

Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning



Svenska
Barnmorskeförbundet

*Hållbar
livsstil*

En röd tråd genom livet

Innehåll

Bläddra manuellt eller klicka på önskat kapitel.

Introduktion	3
Rekommendationer i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer	4
Tobak	9
Alkohol	19
Fysisk aktivitet	47
Kost	60
Amning	77
Psykisk ohälsa	91
Motiverande samtal – samtal i fyra faser	101

Innehåll

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

Hållbar livsstil. Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning.
Version 3.0 publicerad mars 2021. Kunskapsunderlag om levnadsvanor
ägs av Svenska Barnmorskeförbundet.

Ansvarig utgivare: Susanne Åhlund, projektledare 2020,
Svenska Barnmorskeförbundet.



Svenska
Barnmorskeförbundet

Hållbar livsstil. Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning.

Mödrahälsovården i Sverige utgör en viktig del i landets folkhälsoarbete, när 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 2018). Kroniska sjukdomar och fetma kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2018, WHO, 2020).

Genom medel från Socialstyrelsen, som fått regeringens uppdrag att genomföra insatser att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, tog Svenska Barnmorskeförbundet 2017 fram ett kunskapsunderlag om levnadsvanor. Svenska Barnmorskeförbundet har 2021 uppdaterat kunskapsunderlaget genom medel från statsbidraget för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande sjukvård.

Syftet med kunskapsunderlaget 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 som tobak- och alkoholbruk, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor samt vid amning och psykisk ohälsa. Underlaget innehåller även kunskapsunderlag om metoden motiverande samtal, MI.

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

Susanne Åhlund
Leg barnmorska, med dr



Socialstyrelsens rekommenda- tioner

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling 2018 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. Varannan kvinna och två av tre män har minst en ohälsosam levnadsvana. 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. Regionerna omsätter rekommendationerna i praktiska riktlinjer och vårdprogram.

Fotograf/Scandinav

Varannan kvinna och två av tre män har minst en ohälsosam levnadsvana.

Rekommendationer i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer Två rådgivningsnivåer

De åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna är samtalsbaserade och kallas rådgivande samtal respektive kvalificerat rådgivande samtal. Båda utgår från en individanpassad dialog. Tabell 1 beskriver det huvudsakliga innehållet i metoderna. Riktlinjerna slår också fast att enkla råd – information och korta standardiserade råd om levnadsvanor bör ges på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Enkla råd kan ses som en grund för fortsatt behandling med mer omfattande åtgärder.

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

Tabell 1 Rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal



Rådgivningsnivå	Metod	Omfattning i tid
Rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog med patienten – anpassade åtgärder. 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 återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen. 	Vanligtvis 5–15 minuter.
Kvalificerat rådgivande samtal	<ul style="list-style-type: none"> Dialog med patienten – anpassade åtgärder. Åtgärderna är teoribaserade och strukturerade. 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 ges individuellt eller i grupp. Kompletteras med återkommande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen. Förutsätter att personalen har fördjupad ämneskunskap samt är utbildad i den metod som används. 	Ofta tidsmässigt mer omfattande med upprepade sessioner än vid rådgivande samtal.

Allmänt om riktlinjernas rekommendationer

Socialstyrelsen bedömer svårighetsgrad för olika ohälsosamma levnadsvanor, det vill säga risken för att levnadsvanan leder till sjukdom. Daglig rökning bedöms ha stor till mycket stor svårighetsgrad, ohälsosamma matvanor stor, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet måttlig till stor och daglig snusning liten till måttligt förhöjd risk. Riktlinjernas rekommendationer bygger på tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt eller patientnytta samt kostnadseffektivitet. Socialstyrelsen rangordnar så kallade tillstånds-åtgärdspår genom att prioritera dem från 1–10, där 1 innebär högst prioritet. Rökning är exempel på ett tillstånd och kvalificerat rådgivande samtal är exempel på en åtgärd. Åtgärder med rangordning 1–3, bör erbjudas, åtgärder med rangordning 4–7 kan erbjudas och åtgärder med rangordning 8–10 kan erbjudas i *undantagsfall*.

Rekommendationer för gravida

Ohälsosamma levnadsvanor hos gravida innebär risker för både kvinnan och fostret. Genom mödrahälsovården möter hälso- och sjukvårdspersonal i princip alla gravida kvinnor och har därigenom goda möjligheter att stödja beteendeförändring hos gravida. I tabell 2 anges riktlinjernas viktigaste rekommendationer för gravida.

Tabell 2 **Rekommendationer för gravida**



Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Gravida som röker, oavsett mängd.	Rådgivande samtal.	1
Gravida med bruk av alkohol.	Rådgivande samtal.	2
Gravida som har ohälsosamma levnadsvanor och som är otillräckligt fysiskt aktiva. ¹	Kvalificerat rådgivande samtal.	2
Gravida som snusar, dagligen eller sporadiskt, oavsett mängd.	Rådgivande samtal.	3

¹ Rekommendationen gäller kombinationen ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet då det finns bristfälligt med studier som fokuserar på de separata levnadsvanorna.

Nikotinläkemedel till gravida som röker kan ges i undantagsfall (prioritet 8) medan de receptbelagda läkemedlen för rökavvänjning (bupropion, vareniklin) helt bör undvikas.

Ammande kvinnor

– samma rekommendationer som för vuxna i allmänhet

För ammande kvinnor, småbarnsföräldrar och äldre gäller samma rekommendationer som för vuxna i allmänhet. Observera att det finns särskilda rekommendationer för vuxna med särskild risk som har ohälsosamma levnadsvanor. Med det menas personer som har sjukdomar som diabetes, högt blodtryck, blodfettssrubbingar, astma, KOL, cancer, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni eller depression, funktionsnedsättning, övervikt eller fetma eller social sårbarhet. Vuxna som ska genomgå operation och röker eller har ett riskbruk av alkohol är också grupper med särskild risk. Åtgärder till dessa grupper ges generellt högre prioritet i riktlinjerna. I tabell 3 anges endast huvudrekommendationerna.

Tabell 3 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 aktivitetsmätare.	3
Vuxna som har ett riskbruk av alkohol.	Rådgivande samtal.	4
Vuxna som snusar dagligen.	Rådgivande samtal.	6

Trots högre effekt av läkemedel ger tillägg av läkemedel (bupropion, vareniklin, nikotinläkemedel) vid *rökavvänjning* generellt lägre prioritet i riktlinjerna på grund av risken för biverkningar – prioritet 3. Vid *snusavvänjning* ges tillägg av vareniklin prioritet 6 och tillägg av nikotinläkemedel prioritet 10. På samma sätt som för gravida bör läkemedlen undvikas under *amning*.

Rekommendationer för ungdomar

I tabell 4 finns riktlinjernas viktigaste rekommendationer för ungdomar under 18 år med ohälsosamma levnadsvanor. Nikotinläkemedel kan ges till ungdomar under 18 år som röker (prioritet 5) medan receptbelagda läkemedel för rökavvänjning helt bör undvikas.

Tabell 4 Rekommendationer för ungdomar under 18 år



Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
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 och som är otillräckligt fysiskt aktiva. ²	Familjestödsprogram.	7

² Socialstyrelsen menar att det för ungdomar under 18 år finns bristfälligt med studier som fokuserar på enbart ohälsosamma matvaror.

För ungdomar med riskbruk av alkohol finns särskilda rekommendationer, se tabell 5.

Tabell 5 Särskilda rekommendationer för unga vuxna vid riskbruk av alkohol



Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
Unga vuxna som har ett riskbruk av alkohol.	Kvalificerat rådgivande samtal.	4
Unga vuxna som har ett riskbruk av alkohol.	Webbaserad intervention.	5

Författare

Barbro Holm Ivarsson leg psykolog, konsult

Tobak



Tobaksbruk innebär risker för fostret. Därför är gravida kvinnor vanligen motiverade att sluta eller minska sitt tobaksbruk under graviditeten. För att lyckas sluta krävs såväl vilja som tro på att det är möjligt, två faktorer som går att påverka med professionell rådgivning. Inom mödrahälsovården kan barnmorskan göra stor skillnad genom rådgivande samtal eller genom att motivera kvinnan att ta emot hjälp av en utbildad tobaksavvänjare.

stock.adobe.com

Barnmorskan
kan göra stor skillnad
genom rådgivande
samtal

Rökning

Rökning påverkar de flesta organ i kroppen negativt. Jämfört med icke-rökare har rökare förhöjd risk att drabbas av ett 60-tal olika sjukdomar, till exempel hjärtinfarkt, stroke, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och cancer. Rökare har också en högre risk för nedsatt fertilitet, tidigare menopaus och hormonstörningar än personer som inte röker.¹

Graviditet

En kvinna som är rökare och blir gravid utsätter sig för ökad risk för utomkvedshavandeskap.¹ Däremot är risken för havandeskapsförgiftning lägre, något som inte kunnat förklaras.²

Ämnen från tobaksröken förs via navelsträngen över till fostret. Det gäller framför allt nikotin som har en kärksammandragande effekt, och kolmonoxid som binds till hemoglobinet och gör blodet syrefattigt. Den försämrade tillförseln av syre och näringsämnen kan hämma fostrets tillväxt. Nikotinet misstänks också ha en negativ effekt på utvecklingen av nervsystemet, hjärt-kärlsystemet och lungornas volym och storlek.^{1,3}

Rökning i tidig graviditet kan leda till missbildningar, exempelvis läpp-käk-gomspalt.⁴ Det finns även studier som tyder på ökad risk för klumpfot, gastro-schisis (buken sluts inte) och hjärtfel.⁴ Hos kvinnor som har rökt under graviditeten är det vanligare än hos icke rökare med missfall,⁵ dysfunktionell moderkaka (placenta previa, placental abruption eller placentaavlossning),^{6,7} för tidig födsel (före vecka 37),⁸ intrauterin fosterdöd⁹ och att föda barn med låg födelsevikt (<2500 g).¹⁰

Amning

Nikotinet passerar över till bröstmjölken och vidare till barnet. Nikotinhalten är som högst då mamman just rökt och minskar allt eftersom tiden går efter att hon rökt. Kvinnor som röker rekommenderas att fortsätta amma, då fördelarna med bröstmjolk anses överväga risker med nikotin. Kvinnor som röker ammar dock generellt i mindre utsträckning och under kortare tid än icke rökande kvinnor.¹¹

Efter förlossningen

Även under spädbarnstiden är barn till kvinnor som har rökt under graviditeten mer sårbara och har högre sjuklighet jämfört med barn till icke-rökare.¹² Om mamman rökt under graviditeten är risken för plötslig spädbarnsdöd dubblerad redan vid en konsumtion av en cigarett per dag. Risken ökar något för varje cigarett upp till tredubblad risk vid 20 cigaretter per dag.^{13,14} Nikotinet i röken

Risken för **plötslig spädbarnsdöd** ökar något för varje cigarett upp till **tredubblad risk** vid 20 cigaretter per dag.^{13,14}

Nikotinet i röken misstänks vara orsaken till sambandet mellan rökning och plötslig spädbarnsdöd.

misstänks vara orsaken till sambandet mellan rökning och plötslig spädbarnsdöd. Risken för astma¹⁵ är dubblerad och det är vanligare med ADHD,^{16,17} diabetes¹⁸ och obesitas¹⁹ hos barn till mammor som rökt under graviditeten.

Passiv rökning

För gravida kvinnor som själva inte röker, men vars partner röker, finns ökad risk för lägre födelsevikt hos barnet.²⁰ Barn i hem där det finns rökare har signifikant högre risk att drabbas av infektioner i nedre luftvägarna och öronen jämfört med barn till icke-rökare.²¹

Vattenpipa

Att röka vattenpipa med tobak tros ge samma typ av skador som rökning av konventionella cigaretter. Risken att föda ett underviktigt barn ökar exempelvis om kvinnan röker vattenpipa mer än en gång per dag²² eller röker vattenpipa under den första trimestern.²³

Snus

Hälsoriskerna med att använda snus är inte lika välbelagda som för rökning. Nästan alla studier är dessutom gjorda på män och vi saknar därför kunskap om hur snus påverkar kvinnors hälsa. De studier som finns av kvinnliga snusare rör huvudsakligen kvinnor som använt snus under graviditeten.

Graviditet

Gravida kvinnor som snusar har ökad risk för prematur förlossning.^{8,24} Det finns också studier som tyder på att snus kan öka risken för intrauterin fosterdöd,²⁵ att barnet blir underviktigt (small for gestational age)¹⁰ eller får läpp-käk-gomspalt.^{26,27}

Amning

Hos ammande kvinnor som snusar går nikotin över i bröstmjölken och vidare till barnet. Även om nikotinet bryts ned allt eftersom, kan ett högt intag göra att nikotin finns kvar länge i bröstmjölken. Man har kunnat påvisa nikotin i bröstmjolk från snusare tolv timmar efter den senaste snusprillan.²⁸ Kvinnor som snusar rekommenderas dock att fortsätta amma, då fördelarna med bröstmjolk anses överväga riskerna.

Efter förlossningen

Barn till kvinnor som snusat under graviditeten har under det första levnadsåret dubblerad risk för andningsuppehåll jämfört med barn till icke tobaksbrukare.²⁹ En undersökning av 5–6-åriga barn som exponerats för snus under foster- och amningstiden visade på högre systoliskt blodtryck och stelare kärl än hos barn som inte hade exponerats. Det skulle kunna innebära ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar senare i livet.³⁰

E-cigarett

Den som använder e-cigarett drar in ånga som består av upphettad propylen-glykol/glycerin, smakämnen och nikotin. Det finns också nikotinfria sorter. Riskerna med att använda e-cigarett är inte tillräckligt klarlagda. Ångan innehåller flera sjukdomsframkallande ämnen, men i lägre grad än tobaksrök. Det kan dessutom finnas risker med ångan som vi i dag inte känner till och vi vet inte heller hur e-cigaretten påverkar hälsan vid långtidsbruk. Studier av användning av e-cigarett under graviditet saknas. E-cigarett som innehåller nikotin kan inte betraktas som ofarliga för fostret (se ovan om nikotin vid rökning).

Prevalens

År 2018 uppgav 4,2 procent av de gravida kvinnor som skrevs in i mödrahälsovården att de var rökare.³¹ Tre månader före graviditeten hade 11,8 procent varit rökare. Över hälften hade alltså slutat röka före det första besöket hos barnmorskan, de flesta utan professionell hjälp. Samma mönster gäller för snus, då 5,2 procent använde snus tre månader före graviditeten och 1,2 procent i tidig graviditet. De flesta (cirka 75 procent) som använder tobak vid den första kontakten med barnmorskan fortsätter att använda tobak under återstoden av graviditeten. Prevalenssiffror för användning av vattenpipa och e-cigarett saknas för gravida kvinnor.

Insatser som har effekt

Personer som röker dagligen ska enligt Socialstyrelsens riktlinjer i första hand erbjudas kvalificerat rådgivande samtal.³² Detta gäller också för ammande kvinnor som röker eller snusar. Däremot ska en gravid kvinna som röker eller snusar i första hand erbjudas rådgivande samtal. Rekommendationerna bygger på metaanalyser av studier där man för gravida kvinnor inte har kunnat se någon skillnad i resultat mellan de två nivåerna av rådgivning. Mot den bakgrunden har man valt det mest kostnadseffektiva alternativet för gravida.

Av de gravida som skrevs in i mödrahälsovården 2018 var:

4,2%

rökare

1,2%

snusare

Cirka 75%

fortsätter med tobak

De flesta (cirka 75 procent) som använder tobak vid den första kontakten med barnmorskan fortsätter att använda tobak under återstoden av graviditeten.

Rådgivning hjälper kvinnan att sluta

Barnmorskan kan göra stor skillnad genom att erbjuda den gravida kvinnan hjälp att sluta använda tobak. Rådgivning och tobaksavvänjning under graviditeten ökar andelen kvinnor som slutar röka jämfört med sedvanlig behandling.³³ Ökningen är statistiskt signifikant.

