView=description>.

33. Jackson SE, Steptoe A, Wardle J. The influence of partner's behavior on health behavior change: the English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA Intern Med* 2015; 175(3): 385-92.
34. Öhlund I. Health implications of dietary intake in infancy and early childhood. Umeå University; 2008.
35. Huseinovic E. From efficacy to effectiveness: Two randomized controlled trials of lifestyle intervention postpartum: Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg; 2016.

Bilagor

1. Insatser i Göteborg bröt trenden med växande viktökning



1

BILAGA 1

Insatser i Göteborg bröt trenden med växande viktökning

Övervikt och fetma är växande folkhälsoproblem med vida och långsiktiga konsekvenser. Kvinnor i barnafödande ålder drabbas liksom övriga i befolkningen, och kvinnornas ofödda barn utsätts för metabol påverkan i moderlivet och senare som nyfödda och barn via överförda sociala faktorer. 13,7 procent av alla kvinnor som skrivs in i mödrahälsovården i Sverige har fetma (BMI \geq 30) och ytterligare 25,6 procent övervikt (BMI \geq 25). Det betyder att 40,7 procent av alla gravida bär på för hög vikt¹.



Mödrahälsovården i Göteborg antog utmaningen att arbeta med levnadsvanorna kost och fysisk aktivitet i en standardiserad beteendeintervention, projekt VIKTi-ga mammor (2011-2013)². Syftet var, att via livsstilsåtgärder rörande mat och rörelse samt inslag av motiverande samtalsteknik, begränsa viktuppgången under graviditet för kvinnor med BMI \geq 30. Valda delar av projektet är sedan 2014 implementerade i hela Västra Götaland och barnmorskorna har numera lokala riktlinjer för övervikt och fetma. Dessa riktlinjer innebär extra besök hos barnmor-

skan i tidig graviditet med motiverande samtal samt kostråd och rekommendationer om fysisk aktivitet. Barnmorskorna följer upp råden vid resterande besök under graviditeten, och där det finns sådana resurser hänvisas kvinnor som behöver det och så önskar till dietist, fysioterapeut eller hälsosatsningar i lokalsamhället för fördjupade samtal och insatser rörande kost och fysisk aktivitet.

Många mödrahälsovårdsområden har de senaste åren utarbetat egna vårdprogram och bedriver ett aktivt arbete för att förebygga stor viktuppgång under graviditet, framförallt hos kvinnor med övervikt och fetma. Insatsen har lett till att trenden med ökad viktuppgång under graviditeten har brutits och i dag märks en mindre viktökning i alla BMI-klasser. Mest påtaglig är nedåttrenden för kvinnor med fetma¹.

Många som arbetar inom mödrahälsovården har erfarenheten att problematiken med ohälsosamma levnadsvanor kan vara svår att närma sig och många gravida med fetma avböjer ofta barnmorskans försök till rådgivning. Det kan finnas en risk för integritetsintrång när barnmorskan tar sig an ohälsosamma levnadsvanor – och detta måste vägas in i bedömningen. En intervention med rådgivning om mat och rörelse till gravida med övervikt och fetma skulle kunna upplevas integritetskränkande och sårande. Medvetenhet om utmaningen och användande av erkänt fungerande samtalstekniker (till exempel motiverande samtal) innebär dock minskad risk för att avskräcka, kränka eller såra kvinnan. Att samtala kring känsliga ämnen och stödja till motivation är dessutom något barnmorskan har träning i och barnmorskemottagningen är en arena där det finns plats för känslor.

Det är vetenskapligt belagt att en lägre viktuppgång än som anses normal (12–15 kilo) under graviditet inte utgör någon medicinsk risk för vare sig mor eller barn³. Det viktiga är att kvinnan äter väl och näringsriktigt samt rör sig aktivt dagligen – något som visat sig kan vara svårt att åstadkomma och som kvinnan och familjen kan behöva stöd till. Barnmorskor och andra som träffar kvinnorna behöver, förutom utbildning i samtalsteknik, också ha lämplig utbildning och kunskap om matvanor, nutrition och fysisk aktivitet i samband med graviditet.

Enligt en systematisk genomgång av litteraturen är fetma vid graviditet associerat med en ökad risk att drabbas av graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, högt blodtryck, depression, för tidig födsel, för stort barn, medfödda missbildningar, instrumentell förlossning och kejsarsnitt samt fosterdöd och infektioner till följd av operationer i samband med barnafödande⁴. Stor viktökning under graviditeten innebär ytterligare risk för graviditetskomplikationer och negativ påverkan på kvinnans och barnets framtida kroppsvikt och hälsa⁵⁻⁷.

Studier och metaanalyser angående livsstilsintervention under graviditet för att begränsa viktuppgång för gravida med högt BMI (>25 eller >30) har visat sig delvis framgångsrika^{8,9}. Vissa resultat tyder på att kosten har störst betydelse, medan

andra visar att insatser med fysisk aktivitet får bäst effekt. Generellt efterfrågas insatser där metoderna har beskrivits tydligare samt baseras på beteendeförändring och inkluderar uppföljning av effekter post partum^{10,11}. Den vetenskapliga litteraturen visar också att enkla insatser med raka budskap via broschyrer och webbsidor kan ha väl så stor effekt som de mest påkostade och ambitiösa projekten¹²⁻¹⁴.

När det gäller rekommenderad viktuppgång under graviditet har American Institute of Medicine (IOM) BMI-specifika viktrekommendationer¹⁵. Brittiska National Institute for Health and Care and Excellence (NICE) saknar rekommendationer om viktuppgång och trycker på betydelsen av att ha en hälsosam vikt inför barnafödande, samt rekommenderar näringsrik kost och regelbunden fysisk aktivitet före, under och efter graviditet¹⁶.

Det finns ingen samlad kunskap eller metodbok för vad som visat sig ge resultat vid just graviditet, men det största registret i världen över vilka kostmetoder som fungerar för att gå ned i vikt och behålla vikten, The National Weight Control Registry (NWCR), är ett välrenommerat självrapporteringsregister med fem års uppföljning¹⁷. Sammanfattningsvis, enligt NWCR är de huvudsakliga framgångsfaktorerna för att hålla vikten i balans:



- äta regelbundet vardag som helg
- sänka energiintaget
- sänka fettintaget
- väga sig själv regelbundet
- anteckna intag av mat och dryck (för egen information)
- ägna cirka en timme per dag åt fysisk aktivitet



Referenser

1. Pregnancy register Graviditetsregistret Årsrapport 2016. Stockholm: QRC Kvalitetsregistercentrum, 2016.
2. Haby K, Glantz A, Hanas R, Premberg A. Mighty Mums - An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity. *Midwifery* 2015; 31(7): 685-92.
3. Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 759-64.
4. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev* 2015; 16(8): 621-38.
5. Begum F, Colman I, McCargar LJ, Bell RC. Gestational weight gain and early postpartum weight retention in a prospective cohort of Alberta women. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34(7): 637-47.
6. Amorim AR, Linne YM, Lourenco PM. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD005627.
7. Leonard SA, Petito LC, Rehkopf DH, Ritchie LD, Abrams B. Weight gain in pregnancy and child weight status from birth to adulthood in the United States. *Pediatr Obes* 2017; 12 Suppl 1: 18-25.

8. International Weight Management in Pregnancy (i-WIP) Collaborative Group. Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ* 2017; 358: j3119.
9. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (6): CD007145.
10. Gardner B, Wardle J, Poston L, Croker H. Changing diet and physical activity to reduce gestational weight gain: a meta-analysis. *Obes Rev* 2011; 12(7): e602-20.
11. Zhang S, Rattanatray L, Morrison JL, Nicholas LM, Lie S, McMillen IC. Maternal obesity and the early origins of childhood obesity: weighing up the benefits and costs of maternal weight loss in the periconceptional period for the offspring. *Exp Diabetes Res* 2011; 2011: 585749.
12. Bogaerts AF, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Van den Bergh BR. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond)* 2012.
13. Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Jorgensen JS. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes Care* 2011; 34(12): 2502-7.
14. Claesson IM, Sydsjo G, Brynhildsen J, et al. Weight gain restriction for obese pregnant women: a case-control intervention study. *BJOG* 2008; 115(1): 44-50.
15. IOM American Institute of Medicine. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington: National Academy Press; 2009.
16. NICE National Institute for Health and Care and Excellence. *Weight management before, during and after pregnancy*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/chapter/1-recommendations>.
17. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1 Suppl): 222S-5S.



Amning



Att förbereda blivande föräldrar under graviditeten, ge stöd och befrämja amning är en viktig del av mödrahälsovårdens hälsoinformation. Amning väcker mycket känslor¹. Det märks inte minst i samhällsdebatten och media som ofta ger en onyanserad bild. Det cirkulerar mycket okunskap, missuppfattningar och myter om amning och dess hälsoeffekter. Forskning visar att barnmorskans kunskaper och förhållningsätt till amning kan påverka hur mamman tar hand om sitt barn och hur länge hon väljer att amma². Barnmorskan har en viktig roll att väcka nyfikenhet, informera och stödja föräldrarna så att de kan göra ett informerat val om hur de vill föda upp sitt barn.

foto: Jonas Jacob Svensson



foto: Jonas Jacob Svensson

Amning har stor betydelse för folkhälsan på både kort och lång sikt. En sammanställning gjord av en forskargrupp inom Tidskriften Lancet visar att amning är viktig i såväl låginkomstländer som i höginkomstländer³. Amning minskar risken för diarré, luftvägsinfektioner och öroninfektioner, nekrotiserande enterocolit (NEC) och plötslig spädbarnsdöd³. Amning kan även förebygga diabetes och fetma på lång sikt³. För kvinnor har amning positiva effekter genom att den bland annat minskar risken för blödning i samband med förlossning samt påskyndar återhämtning och viktminskning efter förlossningen. Amningen minskar också risken för bröstcancer, ägsstockscancer, livmodercancer, hjärtkärlsjukdom och typ 2 diabetes³. Amning är även ekonomiskt, miljövänligt och kostnadseffektivt för både individ och samhälle⁴. Beräkningar i USA och England visar att ett samhälle skulle kunna spara miljarder på amning/bröstmjolk då det bidrar till en mer hälsosam och jämställd värld⁴.