Faktorer som gör att kvinnan har extra stort behov av stöd för att klara av att sluta använda tobak är att hon har:

- hög tobakskonsumtion
- aldrig tidigare försökt sluta röka och/eller
- mår psykiskt dåligt

Många gravida kvinnor som inte har slutat före inskrivningssamtalet kommer från socioekonomiskt utsatta grupper. En annan viktig faktor för att lyckas sluta är omgivningens inställning till att använda tobak under graviditeten. En negativ inställning till tobaksbruk verkar stödjande, medan en partner som röker kan ha motsatt effekt. Försök att hjälpa partnern att sluta röka samtidigt med kvinnan har gett blandade resultat.

Ställ känsliga frågor sist i samtalet

Många kvinnor är medvetna om att tobak innebär risker för fostret och kan ha skam- och skuldkänslor. Det förekommer att den gravida kvinnan förminskar eller till och med förnekar sitt tobaksbruk. Därför är det ofta lämpligt att ställa känsliga frågor, som de om tobaksbruk, i slutet av ett samtal, då kontakt har etablerats och man förhoppningsvis har knutit en samarbetsallians.

Rådgivande samtal med gravida och nyblivna mammor

Att sluta med tobak kräver både vilja att sluta och tro på att kunna lyckas att sluta. Båda dessa faktorer går att påverka i gynnsam riktning. Det är lämpligt att avsätta extra tid/besök för ett rådgivande samtal om tobak.

Följande punkter behöver tas upp i samtalet:

- Risker förknippade med det aktuella tobaksbruket för såväl kvinnan, som för fostret eller det nyfödda barnet:
 - Klargör att all tobaksanvändning innebär risker.
 - Beskriv effekterna av nikotin, kolmonoxid och andra giftiga ämnen i tobak.

Att sluta med tobak kräver både vilja och tro på att lyckas med att sluta.

- Risker vid amning.
- Risker med passiv rökning.
- Råd om hur man slutar:
 - Uppmuntra kvinnan att sätta ett stoppdatum.
 - Rekommendera henne att inte ha någon tobak kvar på stoppdagen.
 - Ge råd om hur man bryter vanor.
 - Diskutera läkemedel för rökavvänjning i det fall där det kan vara aktuellt.

Det är önskvärt att det rådgivande samtalet följs upp med ytterligare stöd. Om barnmorskan saknar utbildning i rådgivande samtal är det viktigt att motivera kvinnan att acceptera en remiss till en utbildad tobaksavvänjare.

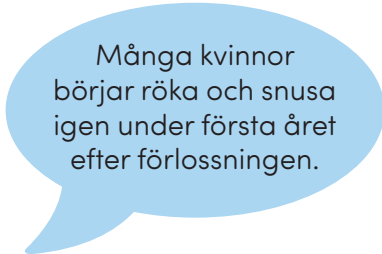
Läkemedel för avvänjning

Barnmorskan bör i första hand rekommendera gravida kvinnor att sluta använda tobak utan läkemedel. Nikotinläkemedel till gravida som röker kan enligt Socialstyrelsens riktlinjer ges i undantagsfall medan de receptbelagda läkemedlen för rökavvänjning (bupropion, vareniklin) helt bör undvikas. Nikotinläkemedel innehåller nikotin som kan innebära en risk för fostret (se ovan under rökning). Kvinnor som behöver kan använda intermittenta nikotinläkemedel i form av tuggummi, tablett, inhalator eller munsprej. Dessa antas utgöra en mindre fara för fostret än fortsatt rökning. Undvik plåster, som ger en kontinuerlig tillförsel av nikotin.

Samma rekommendationer gäller för ammande kvinnor som röker. Om en ammande kvinna försöker sluta röka med hjälp av nikotinläkemedel ska hon rekommenderas använda det direkt efter att hon ammat, för att minska mängden nikotin i bröstmjölken. Det saknas vetenskapligt stöd för att använda nikotinläkemedel vid snusavvänjning.

Effekter av tobaksstopp

Det räcker inte med att minska konsumtionen för att eliminera tobakens skadliga påverkan på fostret. Totalt rökstopp krävs. Även om högre tobakskonsumtion påverkar fostret mer, har exempelvis barn till kvinnor som röker 0–5 cigaretter per dag en statistiskt signifikant lägre födelsevikt än barn till kvinnor som inte röker.³⁴ Barn till kvinnor som har slutat röka eller snusa före graviditeten löper ingen ökad risk att få läpp-käk-gomspalt eller att födas för tidigt.^{8,27}



Många kvinnor börjar röka och snusa igen under första året efter förlossningen.

Följ upp behovet även efter förlossningen

Det är ett välkänt faktum att många kvinnor börjar röka och snusa igen under det första året efter förlossningen. En orsak kan vara att kvinnan har bestämt sig för att enbart hålla upp under graviditeten, ibland också under amningsperioden, och saknar tillräckliga skäl för att fortsätta att hålla upp när dessa perioder är passerade. Andra vill gå ned i vikt efter graviditeten och tror att det ska gå lättare om de 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 identifiera kvinnor som inte har lyckats sluta tidigare, men som vill försöka igen och behöver avvänjningsstöd.

Rådgivande samtal och samverkan

Det krävs utbildning för att arbeta med rådgivande samtal om tobak och det är önskvärt att alla barnmorskor har en sådan utbildning. På de flesta vård- och hälsocentraler finns numera tobaksavvänjare utbildade i kvalificerat rådgivande samtal. I vissa län finns specialkliniker som enbart arbetar med tobaksavvänjning. En modell är att etablera ett nära samarbete mellan mödrahälsovården och personer med specialutbildning, som med kort varsel kan ta emot patienter som behöver extra hjälp. Genom att använda rådgivande samtal om tobak, med möjlighet att remittera när så behövs, skulle chanserna för gravida och ammande kvinnor att sluta med tobak avsevärt förbättras.

Författare

Agneta Hjalmarson docent, leg psykolog, Sahlgrenska Akademin

Faktagranskat av

Ingela Rådestad professor, leg sjuksköterska, leg barnmorska

Hjälp och stöd

Telefonrådgivning

Sluta-Röka-Linjen 08-84 00 00. Ger kostnadsfritt råd och stöd för att sluta röka och snusa samt handledning till personal som vill stödja patienter att sluta med tobak.

Webbplatser

Psykologer mot Tobaks webbplats om tobaksavvänjning.
Tobakshjälpen och Min nikotinfria resa är internetbaserade behandlingsprogram som patienter kan få tillgång till efter kontakt med vården i många län.

psykologermottobak.org

Rökfri, rokfri.1177.se Internetbaserat självhjälpssystem för att sluta röka.

Informationsmaterial

Tobaksfri graviditet. Informationsblad. Psykologer mot Tobak.

Kan skrivas ut från psykologermottobak.org

Tobaksfria barn. Informationsblad. Psykologer mot Tobak.

Kan skrivas ut från psykologermottobak.org

Skydda barn mot tobaksrök. Film och bildmaterial. Region Sörmland.

samverkan.regionsormland.se/utveckling-och-samarbete/social-hallbarhet/skydda-barn-mot-tobaksrok/

Referenser

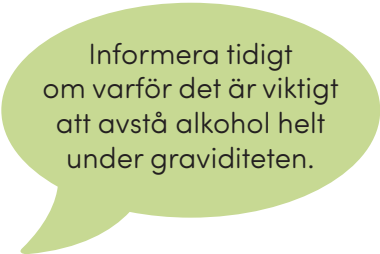
1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
2. Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. Tobacco use during pregnancy and preeclampsia risk: effects of cigarette smoking and snuff. Hypertension. 2010 May;55(5):1254-9.
3. England LJ, Agaard K, Bloch M, Conway K, Cosgrove K, Grana R, et al. Developmental toxicity of nicotine: A transdisciplinary synthesis and implications for emerging tobacco products. Neurosci Biobehav Rev. 2017 Jan;72:176-89.
4. 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 million controls. Hum Reprod Update. 2011 Sep-Oct;17(5):589-604.
5. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. Am J Epidemiol. 2014 Apr;179(7):807-23.

6. Aliyu MH, Lynch O, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, et al. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Apr;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 Aug;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 Nov; 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 Mar;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 Mar;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 Dec;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 Oct;104(4):e46.
13. Anderson TM, Lavista Ferres JM, You Ren S, Moon RY, Goldstein RD, Ramirez J-M, et al. Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. *Pediatrics*. 2019 Apr;143(4):e20183325.
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 Jan;16(1):78–83.
15. 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 Feb;163(2):429–36.
16. Dong T, Hu W, Zhou X, Lin H, Lan L, Hang B, et al. Prenatal exposure to maternal smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: A meta-analysis. *Reprod Toxicol* 2018 Mar;76:63–70.
17. Minatoya M, Araki A, Itoh S, Yamazaki K, Kobayashi S, Miyashita C, et al. Prenatal tobacco exposure and ADHD symptoms at pre-school age: the Hokkaido Study on Environment and Children's Health. *Environ Health Prev Med*. 2019 Dec 7;24(1):74.
18. Mattsson K, Jönsson I, Malmqvist E, Elding Larsson H, Rylander L. Maternal smoking during pregnancy and offspring type 1 diabetes mellitus risk: accounting for HLA haplotype *Eur J Epidemiol*. 2015 Mar;30:231–8.
19. Timmermans SH, Mommers M, Gubbels JS, Kremers SPJ, Stafleu A, Stehouwer CDA, et al. Maternal smoking during pregnancy and childhood overweight and fat distribution: the KOALA Birth Cohort Study. *Pediatr Obes*. 2014 Feb;9(1):e14–25.

20. Hegaard HK, Kjaergaard H, Möller LF, Wachmann H, Ottesen B. The effect of environmental tobacco smoke during pregnancy on birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(6): 675–81.
21. 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 Jan 10;12(1):5.
22. 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 Jan;115(1):91–7.
23. Mirahmadizadeh A, Nakhaee N. Prevalence of waterpipe smoking among rural pregnant women in Southern Iran. *Med Princ Pract.* 2008;17(6):435–9.
24. 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 Jan;16(1):78–83.
25. Wikström AK, Cnattingius S, Stephansson O. Maternal use of Swedish snuff (snus) and risk of stillbirth. *Epidemiology.* 2010 Nov;21(6):772–8.
26. 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 Jan 15;9(1):e84715.
27. Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbruk. Oslo: Folkehelseinstituttet; Rapport 2019.
28. Nordenstam F, Lundell B, Edstedt Bonamy AK, Raaschou P, Wickström R. Snus users had high levels of nicotine, cotinine and 3-hydroxycotinine in their breastmilk, and the clearance was slower than in smoking mothers. *Acta Paediatr.* 2019 Jul;108(7):1250–5.
29. Gunnerbeck A, Wikström AK, Bonamy AK, Wickström R, Cnattingius S. Relationship of maternal snuff use and cigarette smoking with neonatal apnea. *Pediatrics.* 2011 Sep;128(3):503–9.
30. Nordenstam F. Perinatal snus exposure and cardiovascular function in the child. Stockholm: Karolinska Institutet; 2019.
31. Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. Medicinska födelseregistret 2018. Socialstyrelsens hemsida 2020.
32. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
33. 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.
34. Kim HH, Monteiro K, Larson E, McCants Derisier D. Effects of smoking and smoking cessation during pregnancy on adverse birth outcomes in Rhode Island, 2012–2014. *R I Med J.* 2017 Jun 1;100(6):50–2.

Alkohol

Den gravida förälderns alkoholvanor har avgörande betydelse för graviditeten och det väntade barnet. Därför är det viktigt att barnmorskan så tidigt som möjligt informerar om varför det är viktigt att avstå alkohol helt under graviditeten. De flesta gravida slutar att dricka alkohol när graviditeten blir känd, men för många kan det vara värdefullt att få reflektera återkommande kring sin alkoholkonsumtion i samband med besöken hos barnmorskan. Medförälderns inställning till en alkoholfri graviditet är betydelsefull varför det är viktigt att barnmorskan inom mödrahälsovården samtalar med båda blivande föräldrarna om alkoholens inverkan på graviditet och föräldraskap.



Informera tidigt om varför det är viktigt att avstå alkohol helt under graviditeten.

1. Vetenskaplig sammanfattning

Skador

De negativa effekterna av alkoholexponering under graviditet brukar sammanfattas under ett paraplybegrepp – Fetal alkoholspektrumstörning (FASD) som inkluderar alla alkoholrelaterade utvecklingsstörningar och organskador. Att konsumtion av stora mängder alkohol under graviditet kan orsaka fosterskador är väl belagt. Fetalt alkoholsyndrom (FAS), är idag enligt WHO den ledande preventiva orsaken till intellektuell funktionsnedsättning i världen.¹ Det är viktigt att poängtera att även låga till måttliga nivåer kan påverka graviditetsutfallet negativt. Alkohol kan påverka alla organ och system i fostret, men eftersom hjärnan är det organ som utvecklas under hela graviditeten, beskrivs oftast kognitiva, beteendemässiga och emotionella störningar hos barn som exponerats. Det är därför av största vikt att tidigt informera och identifiera gravida, som har ett riskbruk av alkohol, för att stötta dem till nykterhet under graviditeten. Även nivåer som för den icke-gravida kvinnan anses relativt riskfria kan definitivt orsaka negativ påverkan på graviditetsutfallet.^{2,3}

En helt säker nedre gräns finns inte, varför kvinnor i Sverige rekommenderas att avstå helt från alkohol under sin graviditet.

Prevalens

Några aktuella siffror på hur vanligt FASD är i Sverige finns inte. I Europa, som har en hög generell alkoholkonsumtion i befolkningen, har det rapporterats ligga på 37 fall per 10 000 födda, medan prevalensen för FASD troligen är cirka tio gånger större.⁴

I Sverige har kvinnors alkoholanvändning före och under graviditet undersökts upprepade gånger. En studie från 2003 av 1101 gravida kvinnor, som besvarade enkäter anonymt, fann att 30 procent regelbundet använde alkohol under graviditeten. Samtidigt noterades ingen rapporterad intensivkonsumtion (att dricka flera glas vid samma tillfälle).⁵ Detta ledde till att svensk mödrahälsovård införde rutinmässig screening för alkoholanvändning med Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)⁶ och vid behov Timeline follow back (TLFB).⁷ Senare studier har visat på sjunkande nivåer av alkoholkonsumtion under graviditet, så troligen har den ökande medvetenheten kring alkoholens fosterskadande effekter i samhället generellt tillsammans med det mer specifika stödet på mödrahälsovården, haft effekt. En nyligen genomförd ännu inte publicerad svensk studie, genomförd med samma metodik som studien som publicerades 2003, visar att drygt 4 procent fortsätter att dricka alkohol under graviditeten och att 2 procent

Fetal alkoholspektrumstörning (FASD) är ett paraplybegrepp och inkluderar alla alkoholrelaterade utvecklingsstörningar och organskador.

uppger intensivkonsumtion under graviditeten.⁸ Att färre dricker är glädjande, men att fler intensivkonsumerar är bekymmersamt. Inte minst eftersom ett dryckesmönster där man dricker flera glas vid samma tillfälle har visat sig vara det mest skadliga mönstret för fostrets utveckling.⁹ Det gäller i både studier på djur och människa.

2. Att samtala om alkohol med blivande föräldrar

Utmaningar

När du som barnmorska tar upp frågan om alkohol med blivande föräldrar gör du en viktig insats för folkhälsan. För majoriteten av de gravida är det första gången någon ber dem att reflektera över sin alkoholkonsumtion, vilket verkligen uppskattas av de flesta.

Det har ett värde i sig – för personens egen hälsa – även om fokus för samtalet är graviditeten och det väntade barnet. Sträva efter att samtala utan att lägga in egna värderingar och ge föräldrarna stöd att fundera över vilka levnadsvanor som under graviditeten är bäst för det väntade barnet. Din kompetens som barnmorska är en trygghet för föräldrarna. De ska kunna lita på att du känner till både den senaste forskningen och vilka metoder som är effektiva. Som barnmorska behöver du stöd i det preventiva arbetet både från kollegor och chefer. Utifrån gällande riktlinjer behöver lokala handlingsplaner tas fram. Din enhet behöver samarbeta med andra aktörer, såsom primärvården, socialtjänsten och beroendevården.

Du bör utgå från de lokala riktlinjerna gällande rutiner för hur samtal, dokumentation och remittering ska gå till och vart du ska hänvisa föräldrar med riskfylld alkoholkonsumtion. Screeningformulären som används, AUDIT och TLFb, samt hur du använder dessa verktyg finner du längre bak i skriften (bilaga 1 och bilaga 2). Alla dina samtal med föräldrarna bör utgå från väl beprövade samtalsmetoder som till exempel motiverande samtal (MI). MI-metoden är en evidensbaserad samtalsmetod för beteendeförändring av levnadsvanor. Under senare år har många barnmorskor utbildats och lärt sig metoden.

› *Övergripande information om MI finns här:*
socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal

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

Rådgivning

Första inskrivningssamtalet

Informera den blivande mamman om alkoholens skadliga effekter på det blivande barnets hälsa så snart som möjligt efter att graviditeten har blivit känd. Samtalet ska vara fokuserat och begränsat i tid, cirka 30 minuter. Följ upp samtalet vid andra inskrivningsbesöket och informera återigen om risker med alkoholkonsumtion under graviditet, grundligare om det behövs. Vid det enskilda besöket för den gravida i v 16 tas uppföljande samtal om levnadsvanor vid behov upp igen.

Under det första samtalet gäller det att:

- identifiera alkoholbruket
- informera om hur alkohol skadar barnet (bilaga 4 Foster i livmodern)
- motivera till att vid behov förändra livsstil

Återkoppling är viktigt

Om det visar sig att den gravida har ett riskabelt att alkoholbruk behöver hon återkoppling på sin alkoholkonsumtion. Det är viktigt att klargöra vilka skadeverkningar alkohol kan ha på barnet. Tillsammans kan ni kartlägga vid vilka situationer det kan vara svårt att avstå alkohol och utveckla strategier för att undvika eller hantera dem. Den gravida behöver också få hjälp att se fördelarna med att avstå från alkohol under graviditeten och den första tiden som nybliven förälder genom motivationshöjande samtal. De flesta som har hög konsumtion av alkohol är inte beroende, vilket innebär att de oftast har det relativt lätt att minska sin konsumtion. Forskning visar att korta återkommande samtal om alkohol leder till minskad alkoholkonsumtion hos personer med en riskkonsumtion. Skulle den gravida ha svårare besvär och utvecklat ett beroende bör man erbjuda mer avancerad behandling.¹⁰

Identifiera

Screening innan och under graviditet

Här presenterar vi två etablerade metoder som används för att identifiera ett eventuellt riskbruk av alkohol – AUDIT och Time Line Follow Back (TLFB). AUDIT används över hela världen och är översatt på flera språk. AUDIT screenar för alkoholkonsumtionen året innan graviditeten. Var särskilt uppmärksam på om kvinnan har ett riskbruk, detta framgår från den totala poängen på AUDIT, men även genom enstaka frågor. Notera till exempel hur ofta kvinnan anger att

Kvinnor
9 standardglas
eller mer
per vecka

Män
14 standardglas
eller mer
per vecka

Risikfylld alkoholkonsumtion enligt Folkhälsomyndigheten.

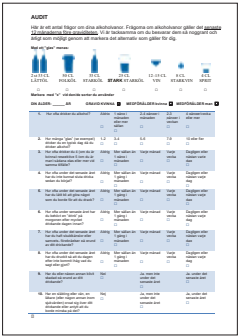
hon dricker sex glas eller mer vid samma tillfällen. Det är inte ovanligt att kvinnan själv blir överraskad av att hon har en riskfylld alkoholkonsumtion. Stötta henne om hon blir orolig för sitt barn. Time Line Follow back (TLFB) används för att få ett mått på alkoholkonsumtionen under graviditeten. Det är en beprövad metod för att få fram alkoholmönster och konsumtionsmängd. TLFB används främst för att få en bild av konsumtionen under graviditeten och därmed även för att försöka fastställa när i graviditeten fostret kan ha blivit exponerat för alkohol (eftersom all alkohol kvinnan dricker oavkortat går över till fostret).

➔ **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 (bilaga 2) används dels som underlag för samtalet om alkohol under graviditet, dels för att identifiera gravida kvinnor med ett riskbruk eller beroende före graviditet.

AUDIT består av tio frågor. Fråga 1–3 handlar om vanor, fråga 4–6 om beroende och fråga 7–10 om alkoholskador. Det är viktigt att markera att frågorna gäller det senaste året innan graviditeten. Studier har visat att det är en klart ökad risk att fortsätta att dricka alkohol, åtminstone i början av graviditeten, om man redan innan har en riskfylld konsumtion. Det är viktigt att inte bortse från att även kvinnor med lägre konsumtion behöver information och kunskap om att en låg konsumtion kan vara skadlig för fostret. Du kan med fördel även använda AUDIT för att identifiera partnerns konsumtion. Det finns ett värde i att båda de blivande föräldrarna reflekterar över sin alkoholkonsumtion inför sitt kommande föräldraskap.

Stötta henne om hon blir orolig för sitt barn.



AUDIT
Frågor om alkoholvanor de senaste 12 månaderna före graviditeten.
» Se bilaga 2.

› **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. Svaren på frågorna 9 och 10 poängsätter du 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 och hennes partner. 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 allvarigare problem. Erbjud kvinnan att vårdpersonal med särskild kompetens bjuds in till kommande barnmorskebesök.

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

Time Line Follow Back (TLFB) är en metod som gör det möjligt att mer systematiskt gå igenom kvinnans alkoholkonsumtion under de senaste veckorna. Med hjälp av formuläret 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, till exempel i mobilen. Utgå från dagens datum och backa bakåt till befruktningen och sista menstruationens första dag. På så sätt får både du och den gravida kvinnan en uppfattning om hur hennes dryckesvanor ser ut. Om barnet har utsatts för höga halter alkohol tidigt i graviditeten och kvinnan känner stark oro ska hon få saklig och nyanserad information om de eventuella skador som kan ha uppstått på fostret. Det är viktigt att dokumentera resultatet av TLFB i mödrahälsovårdsjournalen.

› **Så fyller du i formuläret:**

Längst bak i det här kapitlet hittar du TFLB-formuläret, bilaga 3.

Time Line Follow Back graviditetsvecka 1–20.

- 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 och så vidare) samt vad hon drack (vin, öl, en drink etcetera).
- Fortsätt bakåt i tiden och fyll i mängden i relevant ruta tillbaka till implantationen (cirka 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.

The image shows a grid for recording alcohol consumption. The columns are labeled 'Veckodag' and 'Dag 1' through 'Dag 5'. The rows are numbered 1 through 20. The first row has a header for 'Veckodag' and 'Dag 1' through 'Dag 5'. The rest of the grid is empty.

Time Line Follow Back graviditetsvecka 1–20
Formuläret används på barnmorskemottagningar.
› *Se bilaga 3.*

Be om lov innan du frågar vad de känner till om alkohol och graviditet.

För att beräkna mängden får man göra en grov uppskattning. Ofta brukar man tala om att ett standardglas motsvarar ungefär 12 gram 100 % alkohol. För olika alkoholsorter innebär ett standardglas (bilaga 2): 2 stycken 33 cl lättöl, 50 cl folköl, 33 cl starköl, 1 glas vin, 1 litet glas starkvin eller 4 cl sprit. En flaska vin motsvarar 5–6 standardglas (beroende på styrka).

Dokumentera screeningen

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

Motiverande samtal

Samtalet om alkohol är den viktigaste informationskällan för de blivande föräldrarna. Be om lov innan du frågar vad de känner till om alkohol och graviditet och fråga om de vill att du informerar dem. Du kan inleda med att fråga: Vad vet ni om hur alkohol påverkar 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 utan berätta det viktigaste:

- Forskning har inte kunnat påvisa någon säker lägsta gräns för intag av alkohol 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 standardglas per tillfälle, innebär både mängden och tidpunkten fostret exponeras för alkohol en betydligt större risk. Detta bör definitivt undvikas för att inte öka risken att skada 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.
- Förutsättningarna för bästa möjliga fostertillväxt återkommer när kvinnan lever ett regelbundet liv med fullgott näringsintag.



2 st 33 CL
LÄTTÖL



50 CL
FOLKÖL



33 CL
STARKÖL



25 CL
STARK STARKÖL



12–15 CL
VIN



8 CL
STARKVIN



4 CL
SPRIT

En gravid kvinna vill skydda sitt barn

De flesta kvinnor med en hög alkoholkonsumtion vill få hjälp att ändra 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. Hon kan då behöva mer omfattande stöd än vad mödrahälsovården kan erbjuda. Följande faktorer kan göra det svårare för henne att förändra sina vanor:

- riskkonsumtion före graviditeten
- ålder (har etablerade alkoholvanor)
- berusningsdrickande

Att barnmorskans screening har betydelse beskrevs i en utredning från Institutet för arbetsmarknad och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) 2016: Nyktrare mammor, friskare barn? Utredningen visade att införandet av AUDIT-screening och motiverande samtal inom den svenska mödrahälsovården ger resultat och minskar andelen barn som under sitt första levnadsår får läkemedel förskrivna eller läggs in på sjukhus under sitt första levnadsår.

› *Du kan läsa hela rapporten hela här IFAU, pdf:*

ifau.se/globalassets/pdf/se/2016/wp2016-16-sober-mom-healthy-baby.pdf

3. Fakta om alkohol

Alkoholkonsumtionen i Sverige

I Sverige, precis som i övriga västländer, är alkohol det helt dominerande berusningsmedlet. Svensk alkoholpolitik går framförallt ut på att minska skador av alkohol genom att hålla nere den totala konsumtionen. Alkoholkonsumtion under graviditet är en av de viktigaste livsstilsfaktorerna som blivande föräldrar behöver informeras om. I länder med hög konsumtion i populationen är foster-skador till följd av alkohol vanligare. Därför är det värdefullt med insatser på populationsnivå likväl som mer riktade insatser inom till exempel primärvård och mödrahälsovård.

Vi har generellt en lägre alkoholkonsumtion i Sverige jämfört med övriga Europa, men konsumtionen är inte jämlikt fördelad. Hälften av alkoholen konsumeras av ungefär 10 procent av befolkningen. Män dricker mer än kvinnor och unga personer, mellan 16–29 år, har riskbruk i högre grad är andra ålderskategorier. Intensivkonsumtion är något vanligare bland män än kvinnor. Var fjärde man och var femte kvinna intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden.

Definitioner av alkoholkonsumtion

Alkoholberoende – en sjukdom i hjärnan, det vill säga en tydligt definierad diagnos utifrån ett antal kriterier. Exempel på dessa kriterier är:

- sug och längtan efter alkohol
- svårigheter att kontrollera intaget trots vetskap om negativa effekter och önskan att avstå
- ökad tolerans för alkohol och abstinens när man minskar sin konsumtion

I Sverige bedöms ungefär 4 procent av den vuxna befolkningen lida av sjukdomen. Svårighetsgraden kan variera mycket. Från en mindre grupp som helt slås ut och marginaliseras till följd av sitt beroende, till grupper med lägre problemgrad (färre uppfyllda kriterier, mildare symptom) som inte får några uppenbara sociala konsekvenser.

Skadligt bruk av alkohol – ett tillstånd där man ännu inte utvecklat beroende, men där alkoholintaget är så pass omfattande att man får psykiska och/eller fysiska eller relationella skador till följd av det. Ofta har individen själv klart för sig att hen har en ohälsosam konsumtion.

Riskbruk – är ett mindre tydligt begrepp som innebär att en individ har en konsumtion som kan leda till psykiska och fysiska skador. Följande gränser anges som riskbruk:

- Kvinnor: mer än 9 standardglas per vecka, eller mer än 4 enheter vid ett och samma tillfälle,
- Män: mer än 14 standardglas per vecka eller mer än 5 enheter vid ett och samma tillfälle.
- Gravida: All konsumtion under graviditet räknas som riskbruk, eftersom fostret inte bör exponeras alls för alkohol.

Riskkonsumtionen av alkohol har minskat sedan 2006, framförallt beroende på att männens konsumtion har minskat. Även om riskkonsumtion innebär att man har en konsumtion som kan skada hälsan, behöver det inte betyda att individen själv förstått att konsumtionen är skadlig. Kanske dricker vänner och familj på likande sätt vilket har normaliserat beteendet.

Olika individer är också olika känsliga för alkohol. Kvinnor tål generellt sett alkohol sämre än män och drabbas oftare av skador av alkohol. Kvinnors ökade känslighet för alkohol kan bero på att de får högre blodalkoholhalt när de dricker jämfört med män, då de har en annan fett/vattenbalans i kroppen. Kvinnor har också generellt lägre nivåer av det enzym som bryter ned alkohol i magsäcken, alkoholdehydrogenas. Eventuellt kan också det kvinnliga könshormonet östrogen öka känsligheten för alkohol i vissa organ.¹¹

Riskbruk och skadligt bruk av alkohol kan förvärra/orsaka en rad olika sjukdomar som:

- bukspottkörtel- och leverskador
- depression
- hjärtproblem, som flimmer och svikt
- högt blodtryck
- psoriasis
- sömnrubbningar
- vissa cancersjukdomar
- ångestsyndrom

När du pratar med blivande föräldrar om vad som kan vara en ohälsosamt hög konsumtion så tänk kring riskbruksnivåer. Tänk också på den individuella känsligheten och betona helnykterhet vid graviditet.

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.

4. Så påverkar alkoholen fostret

Tillstånd kopplade till alkoholexponering under graviditet

Vid alkoholintag ökar risken för missfall, för tidig födsel samt risken för att fosterutvecklingen påverkas. Hjärnan är det organ som utvecklas under hela graviditeten och påverkas därmed främst. Något som bland annat kan leda till mental och motorisk försening i utvecklingen. Även skador på andra organ förekommer, till exempel på hjärta, tandutveckling och skelett. Denna kunskap grundas framförallt på djurstudier, men även studier på människa förekommer. Effekterna på barnet beror inte enbart på mängden alkohol, utan på ett komplext samspel mellan mängd, varaktighet och när under graviditeten som exponeringen skett. Även mammans och barnets genetiska uppsättning har, tillsammans med andra faktorer såsom barnets kön och mammans kost, betydelse för eventuella skador på fostret. Människor – även foster – är helt enkelt olika känsliga för alkohol. Det innebär att alkoholskador kan se väldigt olika ut, allt från att barnet inte riktigt når sin fulla potential till allvarliga skador, både mentala och fysiska. Dessa skador inryms under ett paraplybegrepp Fetala alkoholspektrumstörningar (FASD). I Sverige betecknas inte FASD som en diagnos medan däremot fetalt alkoholsyndrom (FAS), är en medicinsk diagnos.

Kriterierna för FAS är:

- karakteristiska ansiktsavvikelser, exempelvis korta ögonspringor, utslätat filtrum och en tunn överläpp
- prenatal och eller postnatal vikt eller längd under 10:e percentilen
- tecken på dysfunktion i centrala nervsystemet såsom strukturell hjärnanomali eller ett huvudomfång under den 10:e percentilen.

För barn som exponerats för alkohol under fostertiden och som inte fyller kriterierna för FAS, men som har en beteendeproblematik och avvikande kognitiv utveckling, finns i dag ingen diagnos i Sverige. Internationellt finns det förslag på benämning och området utvecklas löpande.¹²

Hur uppstår skadorna?