Världshälsoorganisationen (WHO) har initierat en rad åtgärder för att skydda, främja och stödja amning⁵. WHO:s rekommendation är att amma och ge enbart bröstmjolk de första sex månaderna och därefter fortsätta med amning tillsammans med adekvat kost upp till två års ålder eller längre⁶. Det är därmed samhällets och hälso- och sjukvårdens uppgift att göra det möjligt för de kvinnor som önskar att amma sina barn genom att erbjuda det stöd som kvinnor behöver för att kunna amma i vårt samhälle.

Problembeskrivning

De flesta gravida kvinnor, 97% är positiva till att amma och majoriteten önskar följa WHO:s rekommendation att enbart ge sitt barn bröstmjolk och amma helt det första halvåret⁷. Trots det har amning under barnets första fyra månader minskat långsamt mellan åren 2004 och 2014 och nationell statistik med uppföljning av amning visar att 14,6% av barnen ammas helt vid 6 månader. Att färre mammor ammar sina barn enbart vid 1 vecka (77,8%), 2 månader (63,4%), och 4 månader (51,2%) visar senaste uppföljningen⁸.

Allt fler barn tillmatas med olika ersättningsprodukter under vårdtiden utan dokumenterad medicinsk indikation. Barn som får tillägg under vårdtiden ammas kortare tid^{9,10,11}. Det finns flera anledningar till att det kan vara svårt att sluta ge ersättningsprodukter. Nyfödda barn betar sig ofta olika och samspelet med mamman blir olika beroende på om de får bröstmjolk eller mjölkersättning. Barn som tillmatas får ibland en ökad mättnadskänsla och sover längre stunder i början beroende på att de får en större mängd ersättning. Barn som får bröstmjolk vaknar och ammar tätare för att stimulera bröstmjölksproduktionen vilket är extra viktigt under de första dygnet. Detta beteende kan tolkas av föräldrarna som att bröstmjölken inte räcker till. När barnen inte suger ofta uteblir stimuleringen av mammans bröst och risken finns att den egna mjölkproduktionen inte når upp i den mängd som barnet behöver. Amning tar tid framförallt i början och bygger på tillit och följsamhet till barnet.

Ett exempel på att minska eller undvika att ge ersättningsprodukter kan vara att kvinnor med diabetes vars barn ofta behöver tillägg på grund av ökad risk för hypoglykemi bör få information om att de kan mjölka ur bröstmjolk från graviditetsvecka 36. Bröstmjölken kan de ta med sig till förlossning och på så sätt minska eller undvika att ge ersättningsprodukter till sitt nyfödda barn. I en Australiensisk studie handmjölkade kvinnor två gånger högst tio minuter per dag från vecka 36 till barnets födelse. De förvarade mjölken i sprutor i frysen och tog med dem till förlossningen¹².

Utmaningar

Många mammor som slutar att amma före sex månader hade velat amma längre. Frånvaro av amning har konsekvenser för både barns och mödrars hälsa. Kostnader för sjukvård relaterade till utebliven amning har bland annat beräknats i USA och Storbritannien, där det framkom att en ökad amning skulle medföra en kraftig minskning av sjukvårdskostnader⁴. Aktuell forskning visar att information om amning redan under graviditeten är mest effektivt för att främja och stödja amning^{13,14}. Amningsinformation kan ske både individuellt och i grupp. Inom mödrahälsovården ska blivande föräldrar ges möjlighet och utrymme att diskutera och reflektera över amning och bröstmjolk samt få kunskap så att de kan göra egna informerade val. Forskning visar också att kunskap om amning under graviditeten både ökar amningstiden och kvinnans tillit till amning vilket i sin tur påverkar amningstidens längd positivt¹⁴. Även föreningen Amningshjälps kurs för gravida som finns på olika ställen i Sverige visar positiva resultat vad gäller mammas tillit till amning samt amningstidens längd¹⁶.

Rådgivningsnivå

Att väcka nyfikenhet

Att samtala kring graviditetssymptom med spända bröst redan vid inskrivnings-samtalet kan väcka nyfikenhet om amning och kan ge en ingång att fråga om kvinnans/parets inställning till amning och eventuell tidigare amningserfarenhet. Att därefter lyfta frågan om amning i mitten av graviditeten har visat sig vara mest effektivt. Under andra trimestern är modern socialt öppen och börjar fundera över hur hon kommer att bli som mamma och hur hennes partner kommer vara som förälder. Hon funderar också på vad ett nyfött barn klarar och vilka behov barnet har¹⁷. Att ha realistiska förväntningar på amningen underlättar övergången till moderskapet^{17,18}. I samtal med barnmorskan kan kvinnan formulera önskemål och eventuellt behov av stöd.

I föräldrautbildningen har det visats vara framgångsrikt att utgå från barnets behov och använda en interaktiv pedagogik¹⁹. Barnmorskan bör skapa en dialog med deltagarna utifrån deras tidigare erfarenhet och aktuella frågor. Att vara öppen och ha en icke värderande attityd ger större möjlighet för att de blivande föräldrarna ska våga ställa frågor och diskutera med andra²⁰. Barnmorskans roll blir att väcka nyfikenhet, stimulera diskussionen och föra in kunskapsbaserad information när det behövs. Diskussionen i gruppen kan locka fram fler perspektiv och förhoppningsvis en förståelse för att amning är ett samspel och att föräldrar och nyfödda barn behöver tid för att lära känna varandra.

Exempel på frågor som kan användas i föräldragrupp

- Vilken inställning har föräldrarna till amning?
- Hur har amningen sett ut i den egna familjen? Är föräldrarna själva ammade?
- Är amning bra – vilka hälsoeffekter känner föräldrarna till?
- Vilka tankar har de blivande föräldrarna om barns amning? Känner de oro över mjölkproduktion? Finns oro över att kunna amma?
- Vilka tankar finns om hur föräldrarna själva kan påverka amningen?
- Amningsprocessen – första dagarna till en etablerad amning?
- Vilka kunskaper har de blivande föräldrarna om det nyfödda barnets medfödda beteende, effekter av hud-mot-hud kontakt efter förlossning och den initiala amningen?
- Vilken betydelse har partnern för att amningen ska fungera? Ser de blivande föräldrarna amning som hinder för ett jämställt föräldraskap²¹?

Information till blivande föräldrar

Första timmarna efter barnets födelse

Aktuell forskning visar att första timmen/timmarna efter förlossningen är extra viktiga för amningen och barnets och föräldrarnas välbefinnande^{22, 23, 24}. Mödrahälsovårdens barnmorska har därför en viktig roll för att förbereda de blivande föräldrarna på första mötet med det nyfödda barnet. Att barnet läggs hud-mot-hud direkt efter förlossningen ökar mammans och barnets välbefinnande, underlättar omställningen till föräldraskapet och stimulerar amningsbeteendet. Hela amningsprocessen kan underlättas om barnet får ligga oavbrutet och säkert hud-mot-hud med mamman och få gå igenom sina nio instinktiva stadier för att själv ta bröstet när de är redo²³. Föräldrarna ser och följer de nio stadierna samtidigt som de har fokus på barnet så att det har fria andningsvägar²⁵. Att låta barnet själv söka sig till bröstet och börja suga kan vara betydelsefullt, speciellt om mamman oroar sig för att inte kunna amma²⁶. Som exempel på hur betydelsefull denna vårdrutin kan vara är att kvinnor med depressiva symptom som initierade amning inom de första timmarna ammade i större utsträckning sina barn vid 6 veckor ålder än de som inte initierat amning²⁴. Oavsett om mamman ska amma eller inte så har hud-mot-hud-kontakt många fördelar (se faktaruta 2). I de fall barnet inte kan vara hud-mot-hud med mamman, vilket bör eftersträvas för amningens skull, mår barnet bra av att vara hud-mot-hud med den andra föräldern²⁷. De blivande föräldrarna bör dock förberedas på att om barnet inte suger första timmarna kan kvinnan stimulera bröstet med sina händer och handmjölka vilket också gör att bröstmjölken produceras och ökar snabbare i mängd²⁷. Om en separation är nödvändig bör vårdpersonalen ge barnet tillfälle att ”börja om” genom att lägga barnet hud-mot-hud så snart situationen tillåter.

Mödrahälsovårdens uppgift är att:

- Identifiera och dokumentera kvinnans tidigare amningserfarenhet, förväntningar, behov av stöd och önskemål om amning i journalen. Vårdplaneringen följer sedan kvinnan genom hela vårdkedjan och följs upp inom förlossnings- och BB-vård och vid efterbesöken postpartum.
- Bidra till att mamman/föräldrarna motiveras till att amma eller ge enbart bröstmjölk i sex månader, samt bidra till att föräldrarna får möjlighet att reflektera och förbereda sig för amning (se reflekterade frågor ovan).
- Bidra till en positiv inställning till amning.
- Involvera och betona partners betydelse för amningen.
- Ge blivande föräldrar kunskap om det nyfödda barnets instinktiva beteende de nio stadierna (se faktaruta 1), hur barnet visar att det vill amma, samt behov av närhet och trygghet.
- Berätta om effekterna av hud-mot-hud-kontakt de första timmarna efter förlossningen; både de fysiologiska och psykologiska effekterna för mamman och det nyfödda barnet samt att amningsbeteende stimuleras av hud-mot-hud kontakten (se faktaruta 2 och 3).
- Visa bröststimulering/handmjölkning (praktiskt eller med hjälp av video via länken på 1177) och uppmuntra mamman att göra detta om barnet inte suger första timmarna.
- Informera om råmjölkens mängd och betydelse samt utdrivningsreflexens känslighet för yttre påverkan och hur den underlättas.
- Bidra till att blivande föräldrar får förståelse för amningsprocessen, amningsfrekvens och duration första dagarna och över tid samt att de kan förbygga amningsproblem.
- Informera de blivande föräldrarna om vart de kan vända sig för råd och stöd om amning efter barnets födelse.
- Remittera vid behov till amningsmottagning under graviditeten och/eller annan enhet i vårdkedjan till exempel vid tidigare traumatisk amningsupplevelse.

1

FAKTARUTA 1

Det nyfödda barnets nio instinktiva stadier

1. **Födelseskrik**
2. **Avslappning:** Barnet vilar efter födelsen och har vanligen inga mun- eller handrörelser.
3. **Uppvakning:** Barnet börjar göra små rörelser med huvudet och axlar, börjar blinka och så småningom öppna ögonen.
4. **Aktivitet:** Barnet börjar göra slick- och munrörelser samtidigt som sökrörelserna ökar.
5. **Kryp- eller glidrörelser:** Barnet försöker närma sig bröstet med korta kryprörelser eller gör glidande rörelser ofta baklänges.
6. **Vila:** Barnet vilar mellan perioder av aktivitet.
7. **Tillvänjning:** Barnet gör sig bekant med bröstet genom att slicka på bröstvårtan och röra vid bröstet samtidigt som barnet masserar bröstet, denna period tycker man ofta tar lång tid.
8. **Amning:** Barnet börjar suga.
9. **Sömn:** Barnet blir sömngt och somnar efter att ha tillfredsställt sitt naturliga behov att amma.

2

FAKTARUTA 2

Hud-mot-hud första timmen/timmarna

- minskar stressen i samband med födande
- ökar barnets välbefinnande
- lugnar barn som gråter
- minskar risken att barnet bli kallt (mindre energi används för att hålla normal temperatur)
- stabiliserar blodsockret
- stimulerar doftcentrum
- hjälper barnet att ta bröstet och börja suga

3

FAKTARUTA 3

Amning första timmen/timmarna

- ökar mjölmängderna snabbare och i takt med vad barnet behöver
- ökar förekomsten av helamning de första sex månaderna
- ökar mammans tillit till amningen
- minskar risken för tillmatning vilket kan minska barnens sugintresse på bröstet på grund av att de blir mätta
- minskar amningsproblem och bröstkomplikationer (tidig stimulering av bröstet som alternativ om barnet somnar innan barnet sugit eller vid eventuell separation mellan mamman och barnet ökar också mjölmängderna snabbare)

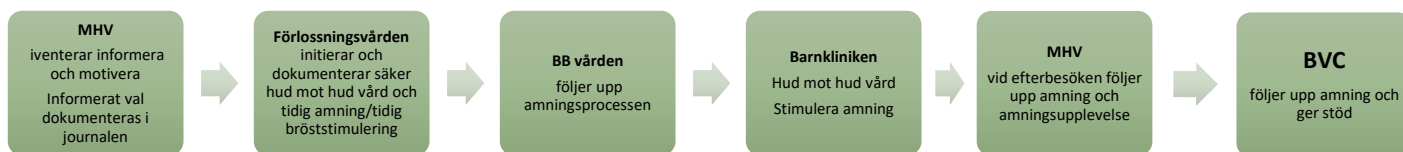
Behov av och metod för uppföljning

Barnmorskan har en viktig roll i att följa upp amningen och vid behov ge fortsatt kunskapsbaserat stöd vid efterbesöken. Kvinnor med tidigare smärtsamma eller svåra erfarenheter av amning bör erbjudas samtal under graviditeten och formulera en vårdplan inför kommande amning/icke amning. Flera amningsmottagningar har sådana samtal under graviditeten om mödrahälsovården inte erbjuder möjligheter.

Dokumentera uppföljning av amningsupplevelsen vid efterkontrollen 6–12 veckor efter förlossning. Följ upp nuvarande amning och dokumentera.

Samverkan/gränssytor mellan olika professioners perspektiv

Det är viktigt att ha en gemensam Amningsstrategi för hela vårdkedjan och att kunskap om amning finns hos alla professioner som möter de blivande och nyblivna föräldrar.



Vårdkedjan vid amning

Författare

Christine Rubertsson,

Leg. barnmorska, professor inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, Lunds universitet

Kristin Svensson,

universitetsbarnmorska, dr med vetenskap med speciell inriktning mot hud-mot-hud vård och amning, Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset

Faktagranskad av Anette Ekström, Leg. barnmorska, professor, Högskolan Skövde



foto: Kajsa Birmdyr och Kristin Svensson

Mer information

- Amningsstrategi för hela vårdkedjan baserad på WHO/UNICEF:s 10 steg, ett exempel från SLL, se mödrahälsovården på vårdgivarguiden: <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/bvc/riktlinjer-stodmaterial/amningsstrategi/>
- Regionalt Vårdprogram för Bröstkomplikationer under amning www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/Vardriktlinjer/Regionalavardprogram/Vardprogram/Brostkomplikationer-i-samband-med-amning/
- SOSFS 2008:33 Socialstyrelsens föreskrifter om; Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-33>
- Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa "Blå boken" sid 76 www.vardgivarguiden.se
- Amning idag. Kylberg, E., Westlund, A. M. & Zwedberg, S. (2009). Stockholm: Gothia förlag.
- Amning och Typ-1 diabetes. Diabetesförbundet <https://diabetesm.strandsgrafiska.se/DSF/SmartStore.aspx?6xni2of2cF1XK-5p9svSGX514vGtjkPV5zJta15cWuLAcBvKiMbVAaouFD8+JX0gj#!/CategoryHome/403>
- Jordmoderns samlade artiklar om amning. Hämtat 2/11 2017 <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/amning-sverige-artiklar-jordmodern-2016/>
- Magical hour, information på engelska om första timmen efter förlossningen <http://www.magicalhour.com/>
- Föreningen Amningshjälpen www.amningshjalpen.se
- En mammans filmer med erfarenhet av bland annat amning, hud-mot-hud och amningsteknik <http://www.babybaby.se/category/amning/amningsvideor/>

Referenslista

1. Palmér L. Amning och existens: moderskap, sårbarhet och ömsesidigt beroende vid inledande amning [doktorsavhandling]. Växjö: Linnéuniversitetet; 2015. Hämtat 5/11-17. urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-42986
2. Ekström A. Amning och vårdkvalitet. Breastfeeding and quality of care [doktorsavhandling] Stockholm,: Karolinska Institutet. Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Elanders Godtab; 2005.
3. Victora CG, Aluísio J D Barros AJD, França GVA, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387: 475–90. www.unicef.bg/assets/PDFs/2016/ECD/Breastfeeding_PDF.PDF
4. Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. *Lancet* 2016; 387: 491–504.
5. Socialstyrelsen Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding 2014 <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>
6. WHO, W.H.O., Exclusive Breastfeeding for Six Months is Best for Babies Everywhere. Hämtat 2/11 2017 http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
7. Amningscentrum. Patientenkät 2013 [opublicerat material]. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset.
8. Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2015. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20662/2017-9-4.pdf>
9. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr.* 2014;164(6):1339–45 e5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529621
10. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e726–32. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420922
11. Högkvist AP, Brantsæter AL, Grjibovski AM, et al. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breastfeeding. *Public Health Nutr.* 2010;13(12):2076–86
12. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan KM, Opie GF, Donath SM, Gold L, McNamara C, Aylward A, East C, Ford R, Amir LH. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet.* 2017 Jun 3;389(10085):2204–2213. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31373-9.

13. Fairbank L, O'Meare S, Renfrew MJ, Woolridge M, Snowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess.* 2000;4:1-171 10.
14. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008;33(5):315-9.
15. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006. SepOct;35(5):616-24.
16. Gardelöf Nordström, L. & Shutova, E. (2015) Utvärdering av Sensus amningsutbildning för blivande föräldrar. Uppsala: Uppsala universitet
17. Stern D N, Bruchweiler-Stern N, Freeland A (1999) En mor blir till: hur moderskap förändrar dig för all framtid. Stockholm Natur och Kultur
18. Zwedberg S. Ville Amma! En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär; deras upplevelser, problemhantering samt amningskonsultativa möten. Doktorsavhandling Pedagogiska Institutionen, Stockholms universitet (2010)
19. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008 May;17(9):1132-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x. Review.
20. Holm-Ivarsson B, Oritz L, Wirbing P. (2013) MI – motiverande samtal i socialt arbete. Stockholm, Gothia förlag
21. Berggren M. Jämställt föräldraskap; 2014. <http://www.jamtforaldraskap.nu/wp-content/uploads/2014/04/Barnbladet-Mats-B.docx>
22. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N & Dowswell, T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5 2012. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
23. Widström A-M, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahlöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behavior to locate the breast when skin to skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100, 79-85
24. Cato K, Sylvén SM, Lindbäck J, Skalkidou A, Rubertsson C. Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months—Identifying women in need of targeted breastfeeding support. *PLoS One.* 2017 Jun 14;12(6):e0179402. doi: 10.1371/journal.pone.0179402. eCollection 2017.PMID:28614419
25. LÖF Säker Förlösningvård Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) – Plötslig oväntad spädbarnskollaps Upprättad: 2017-02-24 <https://lof.se/wp-content/uploads/SUPC-Pl%C3%B6tslig-ov%C3%A4ntad-sp%C3%A4dbarnskollaps.pdf>
26. Aghdas K, Talat K, Sepideh B, Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin, contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth* 2014 27 37-40

27. Velandia M1, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatr.* 2012 Apr;101(4):360-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02523.x. Epub 2011 Dec 1.
28. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants. *Breastfeed Med.* 2015; 10(2):84-91.