Som redan nämnts, beror skadorna på mängd olika faktorer och när under graviditeten samt den mängd som fostret exponerats för. Ett tydligt samband mellan mängden alkohol och fosterskador finns, men ingen säkerställd nedre gräns för hur mycket alkohol man kan dricka. De finns heller inte någon period under graviditeten när det kan vara ofarligt att dricka.² De karakteristiska avvikelserna i ansiktet som ses hos barn med FAS har sitt ursprung i störningar i fosterutvecklingen under mycket tidig graviditet. Det är också i början av graviditeten, under de första tio graviditetsveckorna som fostrets organ anläggs, varför alkoholexponering då kan leda till skador på dessa. Hjärnan genomgår en dynamisk utveckling under hela graviditeten, från anläggning under den embryonala fasen till nybildningen av nervceller och deras migration ut i hjärnan (nervcellerna ”vandrar” ut i hjärnan med hjälp av stödceller). Denna fas pågår till cirka tjugofemte graviditetsveckan. Därefter förfinas hjärnan med en intensiv nätverksbildning under tredje trimestern.¹³

Olika foster har olika känslighet för alkohol och kan påverkas olika av samma mängd alkohol. Avstå alkohol helt för att vara på den säkra sidan.

› Du kan läsa mer om skador av alkoholexponering i skriften *Alkohol, graviditet och barns utveckling* (Statens Folkhälsoinstitut, pdf):

fasportalen.se/Portals/0/Alkohol-graviditet-och-barns-utveckling.pdf

Föräldraskap och alkohol

Skadligt bruk och beroende av alkohol riskerar att påverka förmågan att vara förälder. Föräldrar med alkoholproblem uttrycker själva att de gärna vill ha stöd och hjälp, eftersom det gagnar deras barn. Vid alkoholproblem är det också vanligare med andra svårigheter, som till exempel samtidig psykisk sjukdom. Det innebär också en ökad risk för våld i familjen. Att få hjälp att börja reflektera över alkoholen påverkan på hälsan kan vara ett första steg. Finner barnmorskan allvarligare problem ska stöd inhämtas från andra aktörer, såsom specialister inom beroende och psykiatri, samt socialtjänsten.

Kan alkohol påverka barnet under amning?

Det är rent fysiologiskt stor skillnad på att dricka alkohol när man är gravid och när man ammar. Fostret delar blodomlopp med mamman och får därmed i sig exakt samma alkoholhalt under graviditeten. Vid amning blir alkoholhalten utspädd i bröstmjölken. Vilka toxiska risker detta kan medföra för barnet är mer omtvistat och de få studier som är utförda är inte konklusiva. Istället kan en diskussion om amning och alkohol leda vidare till den viktiga frågan om alkohol och föräldraskap.

Man kan då behöva diskutera hur föräldern blir när hen dricker alkohol och hur det påverkar förmågan att uppfatta barnets signaler och behov av omsorg. Rent fysiologiskt vet man att maximal alkoholkoncentration kan mätas i bröstmjolk 30–60 minuter efter intag och att tiden för alkoholen att nå noll-koncentration i bröstmjölken är tre timmar. Rekommendationen enligt flera internationella expertråd, är att avvakta med amningen minst två timmar efter intag av en standarddrink (Academy of Breastfeeding Medicine guidelines, WHO). Vad som bör framhållas är att ju större kvantitet alkohol som intas, desto längre blir denna tid. Rådet bör därför vara att avstå från regelbunden konsumtion men framförallt att definitivt undvika intensivkonsumtion. Det är även viktigt att poängtera att barn som redan exponerats för riskfylld mängd alkohol under graviditeten, inte bör exponeras för ytterligare alkohol efter födseln via amning.¹⁴

Ett spädbarn behöver alltid en nykter förälder eller vårdnadshavare vid sin sida.

När du samtalar om amning och alkohol – uppmärksamma hur omsorgen om barnet påverkas när föräldrarna är alkoholpåverkade. Ett spädbarn behöver alltid ha en nykter förälder eller annan vårdnadshavare vid sin sida. Ta upp ämnet alkohol och amning i graviditetsvecka 32. Föräldrarna behöver få möjlighet att fundera över frågan i god tid före förlossningen och hur ansvarsfördelningen ska komma att se ut. En förälder som har druckit alkohol ska aldrig sova tillsammans med barnet.

5. Webbplatser

Svenska rekommendationer om alkoholkonsumtion under graviditet:

livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida/mat-att-undvika#Alkohol

Mer information om alkohol i Sverige hittar du här:

folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/bruk/alkoholkonsumtion-i-befolkningen

Mer information om amning:

who.int/topics/breastfeeding/en

Vid funderingar kring sin egen eller någon annans alkoholvanor:

alkoholhjalpen.se

Kunskap, statistik och fördjupning kring alkohol och droger:

can.se

Information till gravida kring alkohol och graviditet:

1177.se/Stockholm/barn--gravid/graviditet/livsstil-och-halsa-under-graviditeten/alkohol-och-graviditet

Stöd för personer som vill förändra sina alkoholvanor och handledning för personal:

alkohollinjen.se

Författare

Åsa Magnusson psykiater, Beroendecentrum Stockholm, med dr, adjunkt, Karolinska Institutet

Faktagranskat av

Joy Ellis mödrahälsovårdsöverläkare och medicinsk rådgivare, Närhälsan,
Haga Mödra-Barnhälsovårdsteamet, Västra Götalandsregionen, Göteborg

Elisabeth Danielsson leg barnmorska, Närhälsan,
Haga Mödra-Barnhälsovårdsteamet, Västra Götalandsregionen, Göteborg

Bilagor

Bilaga 1 Tidigt samtal

Bilaga 2 AUDIT-formulär

Bilaga 3 TLFB-formulär

Bilaga 4 Foster i livmodern

Bilaga 5 Meny Agenda

Referenser


1. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2016; 138(2).
2. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38(1): 214-26.
3. Landgren M. How much is too much? The implications of recognising alcohol as a teratogen. *Acta Paediatr* 2017; 106(3): 353-5.
4. Dangardt F, Chikritzhs T. Is fetal alcohol syndrome in children as old as alcohol consumption? *Acta Paediatr* 2020.
5. Göransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 2003; 98(11): 1513-20.
6. Babor T. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, Dept of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
7. Sobell MB, Sobell LC, Klajner F, Pavan D, Basian E. The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors* 1986; 11(2): 149-61.
8. Persson A, Lindmark S, Petersson K, Gabriel E, Thorsell M, Lindström K, Göransson M, Cardell G, Magnusson Å. Alcohol and illicit and non-medical prescription drug use during pregnancy in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2020 (submitted).
9. Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health* 2001; 25(3): 168-74.
10. Glass JE, Andreasson S, Bradley KA, et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract* 2017; 12(1): 14.
11. Magnusson Å, Göransson M. Kvinnor och alkohol: diagnos, riskbruk och beroende. Stockholm: Liber; 2012.

12. SBU. Fetalt alkoholsyndrom (FAS) och Fetala alkoholspektrumstörningar (FASD) – Tillstånd och insatser: en systematisk översikt och utvärdering ur ett socialt medicinskt, ekonomiskt och etiskt perspektiv. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016.
13. Sarman I, Rangmar J. [Fetal alcohol syndrome is not the only consequence of prenatal alcohol exposure]. Lakartidningen 2017; 114.
14. May PA, Hasken JM, Blankenship J, et al. Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders. *Reprod Toxicol* 2016; 63: 13–21.

1

Bilaga 1 Tidigt samtal

Motiverande samtal /alkohol

Ett hälsosamtal i tidig graviditet 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 graviditetstestet, 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 utskriven för ett par år sedan, men slutade med medicinen då hon märkte att tabletterna inte hjälpte. Hon har sedan några år bekymmer med nedstämdhet och ångest och har fått 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.



MENY Agenda
› Se bilaga 5.

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 erbjuder 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 under 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.

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 vården 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.

Tidigt samtal Motiverande samtal/alkohol Ett hälsosamtal i tidig gravitet med hjälp av motiverande samtal, MI

Av barnmorskan **Elisabeth Danielsson**, Närhälsan, Mödra-Barnhälsovårds-teamet i Haga, Göteborg i samarbete med **Barbro Holm Ivarsson**, leg psykolog, konsult.

2

Bilaga 2 AUDIT-formulär

AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor. Frågorna om alkoholvanor gäller det senaste 12 månaderna före graviditeten. Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

Med ett "glas" menas:



Markera med "x" vid den/de sorter du använder

DIN ÅLDER: _____ ÅR GRAVID KVINNA MEDFÖRÄLDER kvinna MEDFÖRÄLDER man

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 "glas" (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 4 (om du är kvinna) respektive 5 (om du är man) sådana glas eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än 1 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 1 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 1 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 1 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 samvets- förebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än 1 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 1 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"/>

3

Bilaga 3 TLFB-formulär

Time Line Follow Back graviditetsvecka 1-20

Namn

Ålder

Veckodag							
Graviditetsvecka	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							

Time Line Follow Back graviditetsvecka 1-20

Formulärets användande är väl känt bland barnmorskor på barnmorskemottagningar.

Mer information om TLFB-formuläret kan fås via samordningsbarnmorska i din region eller läs i Barnmorskans guide för samtal om alkohol.

Se länk: riskbruk.se/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=13687

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 avrått 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 och fokuserar istället på alla positiva effekter av fysisk aktivitet. Allt mer evidens finns för att många graviditetsrelaterade komplikationer kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet. Inom mödrahälsovården 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.

stock.adobe.com

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 cirkulations-systemet blir större. Detta kan enligt Clapp³ liknas vid reaktionerna vid vätskebrist och kan ge upphov till en rad biverkningar såsom hypotoni, yrsel, illamående, trötthet, blekhet, takykardi och svettningar.³ 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 plasmavolymen.⁴ Totalt ökar blodvolymen med upp till 40–50 procent under graviditeten.² Den ökade blodvolymen leder i sin tur till ett ökat venöst återflöde och ökad slagvolym.³ Den ökade blodvolymen leder till anpassningar av hjärtat med ökad hjärtvolym, ökad hjärtfrekvens och ökad hjärtminutvolym.² 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 oförändrat alternativt sjunker med 5–10 mmHg och det diastoliska sjunker med 10–15 mmHg.^{2,5} 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 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.² Trots detta upplever många kvinnor en känsla av andnöd mot slutet av graviditeten vilket främst orsakas av det ökade trycket på lungorna från diafragma.¹ 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.^{1,6} Under graviditet ökar blodflödet till huden genom kärldilatation, svettkörtlarnas aktivitet ökar och ventilationen ökar. Detta tillsammans kan underlätta regleringen av kroppstemperaturen men den exakta mekanismen bakom är ännu omdiskuterad.^{1,6}

Blodsockernivåerna påverkas under graviditeten. Graviditetshormonerna gör kvinnan mindre känslig för insulin, vilket innebär ett ökat krav på insulinproduktionen.¹ 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 de europeiska länderna drabbas cirka 5 procent av alla gravida kvinnor av graviditetsdiabetes.⁷ Gränsvärdena för diagnosen varierar såväl internationellt som nationellt varför det ibland kan vara svårt att jämföra förekomsten. Bland normalviktiga gravida i Sverige diagnostiserades 1,3 procent med graviditetsdiabetes under 2018 medan motsvarande siffra för gravida med fetma var 14,6 procent.⁸ 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 (27,5 procent) eller har fetma (15,7 procent) redan vid inskrivning på barnmorskemottagningen och många kvinnor uppger att första graviditeten var starten på deras viktuppgång.⁹ Antalet kvinnor med övervikt och fetma har ökat stadigt det senaste årtiondet och ökningen ses framförallt bland tonårsflickor, vilka är en grupp som snart väntas till mödrahälsovården. 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.^{10,11} 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 kilona.¹¹ Övervikt och fetma ökar risken för många graviditetskomplikationer såsom graviditetsdiabetes, hypertoni och preeklampsi.¹² 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 kan, tillsammans med förskjutningen av tyngdpunkten, leda till muskuloskeletal besvär. Länd- och bäckenrelaterad smärta är de vanligaste problemen och drabbar hälften av alla gravida kvinnor.^{13,14} Länd- och bäckenrelaterad smärta är också den vanligaste orsaken till sjukskrivning.¹⁵ Bäckenbotten påverkas också 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 träning.¹⁶ Den fysiska aktiviteten kan bestå av olika typer av rörelser och kan utföras med olika intensitet, från låg till mycket hög ansträngning.¹⁶ Fysisk träning är en del av den fysiska aktiviteten och definieras som planerad, strukturerad träning med syfte att förbättra till exempel kondition eller muskelstyrka.¹⁶ Kroppen anpassar sig snabbt efter de ökade krav 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 belastningarna.³ Fysisk aktivitet och träning har visat sig kunna förebygga och behandla många graviditets- och förlossningskomplikationer.¹² Några av dessa beskrivs nedan.

Hypertoni

Graviditetsinducerad hypertoni drabbar cirka 6 procent av alla gravida kvinnor.¹ De främsta riskfaktorerna för att drabbas av hypertoni är övervikt, fetma, njursjukdom och ärftlighet. Det finns evidens för att fysisk aktivitet, främst konditionsträning, kan sänka och normalisera såväl det systoliska som det diastoliska blodtrycket hos icke-gravida kvinnor.¹⁶ 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 hypertoni.¹⁷ Det saknas fortfarande studier på fysisk aktivitet som behandling av graviditetsinducerad hypertoni.¹ Det finns dock inget som tyder på att effekterna av fysisk aktivitet skulle vara andra för gravida 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 preeklampsi.^{1, 12, 18, 19} 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. Det gäller även under vila.¹⁶ Träning ökar också genomsläppligheten för glukos till muskeln. Träningseffekten kvarstår under 24–48 timmar efter ett träningspass.¹⁶ 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 kombineras.¹⁶ Måttlig träning under graviditet har visat sig kunna både förebygga och behandla graviditetsdiabetes^{12, 20–25} även om det vetenskapliga underlaget för gravida kvinnor fortfarande är begränsat.^{26, 27} 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 graviditetsdiabetes.²⁶

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, 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.^{28–30}

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 smärta.³¹ Vaginal förlossning, övervikt och fetma är ytterligare riskfaktorer. Urininkontinens förekommer hos 32 till 64 procent av alla gravida kvinnor.³² Träning av bäckenbotten såväl före, under som efter graviditet är effektivt för att förebygga dessa problem.¹ Det är dock viktigt att kvinnan får rätt instruktion så att hon tränar på ett optimalt sätt.

Riktlinjer för fysisk aktivitet under graviditet

Riktlinjerna för fysisk aktivitet för icke-gravida vuxna uppdaterades av WHO i december 2020.¹² De svenska rekommendationerna är under revidering för att anpassas efter dessa. Alla vuxna bör vara fysiskt aktiva 150–300 minuter i veckan på minst måttlig intensitet eller 75–150 minuter per vecka på en högre intensitet. Aktivitet i måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten ska vara av aerob karaktär, det vill säga träna konditionen genom att puls och andning ökar. Muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) bör utföras minst två gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper. Stillasittande bör begränsas och bytas ut mot fysisk aktivitet på valfri intensitet.