Psykisk ohälsa

Mödrahälsovården har i uppgift att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa, erbjuda stöd och motivera till behandling. Fortfarande är det få kvinnor som aktivt söker hjälp och många berättar om stigmatisering och om att de inte vågar prata om hur de mår känslomässigt. För att kunna ställa frågor som identifierar kvinnor med psykisk ohälsa krävs en förtroendefull relation. För att bygga sådana relationer måste barnmorskan kunna sätta sig in i kvinnans livsvillkor, sammanhang, tidigare erfarenhet och sociala nätverk.



Graviditet, barnafödande och nyföddhetsperiod är en fas i livet som oftast förknippas med lycka och glädje. Verkligheten ser dock annorlunda ut för många kvinnor och familjer. Psykisk ohälsa är lika vanligt under graviditet som annars i livet och är den vanligaste komplikationen för gravida. Omställningen under graviditet kan vara den period då kvinnor för första gången känner av känslomässiga påfrestningar och drabbas av ångest och depression eller återinsjuknar i tidigare psykiska sjukdomar. En graviditet kan också innebära speciella utmaningar för kvinnor som tidigare har haft eller har pågående ätstörningar, påfrestande livshändelser, förlossningsrädsla eller neuropsykiatrisk funktionsvariation som exempelvis ADHD eller Aspergers syndrom. Barnmorskans roll i arbetet för att främja psykisk hälsa innehåller flera delar. Att minska stigma och öka kvinnors nyfikenhet på och kännedom om sin psykiska hälsa faller väl in under mödrahälsovårdens hälsofrämjande arbete.

Kvinnor med tidigare psykisk ohälsa har en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. Svensk forskning visar att depression under graviditet förekommer hos cirka 10 procent av kvinnorna¹⁻³ och ångestsymptom hos cirka 16 procent⁴. Psykiska sjukdomar kan få allvarliga konsekvenser för både mamman, barnet och hela familjen⁵. Psykisk ohälsa kan leda till prematur födsel och barnen har oftare låg födelsevikt i relation till graviditetens längd^{6,7}.

Anknytningen till barnet kan påverkas både under graviditeten och efter att barnet är fött⁸. Kvinnor som har psykisk ohälsa under graviditeten har betydligt ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa postpartum (nyinsjuknande eller återfall). Självmord i samband med graviditet och förlossning är ovanligt, men cirka tre till fyra fall inträffar i Sverige varje år. Svensk forskning visar att de flesta av de kvinnor som begick självmord under graviditet och året efter förlossning hade en känd psykiatrisk sjuklighet, som dock inte alltid fångats upp av mödravården. I något fall fanns inga signaler om psykisk ohälsa dokumenterade i mödravårds- eller förlossningsjournalerna⁹.

Barnmorskan bör vara särskilt uppmärksam vid bipolär sjukdom eftersom kvinnorna riskerar att få återfall, oftast i depressiva episoder både under graviditeten och efter förlossningen. Under graviditeten görs en vårdplanering med noggrann uppföljning efter förlossningen¹⁰.

Förlossningsrädsla uppmätt med självskattningsskalan Fear of Birth Scale (FOBS) i samband med ultraljudsundersökning i graviditetsvecka 17-20 visade en förekomst på cirka 22 procent, och utlandsfödda kvinnor visade en betydligt ökad risk för att visa symptom på förlossningsrädsla¹¹. En systematisk sammanläggning av studier i 18 länder visade att cirka 14 procent av alla gravida kvinnor hade förlossningsrädsla (olika instrument för identifiering användes)¹². Senare forskning visar också att det finns en samsjuklighet med depression och ångest¹³.

Ätstörningar, se kapitlet Kost.

Missbruk, se kapitlet Alkohol.



Psykisk ohälsa, ett spektrum

Samtal om psykisk ohälsa

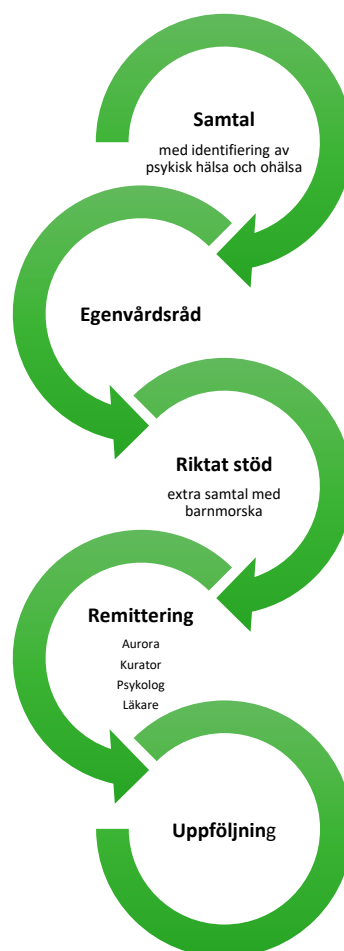
Graviditeten kan vara en period då kvinnan omvärderar sin hälsa och är mer motiverad att investera i behandling och i sin psykiska hälsa. Barnmorskan är den vårdgivare som kan erbjuda mest kontinuitet med minst 8-9 vårdbesök under graviditeten. Helst bör denna vårdrelation fortsätta en längre period postpartum och den vårdplanering som gjordes under graviditeten utvärderas och följas upp. För att kvinnan och familjen ska ges optimala förutsättningar bör vården efter noggrann anamnes individualiseras utifrån behov och planeras i samarbete med andra professioner.

Barnmorskans uppgift är att skapa en god förtroendefull relation för att kunna identifiera kvinnans frisk- och riskfaktorer och utifrån dessa bedöma hennes psykiska hälsa. Barnmorskan bör kunna känna igen olika symptom på sjukdomar och skilja normala graviditetssymptom såsom ökad eller minskad aptit, ökat sömnbehov och trötthet från symptom på sjukdom. Barnmorskan bör också kunna ställa adekvata frågor, lyssna in familjens situation, vid behov ge råd om egenvård, erbjuda riktat stöd i form av samtal och remittera till annan vårdgivare när annan kompetens behövs.

Riskfaktorer för perinatal psykisk ohälsa:

- Tidigare psykisk ohälsa
- Utsatthet för våld
- Påfrestande livshändelser och livsstress
- Låg socioekonomisk status
- Utlandsfödd
- Bristande stöd i partnerrelation
- Bristande socialt nätverk
- Missbruk
- Fysisk ohälsa

Barnmorskans arbete med psykisk ohälsa





En bra psyko-social anamnes är grunden till en adekvat riskbedömning och rätt åtgärd. Alla gravida kvinnor ska tillfrågas och få möjlighet att reflektera över sin psykiska hälsa och ohälsa vid inskrivning vid mödrahälsovården. Inför samtal som syftar till att identifiera psykisk ohälsa är det viktigt att ha en strategi för att skapa en förtroendefull relation och kommunikation.

Exempel på frågor vid samtal för att identifiera psykisk ohälsa:

- Hur mår du nu i början av graviditeten? (Vid inskrivningssamtalet)
- Händer det att du känner dig mycket ledsen och orolig?
- Har du psykiska besvär nu under graviditeten, i så fall har du någon behandling och vem ansvarar för behandlingen?
- Har du någon samtalskontakt?
- Har du tidigare haft psykiska besvär och i så fall vilken behandling fick du då?
- Är du orolig att besvären ska komma tillbaka? Om eller när du känner av dina besvär, – hur hanterar du dem?
- Har någon av dina föräldrar psykisk sjukdom?

Frågor till omföderskor

- Har du haft en psykisk sjukdom i samband med graviditet och förlossning?
Kan du berätta om förloppet, vilken behandling fick du?

Beroende på utfallet av frågorna, svårighetsgrad och riskbedömning görs sedan en vårdplanering tillsammans med kvinnan.

Rådgivande samtal

Vid identifiering av psykisk ohälsa är det barnmorskans uppgift att göra en plan med riktade insatser. En del barnmorskor har utbildning och följer upp frågorna om psykisk ohälsa med ett självskattningsformulär. Självskattningsformuläret Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) används i dag som screeningsformulär inom barnhälsovården när barnet är 6-8 veckor gammalt. EPDS utvecklades från början för att upptäcka depressionssymptom hos kvinnor postpartum men är också validerad i Sverige för att kunna användas under graviditet. Det når dock inte upp i tillräckligt hög sensitivitet (träffsäkerhet) för att kunna rekommenderas som generellt screeningsinstrument under graviditeten¹⁴. Frågorna i EPDS kan dock göra det lättare att på ett strukturerat sätt bedöma förekomsten av depressions- och ångestsymptom och kan på så sätt användas som fördjupning om kvinnan har uppvisat riskfaktorer för psykisk ohälsa eller om kvinnan gett signaler om psykisk ohälsa. Barnmorskor som är utbildade i att använda EPDS följer rutiner för uppföljning och/eller bokar tid för ett extra samtal.

Förslag på egenvård:

- Identifiera goda kost- och motionsvanor.
- Se över vem som kan ge avlastning och stöd i nätverk.
- Se över social samvaro och vänner (umgänge med personer man trivs med).
- Se över vad som skapar oro och stress, skriv ned en lista och se över vad som kan strykas för att minska stress.
- Identifiera positiva saker/aktiviteter som ger känslomässigt välbefinnande, skriv ned en ”må-bra-lista” och se över vad som kan ökas/göras oftare på listan.
- Föreslå åtgärder som kan minska stress.
- Föreslå aktiviteter som kan bidra till känslomässigt välbefinnande, exempelvis mindfulness och yoga.
- Överväg möjligheten att skriva ut FaR (Fysisk aktivitet på recept).

Barnmorskans samtal under graviditet bör ha fokus på att:

- Lyssna in hur kvinnan mår känslomässigt och hur hon hanterar sin situation.
- Följa anknytningsprocessen och den psykologiska omställningen.
- Lyssna in processen och erfarenheter av behandling hos annan vårdgivare (specialmödrahälsovård, enhet för förlossningsrädsla, läkare, psykolog, kurator, sjukgymnast eller annan vårdgivare).
- Uppdatera vårdplaneringen.

Barnmorskans samtal postpartum bör ha fokus på:

- Fysisk och psykisk omställning efter graviditet och förlossning
- Följa upp förlossningsupplevelsen
- Omställningen till föräldraskap
- Amning och barnets uppfödning
- Erbjud extra besök vid behov för att kunna följa upp den psykiska hälsan
- Ta reda på eventuellt önskemål om hembesök av barnmorska och undersök om det kan tillgodoses
- Vid behov remittera till annan vårdgivare

Författare

Christine Rubertsson,

Barnmorska, professor inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, Lunds universitet

Faktagranskad av Margareta Larsson, Barnmorska, docent Uppsala Universitet

Mer Info


- Specialist Mental health midwives What they do and why they matter
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/MMHA%20SMHMs%20Nov%202013.pdf>
- EPDS-formulär översatta till 22 validerade språk
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/epds-formular-over-satt-till-22-validerade-sprak/>

Referenser

1. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch of Womens Ment Health* 2005; 8:97-104.
2. Rubertsson C, Wickberg B, Rådestad I, Hildingsson I, Waldenström U. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol* 2005; 23:155-166.
3. L. Andersson, I. Sundström-Poromaa, M. Bixo, M. Wulff, K. Bondestam, M. Aström. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 189 (2003), pp. 148-154
4. C. Rubertsson, J. Hellström, M. Cross, G. Sydsjö, J. Hellström, M. Cross, et al. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*, 17 (2014), pp. 221-228
5. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry* 2001; 40(12):1367-1374.
6. S.R. Liou, P. Wang, C.Y. Cheng. Effects of prenatal maternal mental distress on birth outcomes. *Women Birth* (2016), 10.1016/j.wombi.2016.03.004
7. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women and Birth*. 2015;28(3):179-193. doi: 10.1016/j.wombi.2015.02.003.
8. Pallant JF, Haines HM, Hildingsson I, Cross M, Rubertsson C. Psychometric evaluation and refinement of the prenatal attachment Inventory. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(2):112-125
9. Esscher A, et al. Maternal mortality in Sweden 1988-2007: more deaths than officially reported. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013;92(1): 40-46. doi: 10.1111/aogs.12037
10. *Klinisk handbok om psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning.* Region Uppsala. <http://publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-13692&docId=DocPlusSTYR-13692>
11. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women--findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*. 2015 Apr;31(4):445-50. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011.
12. O'Connell, M., et al., Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2017.

13. Rouhe H, et al.
Mental health problems common in women with fear of childbirth.
BJOG. 2011;118:1104–11.
 14. Wickberg B, Hwang CP.
The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatr Scand. 1996 Sep;94(3):181–4.
 15. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, et al. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. Nord J Psychiatry 2011 Dec; 65(6): 414–8
-
- SBU rapport, Förebyggande av postpartumdepression publicerat 2014-05-08
 - ARG rapport 62 2010 Barnafödande och psykisk sjukdom
 - ARG rapport 77 2017 Förlossningsrädsla
 - Behandling av depression och ångestsyndrom under graviditet och amning
 - Bendix Marie och Blomdahl Margareta, Läkemedelsverket 2016
https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_depression_och_angestsyndrom_under_graviditet_och_amning.pdf
 - Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
Socialstyrelsen. 2016
<https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-depression-och-angestsyndrom>

Motiverande samtal



Motiverande samtal är en empatisk, förändringsinriktad och evidensbaserad rådgivningsmetod för att öka en patients motivation till förändring. Metoden innebär att barnmorskan lyssnar med acceptans, medkänsla och respekt, lockar fram förändringsprat och stärker självförtroendet. I motiverande samtal ger barnmorskan information i en dialog. Stilen är inriktad på samarbete. Patienten får stöd att fokusera på möjligheterna till beteendeförändring och komma fram till sina egna svar och beslut.

Vad är MI?

Motiverande samtal (MI)^{*)} är ett förhållningssätt som innebär ett visst sätt att lyssna och en serie strategier för att locka fram och förstärka förändringsprat och stärka självtilliten. Man kan kalla det för *motiverande strategier*. Barnmorskans syfte är att starta eller påskynda en förändringsprocess.**)

MI är en personcentrerad metod – det är patientens syn på saken som är viktig. Patienten får själv komma fram till hur hon ska handla medan barnmorskans roll är mer av en coach som lyssnar och erbjuder kunskap och stöd. Barnmorskan är aktiv och engagerad och försöker föra samtalet i riktning mot förändring. Att barnmorskan är uppmuntrande och bekräftar patientens styrkor och ansträngningar har ofta stor betydelse för patientens självtillit, något som kan avgöra om patienten lyckas genomföra en förändring eller inte.

MI kan användas på nivån *rådgivande samtal* på alla de fyra fokusområden som omfattas av *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling*: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Denna nivå rekommenderas i riktlinjerna vid användning av tobak eller alkohol under graviditet. För gravida som har ohälsosamma matvanor och samtidigt otillräcklig fysisk aktivitet, något som innebär en ökad risk för kraftig viktuppgång under graviditeten, rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal. MI är ett viktigt komplement till behandlingen vid kvalificerat rådgivande samtal.

MI-metoden har utvecklats av en amerikansk professor i psykologi, William R. Miller och Stephen Rollnick, också professor i psykologi och metodutvecklare på området samtal inom hälso- och sjukvården. De har på senare år har betonat MI-samtalets karaktär av fyra processer¹.

Nedan presenteras MI-metoden och dess fyra processer eller faser i en fallbeskrivning. Viktiga MI-tekniker och strategier exemplifieras i fallbeskrivningen. Varje MI-samtal bör också följas upp, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer.

^{*)} MI heter på engelska *Motivational Interviewing*. På svenska används *motiverande samtal* eller enbart *MI*, och denna förkortning används i artikeln.

^{**)} För enkelhetens skull används ordet "hon" för både barnmorska och patient även om båda två kan vara av annat kön.



PROCESS 1

Engagera patienten och skapa ett gott samarbetsklimat

Under den första processen försöker barnmorskan skapa ett gott samarbetsklimat. Då är grunden lagd för att kunna stimulera patientens motivation till beteendeförändring. Förhållningssättet anses vara viktigast i MI. Viktiga tekniker är reflektivt lyssnande och information i dialog.

Sofia, 28 år, kommer till barnmorskemottagningen för ett samtal i graviditetsvecka 10. Sofia är normalviktig, frisk och tar inga mediciner. Hon är gift och arbetar som undersköterska inom äldreomsorgen. Barnmorskan använder motiverande samtal MI i den del av samtalet som handlar om information och rådgivning om levnadsvanor, och det är den delen vi nu får följa. Detta är det andra samtalet. I det första samtalet har barnmorskan screenat för AUDIT. Patienten dricker inte alkohol överhuvudtaget.

För en fallbeskrivning som illustrerar ett första samtal med en patient om alkohol, droger och läkemedel, se bilaga.

Bm: Vi bestämde vid förra samtalet att vi skulle prata lite mer om dina levnadsvanor idag, och då brukar vi prata om tobak, fysisk aktivitet och kost. Hur ser det ut för dig med de sakerna? (Information, öppen fråga)

Sofia: Jag har ju ett jobb inom äldreomsorgen där jag går mycket så det får räcka. Orkar inte så mycket när jag kommer hem. Kan ta nån promenad när jag har en ledig dag.

Bm: Du har ett fysiskt krävande arbete som tar mycket av din kraft när du kommer hem. Det är bra att du tar en extra promenad ibland på fritiden. (Enkel reflektion, information)

Sofia: Ja, men jag har varit mer trött än jag brukar, men det är väl vanligt?

Bm: Ja det är vanligt med ökad trötthet i början av en graviditet. Det brukar bli bättre längre fram. Berätta mer om dina levnadsvanor. (Information, öppen fråga)

Sofia: Jag snusar, jag har rökt ganska mycket förut. Men så fick vi inte röka på jobbet längre. Så jag lade om till snus istället, för det påverkar ju ingen annan, tänkte jag. Det är väl inte så farligt?

Förhållningssätt

Varje människas behov av att bli förstådd, accepterad och respekterad är en grundläggande utgångspunkt för MI. Barnmorskan lyssnar, anstränger sig för att förstå hur patienten tänker och visar att hon vill det bästa för sin patient. MI-metoden betonar vikten av locka fram patientens tankar och prat om förändring. Den som talar med någon om ett dilemma får ofta en ny syn på saken. Barnmorskan hjälper patienten att hitta sina egna svar och lösningar. Det blir ett samarbete mellan två "experter". Barnmorskan är expert på graviditet och levnadsvanor. Patienten är expert på sitt eget liv.

Reflektivt lyssnande

Reflektivt lyssnande är ett sätt att stimulera patienten att berätta. Frågor varvas med reflektioner, sammanfattningar och bekräftelse.