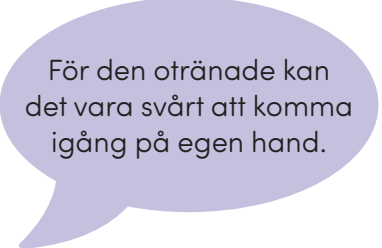
För gravida kvinnor utan medicinska komplikationer gäller samma rekommendationer för fysisk aktivitet som för den övriga vuxna befolkningen, men i det lägre spannet. Detta innebär fysisk aktivitet i måttlig intensitet i sammanlagt minst 150 minuter i veckan.¹² Vid högre intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Alternativt kan aktivitet på måttlig och hög intensitet kombineras. Muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) bör utföras minst två gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper samt bäckenbotten.¹² Lättare rörlighetsträning kan läggas till och stillasittande bör begränsas. Det är viktigt att betona att för de kvinnor som inte når upp till rekommendationerna är allt bättre än ingen rörelse. Vid samtal om fysisk aktivitet kan Socialstyrelsens frågor om Levnadsvanor var till hjälp för att skatta kvinnans fysiska aktivitetsnivå.³³

Kvinnor som varit fysisk aktiva på en hög nivå innan graviditet kan fortsätta med detta under graviditeten.¹² Viss anpassning kan behöva ske i takt med att graviditeten fortskrider. En exakt övre gräns för fysisk aktivitet kan inte sättas med dagens kunskap utan bör anpassas efter varje individ.¹

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 intensitetsnivå.¹² Ökar kvinnan sin fysiska aktivitetsnivå under graviditeten uppnår hon många av de positiva effekter som vältränade kvinnor har.³



För den otränade kan det vara svårt att komma igång på egen hand.

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 promenera eller gå stavgång kan vara fullt tillräckligt i början. Motionscykling, simning eller vattenträning är andra bra alternativ.

Muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) som komplement, bör i början ske med relativt låga vikter och många repetitioner. Muskelstärkande fysisk aktivitet med kroppen som belastning eller i maskiner rekommenderas inledningsvis, eftersom 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.¹² Detta gäller så länge graviditeten är normal och utan medicinska 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 inte utföras i liggande utgångsställning i slutet av graviditeten eftersom kvinnan kan drabbas av yrsel, så kallat vena cava syndrom. Det är viktigt att lyssna på kroppen och att inte göra något som inte känns bra. Bäckebottenträning bör påbörjas 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 tagit initiativ till en serie artiklar som fokuserar på elitidrottande gravida kvinnor.^{1, 34, 35} 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. Detta bekräftas även i WHO:s nya rekommendationer.¹² Evidensen i studier på elitidrottare 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 graviditeten.¹

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 kvinnorna 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.¹²

Tillstånd då man inte bör träna under graviditet

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

Fysiologiska anpassningar postpartum

Direkt efter förlossningen sker omfattande fysiologiska förändringar. Moderkakan 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 successivt att återgå till det normala redan dagarna efter förlossning. Det är framförallt plasmavolymen som minskar.³⁶ 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 de 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 aktivitet.³

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 träningen. Många elitaktiva kvinnor upplever att de blir bättre efter graviditet. 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 träna eller tävla 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. I WHO:s globala riktlinjer för fysisk aktivitet efter graviditet är nu desamma som för gravida kvinnor.¹² Den fysiska aktiviteten kan återupptas successivt direkt efter förlossning om den har varit utan medicinska komplikationer.¹² Kvinnan rekommenderas att avvakta med högentensiv fysisk aktivitet till genomförd efterkontroll. I en konsensusartikel kring återgång till idrott efter graviditet³⁵ belyses det svaga evidensläget för såväl motions- som elitidrottare.

Förekomsten av dysfunktion i bäckenbotten 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 prevention.³⁵ Bäckenbottenträning bör inledas direkt efter förlossningen.

Det finns inte någon särskild tidpunkt när det är mest optimalt att påbörja träning igen efter förlossningen. Detta varierar i hög grad mellan olika kvinnor. Barnmorskan bör alltid råda 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 i dag rådgivning kring levnadsvanor och når majoriteten av kvinnor. Det 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 tillvara detta tillfälle och bli så lyckosam som möjligt krävs arbete i multiprofessionella 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. 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. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol* 2020; 135(4): e178-e188.
3. Clapp JF, Little KD. The interaction between regular exercise and selected aspects of women's health. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(1): 2-9.
4. 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.
5. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med* 2003; 37(1): 6-12; discussion 12.
6. Ravanelli N, Casasola W, English T, Edwards KM, Jay O. Heat stress and fetal risk. Environmental limits for exercise and passive heat stress during pregnancy: a systematic review with best evidence synthesis. *Br J Sports Med* 2019; 53(13): 799-805.
7. Eades CE, Cameron DM, Evans JMM. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2017; 129: 173-181.
8. Graviditetsregistrets årsrapport 2018. medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/2018%20GR%20%C3%A5rsrapport_2.0.pdf
9. Graviditetsregistrets årsrapport 2019. medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20%C3%85rsrapport%202019_2.0.pdf
10. 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.
11. IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington DC: Academies Press; 2009.
12. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020; 54(24): 1451-1462.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

16. Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet (YFA). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017.
17. 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.
18. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* 2014; 25(3): 331-43.
19. Kasawara KT, do Nascimento SL, Costa ML, Surita FG, e Silva JL. Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(10): 1147-57.
20. 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.
21. 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.
22. Davenport MH, Ruchat SM, Poitras VJ, et al. Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2018;52(21):1367-1375.
23. Perales M, Santos-Lozano A, Ruiz JR, Lucia A, Barakat R. Benefits of aerobic or resistance training during pregnancy on maternal health and perinatal outcomes: A systematic review. *Early Hum Dev* 2016;94:43-8.
24. Shepherd E, Gomersall JC, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P. Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD010443.
25. Yu Y, Xie R, Shen C, Shu L. Effect of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31(12): 1632-1637.
26. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health* 2015; 7(6): 527-31.
27. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med* 2018; 52(21): 1339-1346.
28. FYSS-Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukvårdsbehandling. Statens folkhälsoinstitut, Elanders; 2008.
29. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (8): CD001139.
30. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ* 2005; 330(7494): 761.
31. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor, Briding science and clinical practice: Elsevier; 2007.

32. 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.
33. Socialstyrelsen 2018. socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf
34. 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; 50(21): 1297–1305.
35. 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; 51(21): 1516–1525.
36. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. Curr Sports Med Rep 2002; 1(6): 362–8.

Kost



Maten har stor betydelse för hälsa, välmående och prestationsförmåga, på kort såväl som lång sikt. Inför, under och mellan graviditeter är det extra viktigt att tillgodose kroppens 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 eftersom kvinnan ofta är motiverad att förändra sin och familjens levnadsvanor. Även tiden efter graviditeten är en lämplig period för att påbörja och implementera livsstilsförändring, inklusive att förändra matvanor. Barnmorskan kan göra stor skillnad för kvinnan, graviditeten och det framtida barnets hälsa genom att informera och stötta kvinnan i att skaffa sig bra och hållbara matvanor. Barnmorskans råd runt mat och rörelse är också viktiga när gäller att stödja kvinnan till en hälsosam viktuppgång under graviditet.

Fotograf/Scandinav

Kost

Nordiska näringsrekommendationer (NNR 2012) sammanfattar den vetenskapliga grunden för rekommendationer om näringsämnen och hälsosamma kostmönster för den friska befolkningen – och för särskilda grupper som gravida och ammande.¹ De svenska kostråden baserar sig på NNR och väger liksom NNR in miljöaspekterna av maten och uppmuntrar till ökad konsumtion från växtriket. 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. I en ny rapport med uppdaterade råd om näringsintag och hälsosamma matvanor redovisar Livsmedelsverket motiven och bakgrunden till de generella och riktade råd som ges till gravida och ammande.⁴

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) rekommenderar att amerikanska Institute of Medicine's (IOM) riktlinjer vad gäller viktuppgång under graviditet tillämpas, men många regionala PM och riktlinjer stödjer sig på svensk forskning⁵ och rekommenderar lägre vikt än IOM. Generellt rekommenderas livsstilsinsatser med mat och rörelse för hälsosam viktuppgång under graviditet. Enligt en meta-analys 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 inskrivningen.⁶

Hälsosamma matvanor

Av levnadsvanorna är ohälsosamma matvanor de som i störst utsträckning bidrar till sjukdomsburden i Sverige.⁷ Samtidigt lägger hälso- och sjukvården minst resurser på människors matvanor av alla levnadsvanor.⁷ 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 Näringsrekommendationerna¹ och ligger i linje med de europeiska rekommendationerna från European Food Safety Authority (Efsa)⁸ och WHO's internationella rekommendationer för nutrition och hälsa under graviditet.⁹

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. Rött kött (nöt, gris, lamm) och charkuteriprodukter, socker och andra energitäta livsmedel, liksom mat med hög salthalt ökar risken för kostrelaterade

Ofta rör det sig om för stort energiintag i kombination med för litet näringsintag.

sjukdomar. Vad gäller rött kött rekommenderar NNR att befolkningen konsumerar högst 500 gram i veckan. För gravida kan dock kött, till exempel blodpudding, vara viktiga livsmedel för att säkra kroppens behov av järn. På senare år har nutritionsforskningen utökats till att alltmer fokusera på miljöhänsyn, vilket har beaktats i de allmänna kostråden.¹⁰ Gravida är ofta intresserade av att deras och familjens matval ska vara hälsosamma och hållbara för både miljön och hälsan, vilket kan vara en ytterligare motivationsfaktor till hälsosamma matvanor.

Skillnaderna i näringsbehov mellan gravida och icke gravida kvinnor är förhållandevis små. Gravidas särskilda behov kan med några små anpassningar, som att uppmärksamma näringstäthet, fisksorter, mejeriprodukter och livsmedelshygien, uppnås genom samma hälsosamma matvanor som rekommenderas för övriga befolkningen.¹¹

Ohälsosamma matvanor

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 skalldjur, 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, både psykologiska och fysiologiska, som aptit, smak, illamående och uppfattning av livsmedel. Faktorerna kan också vara konstitutionella som kultur, tradition och socioekonomi. Barnmorskan och andra i vården behöver därför ha ett personcentrerat förhållningssätt och individanpassa kostråden till kvinnorna.

Ohälsosamma matvanor förekommer hos ungefär 20 procent av Sveriges vuxna befolkning enligt Socialstyrelsens kostindikatorer.¹² Enligt Livsmedelsverkets undersökning, Riksmaten 2010, kommer endast två av tio vuxna svenskar upp i rekommendationerna för frukt och grönsaker (500 gram) och endast en av tio äter den rekommenderade mängden fullkorn.¹³ Ohälsosamma matvanor bidrar till ohälsa och viktökning och till att andelen vuxna med fetma har fördubblats sedan 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 åren.¹⁴ Många gravida kvinnor överskrider dessutom rekommendationerna för viktökning under graviditet. Enligt en 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 rekommendationerna.¹⁵ Ohälsosamma

matvanor kan antas vara en starkt bidragande orsak till att nästan hälften av de gravida ökade mer än vad som anses hälsosamt.¹⁶

Enligt Socialstyrelsens statistik dör årligen cirka 30 000 människor i Sverige av hjärt-kärlsjukdom. Nästan lika många dör varje år 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. Det visar uppgifter från Livsmedelsverket och World Cancer Research Fund.

Gravidas näringsintag och matvanor

Vad gäller gravidas matvanor finns ingen specifik undersökning, men enligt matvaneundersökningen Riksmaten har gruppen unga kvinnor och män (18–30 år) sämst matvanor av alla vuxna.¹³ 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. Forskning på kostmönster, det vill säga hur kosten i sin helhet är sammansatt, har studerats hos gravida och visar samband mellan hälsosamma matvanor enligt nordiska och livsmedelverkets näringsrekommendationer och graviditetskomplikationer.¹⁷ Vad gäller vikt visar forskning att kostrådgivning från hälso- och sjukvården kan bidra till lägre risk för stor viktuppgång under graviditeten.¹⁷

Svenskarnas matvanor enligt Riksmaten

- 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

Utmaningar vid samtal om matvanor

En hälsosam kost under graviditeten är gynnsam både för kvinnan, graviditeten och fostret. Den kan också på sikt leda till hälsosammare matvanor för hela familjen. Väl sammansatt mat, 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 har dessutom stor betydelse för metabol hälsa, såsom blodsocker i balans och gynnsamma nivåer av blodfetter, samt för gynnsam viktutveckling under och

mellan graviditeter. Graviditeten är ett så kallat pedagogiskt fönster som kan göra det lättare för kvinnor att förbättra sina matvanor och ta hand om sig och det blivande barnet.¹⁸ 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 uppnå resultat och kvinnan bör få råd om dessa.^{19,20} I detta sammanhang är viktigt att känna till de livsmedel som gravida bör undvika på grund av miljöföroreningar eller risk för bakteriell kontamination.^{2,3}

Kostråd

De kostråd som gäller under graviditet utgår från Nordiska Näringsrekommendationer (NNR)¹. 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 barnmorskor.²¹ 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 graviditeten.²¹ Definitionen av vad som är hälsosamt respektive ohälsosamt vilar dock på god, evidensbaserad grund och det finns en bred samsyn inom forskningen oavsett vad som ibland framkommer i media.

Illamående

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 annat komplicerat förhållande till mat.²² Här gäller det för barnmorskan att ha fingertoppskänsla och betona kroppens förmåga att prioritera barnet och graviditeten när det gäller att tillgodogöra sig näring. Vid misstanke om ätstörning eller ”ängstrelaterat ätande” bör erbjudande om remiss för samtalsstöd eller till ätstörningsenhet övervägas.

Viktuppgång

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

Barnmorskor inom mödrahälsovården är viktiga aktörer för att stödja kvinnan i att uppnå hälsosamma matvanor för en gynnsam viktutveckling under graviditeten. Något som i sin tur minskar risken för graviditetskomplikationer och bidrar till långsiktigt bättre hälsa för både henne och barnet. Många barnmorskor vittnar dock om att övervikt och fetma är ett känsligt ämne.²³ Studier visar att

barnmorskors upplevelser av att erbjuda kostråd och kvinnans upplevelse av att ta emot kostråd skiljer sig åt.²⁴ Barnmorskan och kvinnan bör mötas i samförstånd och samtalet om matvanor ske personcentrerat.^{25,26} 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.^{27,28} Livsstilsinterventioner med kostrådgivning har visat sig vara särskilt effektiva.¹⁹

Uppföljning

Att enbart mäta vikten utan att samtala om den eller ge råd om levnadsvanor har inte visat sig begränsa viktuppgången under graviditet.²⁹ Eftersom arbete med levnadsvanor kräver uppföljning är den barnafödande tiden en lämplig period att erbjuda samtal runt matvanor, då 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 och hållbara måltider samt matlagningskurser för att skapa bra rutiner runt maten.³⁰

Jämlik hälsa

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 grupper.³¹ Generellt gäller att personer med störst resurser i form av utbildning och inkomst är de som i högre grad följer kostrekommendationerna (med undantag för alkohol). Det är också denna grupp som har bäst hälsa i genomsnitt.³¹ De som löper störst risk att inte kunna lyckas följa råden är individer i socioekonomiskt utsatta områden. Denna grupp har också ofta högre vikt än vad som är bra för hälsan. Vad gäller gravida är till exempel fetma vanligare bland kvinnor med endast grundskoleutbildning och bland kvinnor med utländsk härkomst,¹⁴ något som ytterligare stärker uppfattningen att kostinformation och samtal om mat på MVC behöver innehålla adekvat information och vara individuellt anpassade så att alla kvinnor kan ta till sig råden. Utbildning utmärker sig som en markör för hälsosamma matvanor, och enligt Livsmedelverkets matvaneundersökningar är nivån grundskola sammankopplad förknippad med lägre grönsaksintag hos kvinnor. Samma undersökningar visar också att ungdomar i familjer där föräldrarna har kort utbildning uppvisar mer ohälsosamma matvanor.^{13,32}

Medvetna val

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 ifrågasättas och upplevas integritetskränkande. De flesta kvinnor uppskattar dock ett rakt och fördomsfritt tilltal runt vikten och många föredrar att barnmorskan använder BMI-begreppet.³³ 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 skuldbelägga.³⁴ Med barnmorskans stöd, och genom att delta i gruppaktiviteter med andra gravida kvinnor med liknande behov, lyckas gravida kvinnor ersätta dåliga vanor med medvetna val.³³ Att identifiera sig som förälder och skapa en förebild börjar redan under graviditeten och stödet är därför viktigt 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 möjligt.³⁵

Omgivningens stöd

Även partners och omgivningens matvanor och förändringsbenägenhet vad gäller levnadsvanor har betydelse för kvinnans möjlighet att genomföra livsstilsförändring.^{33,36} Om kvinnan får stöd av sin partner ökar hennes chanser att nå de uppsatta målen.³³ Det har också visat sig att pappans 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 hälsa.³⁷ På frågan om föräldrarna var nöjda med sina levnadsvanor svarade 65 procent av blivande föräldrar nej och satte bättre matvanor samt att vakta vikten högt på sin prioritetlista.³⁵

Samhället och vården har möjlighet att underlätta för människor att klara att göra medvetna, hållbara och hälsosamma val. En miljö som stimulerar och underlättar för människor att leva hållbart och hälsosamt, till exempel i form av nudging ("puff i rätt riktning"), ökar chansen till hälsosam livsstil (beteendelabbet.se/Nudging). MHV skulle kunna agera i denna riktning genom att göra väntrum, korridorer och besöksrum samt föräldraträffar, information och liknande mer hälsofrämjande.