Öppna frågor

Barnmorskan försöker ställa fler öppna än slutna frågor. Det vill säga frågor som inte kan besvaras med ja eller nej. Öppna frågor inleds med orden berätta, vad, hur och på vilket sätt. Samtidigt behövs även slutna frågor, exempelvis när rådgivaren samlar information: "Hur länge har du rökt?". Öppna frågor ökar chansen att barnmorskan får reda på det som är väsentligt för patienten, medan många slutna frågor gör patienten passiv.

Reflektioner

Reflektioner innebär att barnmorskan återspeglar vad patienten har sagt. Barnmorskan återberättar en mening eller del av en mening, med sina egna ord. Ett sådant sätt att lyssna upplevs empatiskt och stimulerar patienten att berätta mer. På så sätt kan barnmorskan kontrollera att hon har uppfattat patienten rätt. Patienten kan, å sin sida, konstatera att barnmorskan verkligen har lyssnat och uppfattat rätt, alternativt rätta om det blivit fel. Reflektioner kan också klargöra hur patienten tänker. Patienten får höra vad hon själv har sagt vilket kan göra att hon förstår sig själv bättre. Reflektioner kan också användas för att förstärka prat om förändring och styra samtalet. En *enkel reflektion* återspeglar ganska exakt det patienten har sagt medan en *komplex reflektion* försöker fånga en djupare innebörd i det sagda.

Sammanfattningar

Sammanfattningar är kortare eller längre referat som kan användas för att klargöra och förstå det som berättats. De fyller en liknande funktion som reflektioner och kan samtidigt ge en ännu större möjlighet för barnmorskan att samla ihop och betona vissa saker som hon vill förstärka.

Bekräftelse

Bekräftelse innebär att barnmorskan gör yttranden som visar att hon ser och uppskattar patienten som person genom att betona goda egenskaper, kompetens, styrkor och ansträngningar, för att därmed stärka patienten.

Information i dialog

En viktig uppgift för barnmorskan är att erbjuda information, exempelvis om hur alkohol påverkar fostret eller om metoder för att sluta röka. Barnmorskan ska också återkoppla resultatet av AUDIT-screeningen. I MI ber barnmorskan om lov innan hon ger information och råd. Börja med att introducera ämnet. Att säga: ”Får jag berätta” eller ”Vill du höra?” är enkelt och förebygger irritation. Om patienten har sagt ja till information är chansen större att hon lyssnar och tar till sig informationen. Därefter utforskar barnmorskan vad patienten redan vet, ger information och låter patienten dra sina egna slutsatser.

Barnmorskan bör formulera sina råd som förslag. Istället för att säga ”du borde”, ”du måste” eller ”jag tycker du ska” kan det vara bra att säga:

- en tanke som jag har är...
- ett förslag kan ju vara att ...
- många har blivit hjälpta av att ... men det är bara du som vet vad du är beredd att göra
- det vi brukar rekommendera är ...

Svårigheter i kommunikationen

Om barnmorskan inte är tillräckligt respektfull eller följsam, går för fort fram, kommer med råd som patienten inte vill ha, är konfrontativ eller försöker övertyga och övertala till förändring uppstår lätt svårigheter i kommunikationen. Det kallas *dissonans* ^{***}), och framkallas av barnmorskans sätt att samtala. Patienten blir motvillig att prata vidare om saken och argumenterar kanske emot barnmorskans förslag. Sådana beteenden är tecken på att barnmorskan bör ta ett steg tillbaka och gå in för att lyssna. Det bästa sättet att bemöta irritation är en reflektion som

***) Ett mer inarbetat ord för dissonans är motstånd.

följs av en fråga, till exempel ”Du känner dig pressad. Det är svårt att få in några nya vanor i ditt liv just nu. Det kan jag förstå. Vill du berätta lite mer om hur du tänker?”. Barnmorskan visar därmed att hon uppfattar irritationen och vill förstå hur patienten känner och tänker. Det är också bra att markera patientens självbestämmande genom att till exempel säga ”Det är bara du som vet vad du vill göra.” Ofta räcker detta för att återgå till ett bra samarbetsklimat.



PROCESS 2

Fokusera på ämnet för beteendeförändring och utforska motivationen

I den andra processen fokuserar barnmorskan på ett målbeteende där en beteendeförändring är önskvärd.

Fallbeskrivning, fortsättning.

Bm: Du har gjort en stor förändring och bytt från cigaretter till snus. Hur mycket snusar du under en dag? (Bekräftelse, slutna fråga)

Sofia: Ungefär en halv dosa catch per dag, så en dosa räcker i två dagar.

Bm: Du snusar varje dag, cirka tio prillor om dagen. Ser det lika ut vardag som helgdag? (Enkel reflektion, slutna fråga)

Sofia: Nja, på helgen kan det bli lite mindre, för då brukar jag röka e-cigarett också. För att hålla min kille sällskap när han går ut och röker, och så är det gott.

Bm: Jag förstår. Kan vi prata lite mer om dina tobaksvanor? (Slutna fråga, ber om lov)

Sofia: Ja det kan vi göra.

Be om lov att ta upp ämnet

Det är alltid klokt att börja med att be om lov att ta upp ett ämne. Ett sätt att fråga är: ”Är det okej att vi pratar lite om dina levnadsvanor?”. Här kommer ofta ett verktyg som kallas *meny – agenda* till användning. Det innebär att barnmorskan erbjuder en meny av möjliga samtalsämnen och att patienten lägger till sina egna samtalsämnen. Därefter bestämmer patienten vilket ämne man ska börja tala om. Se bilaga för en fallbeskrivning om att använda meny – agenda vid ett samtal med en patient om alkohol, droger och läkemedel.



PROCESS 3

Frankalla förändringsprat och förstärk patientens självtillit

Den tredje processen handlar om kärnan i MI – att locka fram och förstärka förändringsprat och stärka självtilliten.

Fallbeskrivning, fortsättning.

Bm: Vad känner du till om snusning och graviditet, och om e-cigarett? Kan vi börja med snuset, kanske? (Öppen och slutna fråga, ber om lov)

Sofia: Jag vet inte så mycket, annat än att det är mindre nikotin än i cigaretter.

Bm: Jag kan berätta vad vi vet idag om hur snusning påverkar graviditeten och sen om e-cigarett, om du tycker det är okej? (Information, ber om lov)

Sofia: Ja, absolut.

Bm: Snus kan faktiskt innehålla mer nikotin än cigaretter och nikotin är farligt för barnet. Vi vet genom forskning att snusning kan öka risken för missfall. (Information)

Sofia: Va? Är det så?

Bm: Ja, så är det. Och sedan stör nikotin det lilla fostrets hjärtrytm. Och då kan det uppstå andningssvårigheter hos det nyfödda barnet som kan öka risken för plötslig spädbarnsdöd. Barnet tycks kunna glömma att andas helt plötsligt. Vad tänker du när du hör det här? (Information, öppen fråga)

Sofia: Nej vad läskigt! Det visste jag inte.

Bm: Du blir förskräckt. (Komplex reflektion,)

Sofia: Ja. Nu när du säger det här så låter det ju inte klokt att jag snusar. (Förändringsprat)

Bm: När det gäller e-cigarett, undrar jag om det är e-cigarett med eller utan nikotin du använder? (Sluten fråga).

Sofia: Det vet jag inte, med nikotin kanske...

Bm: Vet du något om hur e-cigaretterna kan påverka fostret? (Sluten fråga)

Sofia: Nej, men de säger ju att det är helt ofarligt.

Bm: Om det är e-cigarett med nikotin så kan de också innehålla mycket nikotin och som jag sa nyss så stör nikotin hjärtats rytm, och det kan göra så barnets andning försvåras efter att det är fött. Och även om det är e-cigarett utan nikotin så har forskare hittat skadliga ämnen som tungmetaller och cancerframkallande ämnen i e-cigarett. Så ofarligt är det inte. (Information)

Sofia: Fy, vad arg jag blir, om man ska tro reklamen är det helt ofarligt, ju. Det kan jag ju inte hålla på med! (Förändringsprat)

Bm: Du blir förskräckt när du hör både om snus och e-cigarett, att det är farligt för ditt barn. Och det skadar dig själv också. (Komplex reflektion, förstärker förändringsprat, information)

Sofia: Ja, det är inte klokt. Jag blir förbannad. Dom luras i reklamen.

Bm: Så e-cigarett tänker du låta bli. (Komplex reflektion)

Sofia: Ja, det tänker jag. Men hur ska jag kunna låta bli snuset? Det är inte så lätt. (Åtagande att sluta med e-cigarett, förändringsprat)

Bm: Det känns svårare. Får jag ställa ett par frågor till dig? (Enkel reflektion, sluten fråga)

Sofia: Mmm.