Om kvinnan får stöd av sin partner ökar hennes chanser att nå de uppsatta målen.

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 erbjuder adekvat stöd vid behov.

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. Rådgivningsnivån förutsätter dessutom att barnmorskan har kompetens inom förändringsprocesser, motiverande strategier och beteendetekniker samt god kunskap om mat och näring. Ett kvalificerat rådgivande samtal tar upp till 60 minuter och innefattar även ett antal uppföljningar. Vid samtal om matvanor kan olika pedagogiska hjälpmedel som kostanamnes, matdagbok och screeningfrågor¹² användas.

Viktigt att följa upp förändringar av matvanor

Uppföljning kan ske via individuella besök, vilka bör planeras utöver besöken i basprogrammet. Uppföljning kan även ske via telefon, mail, sms och en digital plattform. Matdagbok är ett av flera hjälpmedel som barnmorskan kan använda för att utvärdera om kvinnan har lyckats förändra sina matvanor.

Intervjuer har visat att kvinnor som under sin graviditet deltagit i livsstilssatsning är nöjda med mödrahälsovårdens insats.^{33, 34} Däremot har de saknat uppföljning och stöd runt levnadsvanorna efter partus.³⁴ Tiden postpartum kan vara en bra tid för en nyorientering av kvinnans, barnets och familjens levnadsvanor. Föräldraledighet kan göra det möjligt att delta i hälsofrämjande aktiviteter och ge tid för träning i vardagen och ökat fokus på matvanor, något som gäller båda föräldrarna och bör uppmuntras även hos partnern. Att ändra vanor vad gäller maten under perioden efter graviditeten har visat sig särskilt framgångsrikt.²⁰ 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 broschyrer.^{32, 38}

För att minska risken för att kvinnan ensam blir ansvarig för sin egen och familjens mat kan det vara en fördel att även bjuda in partnern till samtal om familjens kostvanor. Genom det kan partnern bli ett viktigt stöd i livsstilsförändringen.

Samverkan ger bäst resultat

Kvalificerad rådgivning om hälsosamma matvanor bör om möjligt göras av en dietist. En idealisk modell är att mödrahälsovårdens barnmorskor samarbetar med en dietistmottagning som med kort varsel kan ta emot remitterade kvinnor. Eftersom en del kvinnor kan vara ovilliga att gå till specialistenheter 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 med god kompetens i frågan. Det är viktigt att nätverka med övriga vården samt med det omgivande samhället inom till exempel BVC, Familjecentral, tandvård, elevhälsa, socialtjänst, kommunen, bibliotek, föreningar och andra arenor. Det gör att kvinnan och hennes familj möter samma budskap vad gäller hälsosamma matvanor i hela samhället.

Författare

Karin Haby leg dietist, verksamhetsutvecklare, forskare/doktorand
Mödrahälsovården Västra Götalandsregionen, Göteborg

Granskare **Åsa Brugård Konde** nutritionist, Livsmedelsverket

Mer Info

Livsmedelsverket (SLV):

livsmedelsverket.se

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

Livsmedelsverkets websida för gravida:

livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/gravida

Socialstyrelsen:

socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/

World Cancer Research Fund International:

wcrf.org

wcrf.org/int/research-we-fund/our-cancer-prevention-recommendations

Vårdguiden:

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

Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS):

hfsnatverket.se/sv/matwebben

Karolinska Institutet:

sundkurs.se

Region Stockholm:

folkhalsoguiden.se/amnesomraden1/levnadsvanor/matguiden/matguiden-for-gravida

Västra Götaland, Närhälsan:

vregion.se/regional-utveckling/verksamhetsomraden/folkhalsa/livsvillkor-levnadsvanor/levnadsvanor

Dietisternas Riksförbund (DRF):

drf.nu/levnadsvanor/matvanor

Bilagor

Bilaga 1 Insatser i Göteborg bröt trenden med växande viktökning

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. Å. BK. Hälsosamma matvanor – råd till gravida och ammande. Risk- och nyttohanteringsrapport. Livsmedelsverket. Uppsala, 2020.
5. Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 759-64.
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. Willett W, Rockstrom J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet* 2019; 393(10170): 447-92.
11. Björck L, Eneroth, H. Bra livsmedelsval under graviditet – baserat på Nordiska näringsrekommendationer 2012: Livsmedelsverket, 2016.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 Indikatorer, 2011.
13. Livsmedelsverket. Riksmaten – vuxna 2010–2011. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige., 2012.
14. Graviditetsregistret. Pregnancy register Graviditetsregistret Årsrapport 2018. Stockholm: QRC Kvalitetsregistercentrum, 2019.
15. Goldstein R, Teede H, Thangaratnam S, Boyle J. Excess Gestational Weight Gain in Pregnancy and the Role of Lifestyle Intervention. *Semin Reprod Med* 2016; 34(2): e14-21.
16. 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.

17. Eneroth B, Juhlin, B. Kostmönster under graviditet. En litteraturstudie om kostmönster och samband med graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, för tidig förlossning och stor viktuppgång under graviditeten. Uppsala: Livsmedelsverket, 2018.
18. Phelan S. Pregnancy: a "teachable moment" for weight control and obesity prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(2): 135 e1–8.
19. 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.
20. 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.
21. Wennberg A. Pregnant women and midwives are not in tune with each other about dietary counselling – studies in Swedish antenatal care: Umeå University; 2015.
22. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and post-partum. *Archives of women's mental health* 2016; 19(4): 675–80.
23. 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.
24. 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.
25. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006; 56(5): 472–9.
26. 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.
27. Muktabant 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.
28. 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.
29. Brownfoot FC, Davey MA, Kornman L. Routine weighing to reduce excessive antenatal weight gain: a randomised controlled trial. *BJOG* 2016; 123(2): 254–61.
30. 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.
31. Mattisson I. Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige: Livsmedelsverket, 2016.
32. Livsmedelsverket. Riksmaten ungdom, 2018.

33. 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.
34. 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.
35. Ivarsson A. Salut-satsningen. 2006-07-01-2020-01-01.
regionvasterbotten.se/folkhalsa/salut-satsningen-for-barn-och-ungas-halsa/salut-under-graviditeten
36. 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.
37. Öhlund I. Health implications of dietary intake in infancy and early childhood. Umeå University; 2008.
38. Huseinovic E. From efficacy to effectiveness: Two randomized controlled trials of lifestyle intervention postpartum: Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg; 2016.

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 barn.⁴ 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 barnafödande.⁵ Stor viktökning under graviditeten innebär ytterligare risk för graviditetskomplikationer och negativ påverkan på kvinnans och barnets framtida kroppsvikt och hälsa.^{6–8}

Studier och metaanalyser angående livsstilsintervention under graviditet för att begränsa viktuppgång för gravida med högt BMI (>25 eller >30) har visat sig delvis framgångsrika.^{9,10} 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.^{11,12} Den vetenskapliga litteraturen visar också att enkla insatser med raka budskap via broschyrer och websidor kan ha väl så stor effekt som de mest påkostade och ambitiösa projekten.^{13–15}

När det gäller rekommenderad viktuppgång under graviditet har American Institute of Medicine (IOM) BMI-specifika viktrekommendationer.¹⁶ 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 graviditet.¹⁷

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 uppföljning.¹⁸ Sammanfattningsvis, enligt NWCR är de huvudsakliga framgångsfaktorerna för att hålla vikten i balans:

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

1. Graviditetsregistret. Pregnancy register Graviditetsregistret Årsrapport 2018. Stockholm: QRC Kvalitetsregistercentrum, 2019.
2. Haby K, Berg M, Gyllensten H, Hanas R, Premberg A. Mighty Mums – a lifestyle intervention at primary care level reduces gestational weight gain in women with obesity. *BMC Obes* 2018; 5: 16.
3. Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 2011; 10(4): 248-51.
4. Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 759-64.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

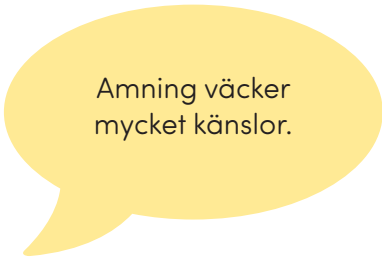
16. IOM American Institute of Medicine. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington: National Academy Press; 2009.
17. NICE National Institute for Health and Care and Excellence. Weight management before, during and after pregnancy.
[nice.org.uk/guidance/ph27/chapter/1-recommendations](https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/chapter/1-recommendations)
18. 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 främja amning är en viktig del av mödrahälsovårdens hälsoinformation. Amning väcker mycket känslor.¹ Det märks inte minst i samhällsdebatten och media som ibland 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 amma.² Barnmorskan har en viktig roll att väcka nyfikenhet, informera och stödja blivande och nyblivna föräldrar så att de kan göra ett informerat val om hur de vill föda upp sitt barn.

Foto: Jonas Jacob Svensson



Amning väcker
mycket känslor.

Amning

Amning har stor betydelse för folkhälsan på både kort och lång sikt. En sammanställning gjord av en forskargrupp inom Lancet visar att amning är viktig globalt, i såväl låginkomstländer som i höginkomstländer.³ Amning minskar risken för diarré, luftvägsinfektioner och öroninfektioner, nekrotiserande enterocolit (NEC) och plötslig spädbarnsdöd.³ Amning kan även förebygga diabetes och fetma på lång sikt.³ 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.⁴ Amningen minskar också risken för bröstcancer, äggstockscancer, livmodercancer, hjärtkärlsjukdom och typ 2 diabetes.^{3,5} Amning är även ekonomiskt, miljövänligt och leder till bland annat mindre utsläpp av koldioxid.⁶ Amning är alltså kostnadseffektivt för både individ och samhälle.^{6,7} Beräkningar i USA och England visar att ett samhälle skulle kunna spara miljarder på amning och bröstmjolk vilket i förlängningen bidrar till en mer hälsosam och jämställd värld,⁷ se vidare *Policydokument Amning Barnmorskeförbundet 2020*.

Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond (UNICEF) har initierat en rad åtgärder för att skydda, främja och stödja amning. Bland annat Innocenti-deklarationen med fyra mål för amning⁸ och Internationella barnmatskoden (WHO-koden) med en samling etiska regler för marknadsföring av mjölkersättningsprodukter, nappar och nappflaskor.⁹ WHO/UNICEF har även utarbetat Tio steg* med strategier och vårdrutiner för hela vårdkedjan som i Sverige kallas Amningsvänliga sjukhus^{10,11} (Baby Friendly Hospitals) samt Tio steg för prematura och sjuka barn.¹² 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 längre.¹³ Flera av dokumenten finns översatta till svenska.^{14,15,16,17} 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.

WHO/UNICEF

TEN STEPS TO
SUCCESSFUL
BREASTFEEDING

TIO STEG
SOM FRÄMJAR
AMNING

*Socialstyrelsens svenska översättning Tio steg som främjar amning¹⁴ av WHO/UNICEF:s Ten steps to successful breastfeeding (2018)¹⁰ är vid denna upplagas publicerande (20210301) fortfarande under översättning.

Problembeskrivning

De flesta gravida kvinnor, 97 procent, är positiva till att amma och majoriteten önskar följa WHO:s rekommendation att enbart ge sitt barn bröstmjolk och amma helt det första halvåret.¹⁸ Trots det har amning under barnets första sex månader minskat långsamt mellan åren 2004 och 2017. Socialstyrelsens nationella statistik med uppföljning av amning visar att 12,8 procent av barnen födda 2017 ammas helt vid sex månader. Den senaste uppföljningen från 2017 visade att färre mammor enbart ammar sina barn vid en vecka (75 procent), två månader (61,8 procent) och fyra månader (49,8 procent).¹⁹

Allt fler barn tillmatas med olika ersättningsprodukter under vårdtiden utan dokumenterad medicinsk indikation. Det visar uppgifter från Graviditetsregistret 2019.²⁰ Barn som får tillägg under vårdtiden ammas i mindre utsträckning vid en och två månader jämfört med dem som inte fått tillägg.^{21,22} I en studie fann man att risken för icke medicinsk indikation på tillmatning ökade om barnet inte fått möjligheten att vara hud-mot-hud direkt efter födelsen och när barnmorskan hade bristande amningskunskaper.²³ Många mammor slutar amma tidigare än de tänkt sig och uppger bristande stöd från vården som en av orsakerna.²⁴ Det finns flera anledningar till att ersättningsprodukter ges till så många barn. Nyfödda barn betar sig olika och samspelet med mamman blir olika beroende på om de får bröstmjolk eller mjölkersättning. Barn som tillmatas får ibland en ökad mätt-nadskänsla och sover längre stunder i början beroende på att de ges 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 den egna mjölkproduktionen når inte upp i den mängd som barnet behöver. Amning tar tid framförallt i början och bygger på tillit och följsamhet till barnet. För att minska onödiga tillmatningar och öka föräldrars tillit till amning och bröstmjolk samt förebygga den icke medicinska tillmatningen bör kvinnor få information om hur de kan ge sin råmjolk genom att stimulera bröstet för hand. En strategi inom ”Amningsvänliga sjukhus” är att alla gravida får kunskap hur man tillämpar bröststimulering även om inga problem förväntas. Metoden är riskfri och kostnadsfri.¹¹ Om barnet inte suger inom de första timmarna eller om barnet måste separeras för vård i anslutning till födelsen har det en positiv effekt på mjölkproduktionen om mamman börjar stimulera bröstet inom de första timmarna. För att upprätthålla bröstmjölksproduktion behövs stimulering minst sex gånger/dag – gärna fler gånger – tills barnet börjar amma.^{25,26} Det är värdefullt om kvinnan redan under graviditetens sista veckor kan träna på detta för att känna sig mer bekväm om det blir aktuellt.

Kvinnor med diabetes vars barn ofta behöver tillmatning utöver amning på grund av ökad risk för hypoglykemi bör få information om att de kan börja stimulera bröstet redan från graviditetsvecka 36+0, om graviditeten är okomplicerad. Råmjölken kan samlas upp, frysas och tas med till förlossning i frysväska och ges till det nyfödda barnet. I första hand inväntas de första nio stadierna så att barnet ges möjlighet att söka sig till bröstet och suga. I andra hand ges färsk bröstmjolk med kopp om mamman har lätt att mjölka ur bröstet innan den upptinade råmjölken ges. I en Australiensisk studie mjölkade kvinnor ur för hand högst två gånger per dag, tio minuter per gång från vecka 36+0 fram till barnets födelse. De förvarade därefter mjölken i sprutor i frysen och tog med dem till förlossningen.²⁷

Utmaningar

Många mammor som slutar att amma före sex månader hade velat amma längre.²⁴ 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 sjukvårdskostnader.⁴ Aktuell forskning visar att information om amning som ges till både den gravida och partnern redan under graviteten är mest effektivt för att främja och stödja amning.^{28, 29, 30, 31} Amningsinformation kan ske både individuellt och i grupp. Inom mödrahälsovården ska blivande föräldrar ges möjlighet och utrymme att diskutera och reflektera över amning samt få kunskap så att de kan göra egna informerade val och bestämma sina mål för amning och barnets uppfödning. Forskning visar också att kunskap om amning under graviteten både ökar amningstiden och kvinnans tillit till amning, vilket i sin tur påverkar amningstidens längd positivt.^{23, 29} Föreningen Amningshjälps kurser för gravida finns på olika ställen i Sverige och har utvärderats med positiva resultat vad gäller mammans tillit till amning samt amningsduration.³²

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 till 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 att vara som förälder. Hon funderar också på vad ett nyfött barn klarar och vilka behov barnet har.³³ Att ha realistiska förväntningar på amningen underlättar övergången till moderskapet.^{33, 34} I samtal med barnmorskan kan de blivande föräldrarna formulera önskemål och behov av stöd. En svensk studie visar att föräldrar önskar kontinuitet, en respektfull och ömsesidig dialog som ger dem delaktighet i besluten. Föräldrar vill också att rådgivningen ska bygga på fakta och individuella lösningar vid problem.³⁵

I föräldragrupper har det visat sig vara framgångsrikt att utgå från barnets behov och att använda en interaktiv pedagogik.³⁶ 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 andra.³⁷ Barnmorskans roll

blir att väcka nyfikenhet, stimulera diskussionen och föra in kunskapsbaserad information när det behövs. Diskussion i grupp leder och lockar fram fler perspektiv och förhoppningsvis en ökad 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 har föräldrarna om hur de 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 födelsen och den första amningen?
- Vilken betydelse har partnern för att amningen ska fungera? Ser de blivande föräldrarna amning som hinder för ett jämställt föräldraskap?³⁸

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.^{39, 40, 41} Mödrahälsovården har därför en viktig roll att förbereda de blivande föräldrarna på det första mötet med sitt nyfödda barn. Att barnet läggs säkert hud-mot-hud direkt efter födelsen 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 redo, utan att störa barnet.^{41, 42} Föräldrarna ser och följer de nio stadierna samtidigt som de har fokus på barnet så att barnet har fria andningsvägar.⁴³ Att låta barnet själv söka sig till bröstet och börja suga är betydelsefullt, speciellt om mamman oroar sig för att inte kunna amma.⁴⁴ Oavsett om mamman ska amma eller inte så har hud-mot-hud-vård många fördelar (se faktaruta 2). I de fall barnet inte kan vara hud-mot-hud med mamman, vilket bör eftersträvas både för de fysiologiska och psykologiska fördelarna och för amningens skull, mår barnet bra av att vara hud-mot-hud med den andra föräldern.⁴⁵ De blivande föräldrarna bör dock förberedas på att om barnet inte suger de första timmarna kan kvinnan

stimulera bröstet för hand inom en till tre timmar efter födelsen vilket gör att bröstmjölksproduktionen ökar snabbare och ökar i mängd.²⁵ Om en separation är nödvändig bör barnmorskan ge barnet tillfälle att ”börja om” genom att lägga barnet hud-mot-hud så snart situationen tillåter. Vid längre tids separation bör mamman uppmuntras att stimulera/mjölka ur bröstet minst sex gånger/dygn men gärna fler. Korta stunder och ofta har visat sig ge mer mjölk även vid tre månader jämfört med stimulering mer sällan.²⁶

Mödrahälsovården uppgift är att:

- Identifiera och dokumentera kvinnans tidigare amningserfarenhet, inställning till amning, förväntningar, behov av stöd och önskemål om amning i journalen. För att undvika glapp följer vårdplaneringen kvinnan genom hela vårdkedjan och följs upp inom förlossnings- och BB-vård och vidare inom barnhälsovården.
- Bidra till att den blivande 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 under 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 och att amningsbeteendet 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 under de 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 hur de själva kan förebygga 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 sömnigt 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 mjölmängden 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 mjölmängden snabbare)



Barnmorskan har en viktig roll i att följa upp amningen.

Behov av och metod för uppföljning

Barnmorskan har en viktig roll i att följa upp amningen och vid behov ge fortsatt kunskapsbaserat stöd vid återbesöket inom mödrahälsovården. Använd gärna öppna frågor och/eller be föräldrarna berätta:

- Hur amningen fungerar både avseende barnet och föräldern?
- Hur upplever de amningen?

Ge också föräldrarna tid att ställa frågor och erbjud dem amningsstöd vid behov.

Utvärdera amningen genom att göra föräldrarna uppmärksamma på barnets tag om bröstet, att barnet suger kraftfullt och rytmiskt, att det känns bra för den ammande och att bröstvårtan är opåverkad efter amningen. Gör en amningsobservation om det behövs och föräldern samtycker.

Om tillägg ges utöver bröstmjölks och om föräldrarna önskar helamma förmedla kunskap om hur det kan påverka bröstmjölksproduktionen och fråga om föräldrarna känner till om hur bröstmjölksproduktionen kan ökas och hur tillägget kan trappa ut.

› *Se gärna Guide till föräldrar och personal – att minska/ta bort tillmatning och övergå till att amma helt.*

vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/amning/aktuellt/guide-till-foraldrar-och-personal-amsak.pdf

Hänvisa till BVC alternativt Amningsmottagning vid behov.

› *Se gärna exempel på frågor att ställa vid återbesöket inom mödrahälsovården i Amningsstrategi för personal i vårdkedjan, Vårdgivarguiden, Region Stockholm.*

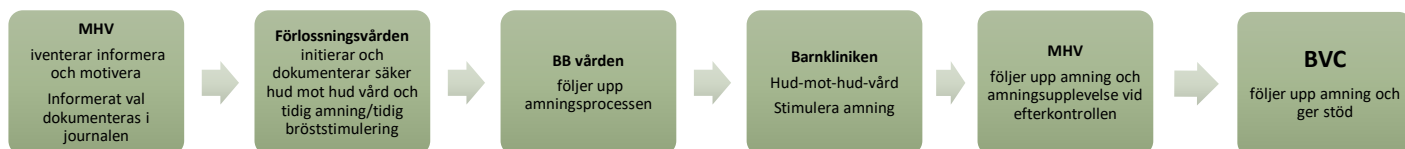
vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/bvc/regionala-riktlinjer/amningsstrategi

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 erbjuder sådana samtal under graviditeten om mödrahälsovården inte har den möjligheten.

Dokumentera uppföljning av amning och amningsupplevelse vid vårdkontakter postpartum. Följ upp nuvarande amning och dokumentera.

Samverkan/gränsytor 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.



Figur 1. Vårdkedjan vid amning

Författare

Christine Rubertsson barnmorska, professor inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, Lunds universitet

Kristin Svensson universitetsbarnmorska, dr med vet med speciell inriktning mot hud-mot-hud-vård och amning, Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset

Faktagranskad av **Mia Barimani** leg barnmorska, docent Karolinska Institutet

Mer information

Amningsstrategi för personal i vårdkedjan, Vårdgivarguiden, Region Stockholm.
vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/bvc/regionala-riktlinjer/amningsstrategi

Policydokument Amning Barnmorskeförbundet 2020
storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/10/Policydokument-Amning-2020-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf

Hämtat 19/12 2020

Regionalt Vårdprogram för Bröstkomplikationer under amning
vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/vardprogram/brostkomplika-tioner/brostkomplika-tioner-amning?IsPdf=true Hämtat 19/12 2020

SOSFS 2008:33 Socialstyrelsens föreskrifter om; Information som avser
uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning
socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200833-om-information-som-avser-uppfodning-genom-amning-eller-med-modersmjolksersattning 19/12 2020

Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. ARG-rapport 76.
Publicerad 2008, uppdaterad webbversion 2016.

Amning idag.

Kylberg, E, Westlund, A M & Zwedberg, S. (2009). Stockholm: Gothia förlag.

Diabetikerförbundet Amning och Typ 1 diabetes. (2020).
diabetes.se/diabetes/leva/sex-och-graviditet/graviditet-och-amning

Artiklar om amning i tidskriften Jordmodern.
barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/amning-sverige-artiklar-jordmodern-2016/

Magical hour, information på engelska om första timmen efter förlossningen
The Magical Hour. The First Hour After Birth: A Baby's 9 Instinctive Stages.
Healthy Children Project (2011) magicalhour.org/aboutus.html

Föreningen Amningshjälpen amningshjalpen.se

En mammans filmer med erfarenhet av amning, hud-mot-hud
och amningsteknik 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. unicef.bg/assets/PDFs/2016/ECD/Breastfeeding_PDF.PDF
4. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TI, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. Am J Clin Nutr. 2008; Dec;88(6):1543–51. doi: 10.3945/ajcn.2008.26379.
5. Tørris C, Bjørnnes A K. (2020). Duration of Lactation and Maternal Risk of Metabolic Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients 12, 2718; doi:10.3390/nu12092718
6. Cadwell K, Blair A, Turner-Maffei C, Gabel M, Brimdyr K. Powdered Baby Formula Sold in North America: Assessing the Environmental Impact. Breastfeed Med. 2020 Jul 31. doi: 10.1089/bfm.2020.0090. Epub ahead of print. PMID: 32758012.
7. 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.
8. WHO & UNICEF (1990). Breast-feeding in the 1990's. A global initiative. Innocenti Declaration. Florence: WHO, UNICEF.
9. WHO (1981). International code of marketing breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organisation.
10. WHO (2018). Ten steps to successful breastfeeding. who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding
11. World Health Organization, 2018. Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby Friendly Hospital Initiative ISBN978-92-4-151380-7 Available from: who.int/nutrition/publications/infant-feeding/bfhi-implementation-2018.pdf Hämtat 26/4 20.
12. WHO/UNICEF 2020. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns. who.int/publications/i/item/9789240005648 Hämtat 26 nov 2020.
13. WHO, Exclusive Breastfeeding for Six Months is Best for Babies Everywhere. Hämtat 2/11 2017. who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/

14. Socialstyrelsen. Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (2014). socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-27.pdf
15. SOSFS 2008:33. Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning. Stockholm: Socialstyrelsens publikationer.
16. HSLF-FS 2017:17. Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2008:33) om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
17. Lag 2013:1054, Lag om marknadsföring av modersmjölkersättning och tillskotts-näring (2014) riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattnings-samling/lag-20131054-om-marknadsforing-av_sfs-2013-1054
18. Svensson K, Powell I, Zwedberg S. 2013. Amningscentrum. Patientenkät [opublicerat material]. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset.
19. Statistik om amning 2017 barn födda 2017. Stockholm: Socialstyrelsen. socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6378.pdf Hämtat 11/12 2020
20. Graviditetsregistret (2019). medscinet.com/gr/default.aspx Hämtat 11/11 2020
21. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson 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. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529621
22. Häggkvist 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
23. Biggs KV, Hurrell K, Matthews E, Khaleva E, Munblit D, Boyle R J. (2018). Formula Milk Supplementation on the Postnatal Ward: A Cross-Sectional Analytical Study. *Nutrients.* 10, 608; doi:10.3390/nu10050608
24. 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. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420922
25. Parker L, Mueller M, Sandra S. Krueger C. Optimal Time to Initiate Breast Milk Expression in Mothers Delivering Extremely Premature Infants. *The FASEB JOURNAL.* October 2018. doi.org/10.1096/fasebj.31.1_supplement.650.19
26. Ru X, Huang X, Feng Q. Successful Full Lactation Achieved by Mothers of Preterm Infants Using Exclusive Pumping. *Front Pediatr.* 2020;8:191. Published 2020 Apr 24. doi:10.3389/fped.2020.00191
27. 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.

28. XiaoYang, Ling-lingGao, Wan-YimIp, Wai ChiSally Chan. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. 2016. Midwifery Volume 41, October 2016, Pages 1-8.
29. 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.
30. 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.
31. Sherriff N, Hall V, Panton C. (2014). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. Midwifery. Jun;30(6):667-77. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.014. Epub 2013 Aug 17.
32. Gardelöf Nordström, L. & Shutova, E. (2015) Utvärdering av Sensus amningsutbildning för blivande föräldrar. Uppsala: Uppsala universitet.
33. Stern D N, Bruchweiler-Stern N, Freeland A (1999) En mor blir till: hur moderskap förändrar dig för all framtid. Stockholm Natur och Kultur.
34. Zwedberg S. Vile Amma! En hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär; deras upplevelser, problemhantering samt amningskonsultativa möten. Doktorsavhandling Pedagogiska Institutionen, Stockholms universitet (2010).
35. Blixt I, Johansson M, Hildingsson I, Papoutsi Z, Rubertsson C. Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. Int Breastfeed J. 2019 Dec 16;14:51. doi: 10.1186/s13006-019-0247-4. eCollection 2019.
36. 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.
37. Socialstyrelsen. MI (Motiverande samtal) 2019. socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal Hämtat 6/11-2020
38. Grandahl M, Stern J, Funkquist E-L. (2020). Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mothers and their partners. BMC Pediatrics volume 20, Article number: 159.
39. Moore, ER, Anderson, GC, 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
40. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatr. 2019 Feb 14. doi: 10.1111/apa.14754.].

41. 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
42. 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
43. LÖF Säker Förlossningsvård. Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) – Plötslig oväntad spädbarnskollaps. lof.se/filer/SUPC-Plötslig-oväntad-spädbarnskollaps.pdf Hämtat 19/12 2020.
44. 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.
45. 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.

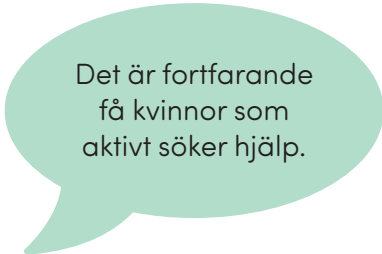


Foto: Jonas Jacob Svensson

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 eller sjukdom krävs en förtroendefull relation. För att bygga sådana relationer måste barnmorskan kunna sätta sig in i kvinnans livsvillkor, sammanhang, tidigare erfarenhet och sociala nätverk. Kontinuitet och en sammanhållen vårdkedja är betydelsefull och dokumenterad vårdplanering är viktig för att minska glapp i vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård.

Fotograf/Scandinav



Det är fortfarande få kvinnor som aktivt söker hjälp.

Psykisk ohälsa

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 vanlig 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 på grund av ökad sårbarhet och olika påfrestningar 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 medvetenhet och kännedom om sin psykiska hälsa faller väl in under mödrhälsovårdens hälsofrämjande arbete. Vid identifierad psykisk ohälsa eller sjukdomstillstånd görs bedömningar med vårdplanering och uppföljning genom hela vårdkedjan.