Bm: Den första frågan handlar om hur viktigt det känns att låta bli snuset, nu när du vet att det är farligt för barnet. På en skala 0–10, där 0 är inte viktigt och 10 mycket viktigt – hur viktigt är det för dig att låta bli snuset under graviditeten? (Sluten fråga, skalfråga om vikt)

Sofia: Hm, det är jätteviktigt förstås ... när jag hörde det där ... jag sätter en 8–9. (Förändringsprat)

Bm: Du säger 8–9. Vad är det som gör att du inte sa en lägre siffra, som 3 eller 0? (Enkel reflektion, öppen fråga)

Sofia: Jo, men det är viktigt att inte hålla på med nikotin. Det tyckte jag ju innan också, så det där med rökfri arbetstid hjälpte mig att sluta med cigaretterna. Och när du berättade hur snus kan påverka barnet så känns det ju jätteviktigt. (Förändringsprat)

Bm: Den andra frågan handlar om din tilltro till din förmåga att sluta snusa om du skulle bestämma dig för det, på samma skala igen 0–10? Hur tänker du där? (Sluten fråga, skalfråga om förmåga)

Sofia: Ja ... (funderar) det är där det är svårt. Där blir det nog inte mer än en femma. För det var tufft att byta från cigarett till snus, jag hade sånt sug. Och då hjälpte ju snus. Hur ska jag klara att låta bli helt? Hur skulle det gå till? När Robin, min kille, röker måste jag ha nåt. När jag jobbar går det bra, men inte på kvällar och helger. Tror du det gör nåt om jag snusar lite grann? (Status quo-prat)

Bm: Du sätter en femma, för du är rädd att det kan bli tufft att sluta med snuset nu. Samtidigt är du upprörd när du vet att snuset verkligen kan skada ditt barn. På din fråga kan jag svara ja, det skadar barnet om du tar lite grann. Vad tror du skulle kunna få dig att våga pröva att sluta helt att snusa? (Komplex dubbelsidig reflektion, information, öppen fråga)

Sofia: Om det finns nån tablett jag kan ta ... eller ... jag måste komma på nåt annat jag kan göra. Jag vet inte ... (Förändringsprat)

Bm: Du behöver komma på hur du kan göra. Du behöver tips. Jag kan berätta lite om du vill vad jag vet om sådant som hjälper. (Komplex reflektion, information, ber om lov)

Sofia: Ja. Har du några tips?

Bm: Men först undrar jag vad du själv tänker om hur du kan göra. (Öppen fråga)

Sofia: Det är väl i så fall samma som jag gjorde när jag slutade röka. Jag hittade på saker hela tiden. Jag höll igång väldigt mycket så jag inte skulle tänka så mycket på det. (Förändringsprat)

Bm: Precis. Det är vad som hjälper, att hålla dig sysselsatt så du tänker på annat. Det folk gör mer som verkligen hjälper är att de sätter ett datum och förbereder sig. Och när stoppdagen kommer så slänger de allt snus och har ingenting hemma. Sedan håller de sig sysselsatta. De rör på sig mycket och gör saker för att hålla tankarna på annat än snuset. (Information)

Sofia: Det låter ju bra. Det kanske jag kan göra. (Förändringsprat)

Bm: Du tycker det låter bra. Det är också viktigt att äta ordentligt och regelbundet första tiden. Det förebygger sug som kanske egentligen är hunger. Och sen har de något annat i munnen. Att skära små bitar av färsk ingefära och lägga under läppen är något som funkar för många. Det bränner lite och är bara nyttigt. (Enkel reflektion, information, förstärker förändringsprat)

Sofia: Vilket bra tips.

Bm: Så vad skulle passa dig, om du bestämmer dig för att sluta snusa? (Öppen fråga)

Sofia: Ja ... det där med ingefära var en bra grej. Och hålla mig sysselsatt och ha mycket att göra. Sätta datum också. (Förändringsprat)

Bm: Ingefära och att hålla dig sysselsatt, och sätta stoppdatum. Vad kan du göra för att hålla dig sysselsatt? (Enkel reflektion, öppen fråga)

Sofia: Sociala medier, spela dataspel, laga mat, greja hemma, gå ut och gå.

Bm: Vilka bra idéer. Du sa att på dagtid under vardagar är det inga problem, utan det är kvällar och helger som är svåra. (Bekräftelse, enkel reflektion)

Sofia: Ja, det är för att min kille röker, och då när jag ser det så blir jag sugen på cigaretter eller e-cigaretter. Och då tar jag en prilla så blir jag lugnare.

Bm: Hur skulle du kunna göra med det om du verkligen skulle vilja klara av att låta bli? (Öppen fråga)

Sofia: Jag får ju inte gå ut med honom när han röker. Och sen behöver jag att han stöttar mig. Jag ska gå hem och berätta det här och så får han hjälpa mig. Vi får lista ut något. Det är ju hans barn också. (Förändringsprat)

Bm: Du upplevde det tufft när du slutade röka, men du genomförde det ändå. Det var starkt gjort. Vad skulle du kunna klara av nu om du verkligen bestämmer dig? (Bekräftelse, öppen fråga)

Strategier för att öka motivationen

Kärnan i MI är att locka fram patientens tankar och prat om förändring, så kallat *förändringsprat*. Patienten ska få stöd i att fundera och uttrycka sina argument för förändring: önskningar, behov, skäl och förmåga till förändring. Barnmorskan förstärker med reflektioner och sammanfattningar prat som går i riktning mot förändring. MI är alltså en styrande metod. Samtidigt kan det ibland vara oetiskt att styra, till exempel vid samtal om abort. Då använder barnmorskan MI:s tekniker för att på ett neutralt sätt hjälpa patienten att väga för och emot. Barnmorskan bör undvika att framkalla och förstärka prat om att allt är bra som det är, så kallat *status quo-prat*. Till exempel anser Miller och Rollnick att man bör vara mycket försiktig med en fråga som ”Vad är det du gillar med rökningen?”. Barnmorskan kan ibland behöva ställa frågan för att visa att hon förstår även den aspekten, men hon förstärker inte fördelarna med att röka genom att reflektera på svaret.

Skapa medvetenhet

När ett beteende som till exempel snusning kommer i konflikt med patientens egna värderingar upplever hon en *diskrepans*. Det innebär att kvinnan blir medveten om att det hon gör (snusar) inte överensstämmer med det hon själv tycker att hon borde göra (avstå när hon är gravid). Då uppstår en otillfredsställelse som kan leda till att hon ändrar sitt beteende. Barnmorskan försöker framkalla och förstärka denna diskrepans och otillfredsställelse. Samtidigt gäller också det motsatta. Om barnmorskan exempelvis inte tar upp frågan om e-cigarett tolkar kvinnan sannolikt det som ett bevis för att e-cigarett är ofarligt under graviditeten.

Så länge en patient är *omedveten* om att det finns ett problem med beteendet har hon en låg beredskap för förändring. Så är det med både e-cigarett och snus i fallbeskrivningen. Information i dialog är ofta mycket verksamt för att visa att det finns ett problem, och i fallet ovan räckte detta för att patienten skulle ta avstånd från e-cigaretterna. Barnmorskans strategi är att försöka få nackdelarna med att snusa under graviditet och de positiva sidorna av att avstå från snus under graviditeten att framstå tydligare. Patienten går i fallbeskrivningen från att vara omedveten till att bli *ambivalent* och sedan till att bli *beredd* att ta steget och sluta snusa. Att få tips om bra metoder var avgörande för att patienten skulle ta detta steg. Att prata om saken hypotetiskt gör att det inte blir lika hotande: ”Jag hör att du inte är beredd just nu, men vill du att jag berättar hur man kan göra på bästa sätt för att sluta röka om du vill försöka längre fram?”

Vilja och förmåga till förändring

För att vara motiverad behövs både vilja och tro på att kunna göra en förändring. Ofta använder rådgivare så kallade skalfrågor för att få en uppfattning om patientens beredskap för förändring och samtidigt locka fram förändringsprat. I fallbeskrivningen använder barnmorskan skalfrågor om *vikten* av förändring och *förmåga* till förändring. Rådgivaren kan också ställa följdfrågor uppåt och neråt på skalorna. När patienten talar om olika aspekter av förändring kan det ge värdefulla insikter för patienten, stimulera motivationen och ge barnmorskan viktiga ledtrådar till vad som är personens svårigheter.

Stärk patientens självförtroende

För den som ska genomföra en förändring har det stor betydelse att tro att man kan klara det. Genom att ställa frågor om styrkor och förmågor och saker som patienten har klarat tidigare, visar barnmorskan att hon tror på patienten. En del patienter känner sig som ”hopplösa fall” och tror inte på sin egen förmåga att förändra sitt beteende. Många har kanske flera misslyckade försök bakom sig. När rådgivaren visar att hon tror på patientens förmåga stärks personens tilltro till sig själv. Barnmorskan bör därför undvika att göra reflektioner som återspeglar innehållet i yttranden som: ”det är hopplöst, jag klarar ingenting, jag är ett hopplöst fall, jag är dålig, dum” eftersom det kan riskera att förstärka den känslan. Fokusera istället på de möjligheter och den förmåga som faktiskt finns, och visa att tilltro till patientens möjligheter, till exempel: ”Du har gjort många försök att sluta dricka, så ser vägen ut för de flesta. För varje gång har du lärt dig något, och det ökar chansen att lyckas nu. Du har kämpat och försökt och det visar på en styrka. Vad har fungerat bäst när du har försökt?”. Ett erbjudande om stöd kan betyda mycket: ”Om du vill göra ett försök att sluta nu så stödjer jag dig gärna.”

Barnmorskan kan också tala om var det finns specialiststöd och helst skicka en remiss.

Barnmorskan uppmärksammar och förstärker det starka hos patienten och det konstruktiva och positiva i situationer, är bekräftande, visar optimism och försöker inge hopp:

- Hur skulle du kunna göra om du *verkligen ville* lyckas?
- Kan du vara stark och envis ibland?
- Vilka är dina starka sidor? Hur kan du använda dig av dem nu?



PROCESS 4

Planera

Den fjärde och sista processen innebär att försöka locka fram ett beslut och ett åtagande till förändring och avsluta samtalet. Om möjligt hjälper barnmorskan även till med en handlingsplan. Åtagande och planering kommer man dock inte alltid till i ett MI-samtal. Det är inte säkert att patienten är motiverad till en förändring.

Fallbeskrivning, fortsättning.

Sofia: Jag kan sluta på en gång med e-cigaretterna, eftersom jag bara använder dem på helgen. Jag kan nog minska snuset också så en dosa räcker tre dagar till att börja med. Sen ska jag fundera över det där med datumet och göra en plan. (Åtagandeprat)

Bm: Så du är beredd att avstå helt från e-cigaretter, det är verkligen klokt. Sen vill du minska på snuset så en dosa räcker längre. Och så ska du fundera ut ett datum när du slutar snusa helt, och göra en plan tillsammans med Robin. (Sammanfattning, bekräftelse)

Sofia: Ja.

Bm: Det här kommer du att klara. Du vill ta ansvar och inte utsätta ditt barn för några risker, och du har redan klarat en stor förändring när du slutade röka. Vad tror du om tidsplanen? När blir stoppdatumet? (Bekräftelse, stärker självtillit, öppen fråga)

Sofia: När ska jag komma tillbaka hit?

Bm: Vad skulle du önska?

Sofia: Om ett par veckor vore bra.

Bm: Det bestämmer vi, om två veckor. Jag vill gärna höra hur det går för dig. Du kan även ringa hit och fråga efter mig om du vill diskutera något eller upplever det jobbigt. Och så finns alltid Sluta Röka-linjen som kan hjälpa dig på telefon att lägga upp en plan för att sluta snusa. Det är gratis. Folk brukar tycka det är jättebra att få deras stöd när de slutar. Här är ett kort med deras telefonnummer. (Information)

Sofia: Det låter bra. Jag ringer nog dom. Om jag får komma hit om två veckor så har jag en press på mig som är bra. Jag ska sluta innan dess. (Åtagande)

Bm: Verkligen bra. Du sätter ett datum och slutar inom två veckor, lägger upp en plan och ber Robin om hjälp. Och så ringer du Sluta-Röka-linjen och får hjälp att lägga upp planen och får deras stöd också. När ringer du dem? (Sammanfattning, slutna fråga)

Sofia: Ja, det kan jag ju göra idag, så kommer jag igång. (Åtagandeprat)

Bm: Hur beredd känner du dig just nu att verkligen slänga snuset, på den där skalan 0–10? (Skalfråga om beredskap för förändring)

Sofia: Jag säger 10. Jag *ska* göra det. (Åtagande)

Bm: Jättebra, du är beslutsam. Jag ser fram emot att träffa dig igen och höra hur det går. Jag undrar också hur dina matvanor ser ut. (Bekräftelse, information, öppen fråga)

Sofia: Äter gör jag väl som folk gör mest. Försöker äta grönsaker och frukt.

Bm: Vad bra att du tänker på att öka frukt och grönt nu när du är gravid. Hur ofta blir det som du äter det? (Bekräftelse, slutna fråga)

Sofia: I alla fall flera gånger i veckan. Men jag vet att man ska äta sånt när man är gravid så det försöker jag äta mer av. (Förändringsprat)

Bm: Hur tänker du för övrigt om maten under graviditeten, är det något du undrar över? (Öppen fråga)

Sofia: Jo, jag har hört att man inte kan äta fisk, hur är det med det?

Bm: Fisk är jättebra, både när man är gravid och annars. Men en del fisk från insjöar och Östersjön behöver unga och gravida kvinnor se upp med. Du kan läsa om det i den här broschyren och höra av dig om du har frågor. Hur ofta äter du fisk? (Information, slutna fråga)

Sofia: Ibland, inte varje vecka.

Bm: Okej. Då kan det vara bra att öka till varje vecka, och sen till 2–3 gånger i veckan, om det passar er. Fisk är ett lätt sätt att få i sig många nyttigheter. (Information)

Sofia: Ja.

Bm: Det är bra att äta allsidigt och varierat när man är gravid, så du och det blivande barnet får i sig av kostcirkelns alla delar, och all viktig näring. Hur ser det ut med det hemma hos er? (Information, öppen fråga)

Sofia: Vi äter mycket kött, Robin gillar kött. Men det är ganska mycket vegetariskt också, och så fisk nån gång då. Vi är lite dåliga på grönsaker, det blir

mest soja- och quorn-produkter. Men vi har sagt att vi ska skärpa oss nu när vi väntar barn. Det får väl bli lite mer av både grönsaker och fisk. (Förändringsprat)

Bm: Så klokt att ni pratar tillsammans om så mycket. Det kan också vara viktigt att tänka på att äta regelbundet, frukost, lunch och middag, och ha frukt och små näringsrika mellanmål som mandlar och nötter till hands. Det förebygger illamående och ger både dig och barnet bra näring, och så förebygger det nikotinsug och abstinens när du slutar snusa samtidigt. Hur låter det? (Bekräftelse, information, öppen fråga)

Sofia: Det låter ju väldigt bra. Jag ska tänka på det. Jag har faktiskt några clementiner i väskan.

Bm: Så fint. Där slår du många flugor i en smäll. Det är lättare att få en hälsosam viktuppgång om du planerar för regelbundna måltider och mellanmål, och det hjälper som sagt mot nikotinsug. Promenera är något du kan göra för att hålla dig sysselsatt när du slutar snusa och det hjälper också mot nikotinabstinens. Och promenader är bra för vikten och hälsan för både dig och barnet. Alltihop hjälper dig hålla dig sysselsatt med annat, som du behöver när du slutar med snuset. (Sammanfattning med information)

Sofia: Superbra. Coolt.

Bm: Tack för ett fint samtal. Det ska verkligen bli roligt att träffa dig igen. (Bekräftelse).

Sofia: Ja, tack, det var jättebra.

Samtalet avslutas med att Sofia får en ny tid om två veckor.

Avsluta samtalet

- försök stimulera ett åtagande och en plan

Målet med ett MI-samtal är att patienten ska göra ett tydligt val och fatta ett beslut. För att komma dit kan barnmorskan till exempel säga:

- Vad tänker du nu när vi har pratat om det här en stund? Hur kommer du att göra?
- Vad blir nästa steg?
- Hur ser din plan ut?
- Behöver du någon form av stöd?

Med dessa frågor visar barnmorskan att hon tror på personen och markerar också att det är patienten som har ansvaret. *Åtagandeprat* om vad patienten tänker göra, hur och när, är ett tecken på att kvinnan börjar närma sig ett beslut. Att göra ett åtagande till förändring har visat sig ha ett starkt samband med beteendeförändring. Barnmorskan bör stödja patienten att göra en plan som handlar om vad hon konkret tänker göra, hur och när.

Uppföljning och återfall

Barnmorskan bör följa upp hur det går med patientens förändringsprocess genom återbesök eller telefonkontakt. Vid dessa kontakter är det viktigt att ge bekräftelse för alla ansträngningar och framsteg. Fråga om det finns problem och risksituationer och hur patienten i så fall kan hantera dem. Hjälptill att definiera bakslag, återfall och "misslyckanden" som naturliga steg på vägen och hjälp patienten att hitta lösningar på svårigheter. Ta gärna liknelsen med barnet som lär sig cykla. Att åka i diket några gånger ingår i processen. Ofta behöver barnmorskan åter fokusera på att stärka motivationen: "Kommer du ihåg varför du gör det här, vad du vill vinna?".

Vetenskaplig evidens

Vetenskapliga studier ger stöd för att MI har en positiv effekt på beteendet inom de flesta levnadsvanor². Ofta ger MI samma effekt som annan behandling, information och rådgivning – men på kortare tid. Det ligger i metodens natur att vara en relativt kort intervention, ofta en till tre samtal. Korta MI-samtal på 10–15 minuter kan ha effekt även om längre samtal, liksom fler samtal, ökar möjligheten till förändring. Om tiden är mycket kort kan barnmorskan istället ge enkla råd. Miller och Rollnick framhåller att MI har sitt största värde när patienten är omedveten, osäker, ambivalent – och rädd eller uppgiven. Metoden är utvecklad för dessa fall. Många som exempelvis inte slutar röka, snusa eller dricka alkohol före inskrivningssamtal tillhör socioekonomiskt svaga grupper med låg utbildning, mindre kunskaper, svagare stöd från omgivningen och låg tilltro till sin egen förmåga.

Författare

Barbro Holm Ivarsson

Leg psykolog, konsult.

Fallbeskrivningen är skriven i samarbete med Ulla Lennartsson, barnmorska och Karin Haby, dietist.

Mer info

- SOMRA Folkhälsomyndighetens webbsida om MI. Innehåller bl.a. en manual om MI och utbildningsfilmer:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/>
- Folkhälsomyndighetens webbsida om MI-samtal om sexuell hälsa
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/>
- Socialstyrelsens webbsida om riktlinjerna innehåller bl.a. utbildningsfilmer.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stodiarbetetmedlevnadsvanor>
- Internationell webbsida om MI där man bl.a. kan hitta referenser om MI som metod och svenska utbildare som ingår i det internationella nätverket MINT
<http://www.motivationalinterviewing.org/>
- Karolinska Institutets kodningslabb för kvalitetssäkring av MI.
www.miclab.org.

Manualer och fördjupningslitteratur

- Farbring, C-Å. & Rollnick S. (2015). *MI för praktiker*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Holm Ivarsson, B. (Uppl. 3, 2016). *MI Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Gothia Fortbildning.
- Holm Ivarsson B. (red), Kuehn Krylborn L. & Trygg Lycke S. (2013). *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma hos vuxna, ungdomar och barn*. Gothia Fortbildning.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2012, 3 uppl). *Motivational interviewing – preparing people for change*. Guilford Press. Svensk översättning (2010) *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (2013). Stockholm: Natur & Kultur.

Referenser

1. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2012, 3 uppl) *Motivational interviewing – preparing people for change*. Guilford Press. Svensk översättning (2010) *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (2013). Stockholm: Natur & Kultur.
2. Lundahl B.W, Kunz C., Brownell C. m.fl.. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*: 2010, 20(2), p. 137–160.