Kvinnor med tidigare psykisk ohälsa har en ökad risk att åter drabbas av psykisk ohälsa under graviditet och barnafödande. Svensk forskning visar att depression av olika svårighetsgrad under graviditet förekommer hos cirka 10 procent av kvinnorna,¹⁻³ och olika ångestillstånd hos mellan 6 och 16 procent.^{3,4} Psykiska sjukdomstillstånd kan få allvarliga konsekvenser för både mamman, barnet och hela familjen.⁵ Psykisk ohälsa kan leda till prematur födsel och barnen har oftare låg födelsevikt i relation till graviditetstid.^{6,7} Relationen till barnet kan störas både under graviditeten och efter att barnet är fött om mamman har psykisk ohälsa eller sjukdom, vilket också ökar risken för senare anknytningsproblem hos barnet, särskilt om den är långvarig.^{5,8} Kvinnor som har psykisk ohälsa före och 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 mödrvården. I något fall fanns inga signaler om psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom dokumenterade i mödrvårds- eller förlossningsjournalerna.⁹

Barnmorskan bör vara särskilt uppmärksam om det finns en bakgrund med allvarlig psykisk sjukdom eftersom risken att få återfall är hög, oftast i depressiva episoder både under graviditeten och efter förlossningen. Risken för att insjukna i en psykos postpartum är kraftigt ökad för kvinnor med bipolär sjukdom. Under graviditeten görs därför en vårdplanering med noggrann uppföljning efter förlossningen.¹⁰

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 förlossningsrädsla.¹¹ Dessa resultat visar att för utlandsfödda kvinnor bör mätskala på hemspråket eller stöd av tolk övervägas. Särskilda behov som till exempel besök på förlossningsavdelning under graviditeten och skriven information på hemspråket tillgodoses. En systematisk sammanläggning av studier i 18 länder visade att cirka 14 procent av alla gravida kvinnor identifierades med förlossningsrädsla (olika instrument för identifiering användes).¹² Förlossningsrädsla orsakar påtagligt emotionellt lidande och senare forskning visar också att det finns en samsjuklighet med depression och ångest.¹³ Vid identifiering av förlossningsrädsla är det barnmorskans uppgift att dokumentera en plan med riktade insatser, eventuellt remittera till specialenhet för förlossningsrädsla eller annan vårdgivare, involvera kvinnan och eventuell partner i beslut och utföra vårdplanering. Denna planering följs sedan upp vid varje besök och efter barnets födelse.

Återbesök efter förlossning inom mödrahälsovården

Alla nyblivna mammor erbjuds uppföljning efter barnets födelse inom mödrahälsovården om möjligt hos samma barnmorska som under graviditeten. Vid identifierad psykisk ohälsa görs en bedömning vid utskrivning från BB av när optimal tidpunkt för postpartumuppföljning bör ske, oftast tidigare än enligt rutin 6–8 veckor efter barnets födelse. Uppföljningens syfte är att följa upp både fysisk och psykisk omställning efter förlossning, förlossningsupplevelsen och amningsmål. Vid negativ förlossningsupplevelse inventeras minnesbilder, mardrömmar, undvikande av tankar, bemötande, att inte ha blivit lyssnad på och förlust av kontroll. Oro, ångest, katastroftankar, brist på glädje och andra ångest och depressionsymptom kan identifieras genom samtal och ibland också med hjälp av EPDS-skalan (Edinburgh postnatal depression scale).¹⁵ Möjlighet till konsultation och bedömning av psykolog inom MHV eller allmänläkare bör finnas. Det är också viktigt med samordning av insatser och vidare uppföljning av BVC.

› *Ätstörningar, se kapitlet Kost*

› *Missbruk, se kapitlet Alkohol*



Figur 1. Psykisk sjukdom och ohälsa ett spektrum

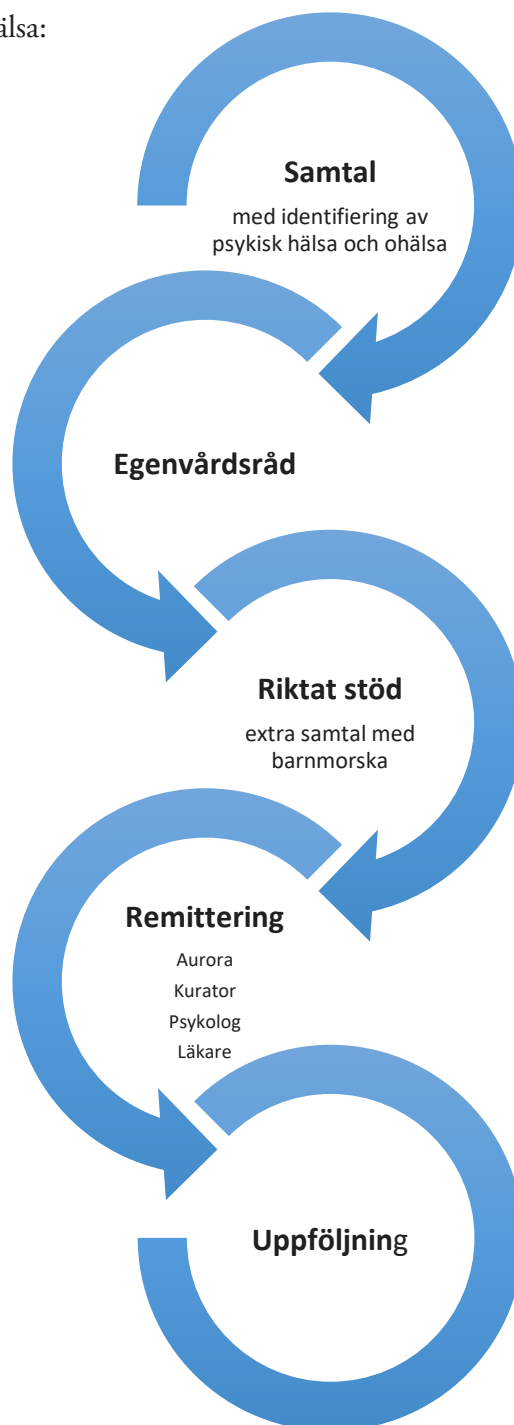
Samtal om psykisk ohälsa

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 samordnas med BVC. För att kvinnan och familjen ska ges optimala förutsättningar bör vården efter noggrann anamnes individualiseras utifrån behov och planeras i samarbete med andra professioner.

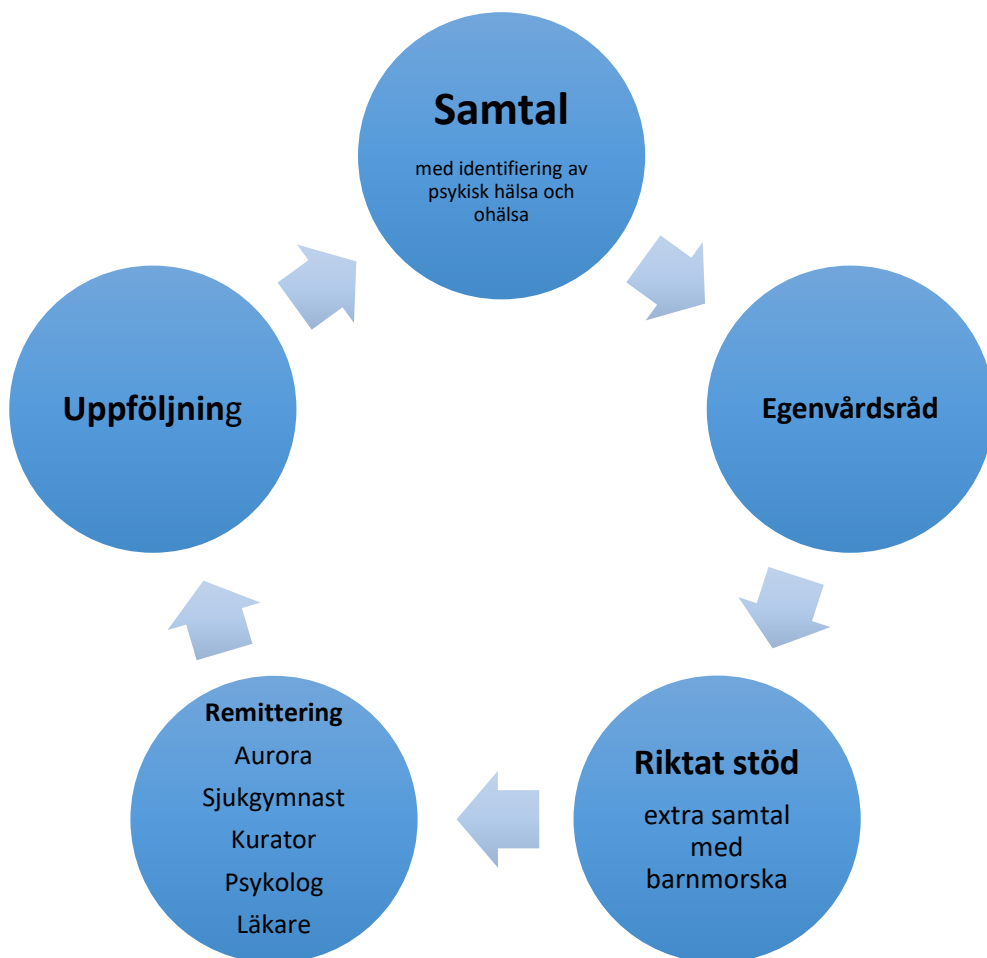
Barnmorskans uppgift är att skapa en god förtroendefull relation för att kunna identifiera kvinnans frisk- och riskfaktorer och utifrån dessa bedöma hennes psykiska hälsa. Barnmorskan bör kunna känna igen olika symptom på sjukdomar och skilja normala graviditetssymptom såsom ökad eller minskad aptit, 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.

Risikfaktorer för perinatal psykisk sjukdom och ohälsa:

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



Figur 2.
Barnmorskans arbete
med psykisk sjukdom
och ohälsa



Figur 3.
Barnmorskans arbete
med psykisk ohälsa

En strukturerad psyko-social anamnes (SFOG, ARG 62) 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. Barnmorskan utforskar i samtalet kvinnans ärftlighet för psykisk sjukdom, om hon har en historia med tidigare psykisk sjukdom, aktuell psykisk sjukdom eller ohälsa, tidigare eller pågående vårdkontakter och behandling. För att få stöd i anamnesen kan barnmorskan ställa specifika frågor om nedstämdhet eller minskat intresse samt om ångslan

och oro under de senaste veckorna. Andra områden att utforska är kvinnans inställning till graviditeten, ambivalens, erfarenhet från tidigare graviditet/er och förlossning/ar, oro och rädsla inför graviditet och födande, social situation och familjesituation och påfrestande livshändelser, utsatthet för våld eller långvarig stress.

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

Samtal om kvinnans mående

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 till alla nyblivna mammor inom barnhälsovården när barnet är 6–8 veckor gammalt.¹⁵ EPDS utvecklades från början för att upptäcka depressionsymptom hos kvinnor postpartum men är också validerad i Sverige för att kunna användas under graviditet.¹⁶ 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 och som har tillgång till konsultation och/eller bedömning av MHV-psykolog följer rutiner för uppföljning och eller bokar tid för ett extra samtal.

Förslag på egenvård:

Samtala med kvinnan om:

- goda kost- och motionsvanor.
- vem som kan ge avlastning och stöd i nätverk.
- social samvaro och vänner (umgänge med personer man trivs med).
- 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 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 relationen till det väntade barnet och den psykologiska omställningen.
- Lyssna in erfarenheter av behandling hos annan vårdgivare (specialmödrhälsovård, 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
- Erbjuder 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 tillgodoseas
- Vid behov remittera till annan vårdgivare

Mer info

Specialist Mental health midwives. What they do and why they matter Dec 2018.

rcm.org.uk/publications/publications/specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter

EPDS-formulär översatta till 21 validerade språk

rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/epds-formular

Författare

Christine Rubertsson leg barnmorska, professor inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, Lunds universitet

Faktagranskad av Birgitta Wickberg leg psykolog, docent Göteborgs universitet

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. Stein A, Pearson R, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and the child. *The Lancet* 2014; Vol. 384:1800-1817.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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
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 A, Leahy-Warren, P, Khashan, A S, Kenny, L C, & O'Neill, S M (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920.
13. Rouhe H, et al. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG*. 2011;118:1104-11.

14. Nilsson, C, Hessman, E, Sjöblom, H, Dencker, A, Jangsten, E, Mollberg, M, ... & Begley, C (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC pregnancy and childbirth, 18(1), 28.
15. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Acta Psychiatr Scand. 1996 Sep;94(3):181-4.
16. 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

För ytterligare information

SBU-rapport, Förebyggande av postpartumdepression.
Publicerad 2014-05-08.

Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. ARG rapport 76.
Publicerad 2008,uppdaterad webbversion 2016.

ARG-rapport 62 2010 Barnafödande och psykisk sjukdom.
sfog.se/natupplaga/nr6236bd81d5-ea78-49da-a6c3-0de985b88f5c.pdf

ARG-rapport 77 2017 Förlossningsrädsla.
sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Läkemedelsverket 5 december 2019 Läkemedel vid graviditet och amning.
lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/kopa-anvanda-och-hantera/anvanda-medicin/graviditet-och-amning

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen 2019.
socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-13.pdf


Klinisk handbok om psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning.
Region Uppsala 26 februari 2019.
publikdocplus.regionuppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-b4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-13692&docId=DocPlus-STYR-13692

A photograph of a pregnant woman wearing a light-colored, ribbed turtleneck sweater. She is looking down at her belly. Another person's hand is visible, gently touching her belly. The background is a plain, light color.

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 självtilliten. 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.

Fotograf/Scandinavia



Man kan kalla det för *motiverande strategier*.

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 kan vara ett 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 betonat MI-samtalens karaktär av fyra processer.¹

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 1, kapitlet om alkohol.

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 att 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

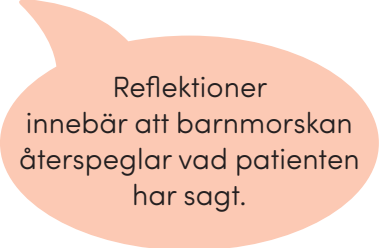
Reflektivt lyssnande är ett sätt att stimulera patienten att berätta. Frågor varvas med reflektioner, sammanfattningar och bekräftelse.

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.



Reflektioner innebär att barnmorskan återspeglar vad patienten har sagt.

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 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.

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



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.

Process 2 Fokusera på ämnet för beteendeförändring och utforska motivationen

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 Framkalla förändringsprat och förstärk patientens självförtroende

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

Fallbeskrivning, fortsättning:

Bm: Vad känner du till om snusning och graviditet, och om e-cigarett?
Kan vi börja med snuset, kanske? (Öppen och slutet 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 kan nikotin störa 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 kan nikotin störa hjärtats rytm, och det kan göra så barnets andning försåras 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 man, 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 du 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 självtillit

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. *Åtagandepprat* 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 levnadsvanor.²⁻³ 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. Bäst är evidensen för MI i kombination med andra interventioner, till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT). 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 inskrivningssamtalet tillhör socioekonomiskt svaga grupper med låg utbildning, mindre kunskaper, svagare stöd från omgivningen och låg tilltro till sin egen förmåga.

Mer info

Folkhälsomyndighetens webbsida om MI.

Innehåller bland annat en manual om MI och utbildningsfilmer.

[folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/motiverande-samtal](https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/metoder-och-planeringsverktyg/motiverande-samtal)

Folkhälsomyndighetens webbsida om MI-samtal om sexuell hälsa.

[folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa](https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa)

Socialstyrelsens webbsida om Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Innehåller bland annat utbildningsfilmer om MI.

[socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/](https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/)

Internationell webbsida om MI med bland annat vetenskapliga artiklar om MI och svenska utbildare som ingår i det internationella nätverket MINT.

[motivationalinterviewing.org](https://www.motivationalinterviewing.org)

Ett kodningslabb för kvalitetssäkring av MI.

[front.miclab.se](https://www.front.miclab.se)

Författare

Barbro Holm Ivarsson leg psykolog, konsult

Fallbeskrivningen är skriven i samarbete med

Ulla Lennartsson barnmorska och Karin Haby dietist

Manualer och fördjupningslitteratur

Holm Ivarsson B. (Uppl. 3, 2016). MI Motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården. Stockholm: 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. Stockholm: 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.

Naar-King, S. & Suarez, M. (2014). Motiverande samtal – MI med tonåringar och unga vuxna. Lund: Studentlitteratur.

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., Moleni T., Burke BL m. fl. Motivational Interviewing in Medical Care Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Patient Educ Couns*. 2013 Nov;93(2):157-68. doi: 10.1016/j.pec.2013.07.012. Epub 2013 Aug 1.
3. VanBuskirk K.A. & Wetherell J.L. Motivational Interviewing With Primary Care Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Behav Med*. 2014 Aug;37(4):768-80. doi: 10.1007/s10865-013-9527-4. Epub 2013 Aug 11.