



SAHLGRENKA AKADEMIN

BARNMORSKORS FÖLJSAMHET TILL RIKTLINJER GÄLLANDE GRAVIDITET OCH OBESITAS INOM MÖDRAHÄLSOVÅRDEN

- En journalgranskning

**Anna Kasenova
Jannice Westerlund**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2016
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Marie Berg

Sammanfattning

Titel (Svensk)	Barnmorskors följsamhet till riktlinjer gällande graviditet och obesitas inom mödrahälsövården – En Journalgranskning
Titel (Engelsk)	Midwives' adherence to antenatal health care memo regarding pregnancy and obesity – a medical record review
Program och/eller kurs:	RPH100
Nivå/poäng:	Avancerad nivå, 15 Hp
Termin/år:	HT/16
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Obesitas, övervikt, graviditet, PM, riktlinjer

- Bakgrund:** Ökad förekomst av övervikt bland befolkningen i världen ställer ökade krav på hälso- och sjukvården. För gravida kvinnor innebär övervikt ökade risker för både mor och barn i samband med graviditet och förlossning. En begränsad viktuppgång för kvinnor med inskrivnings-BMI ≥ 30 har visat sig kunna reducera riskökningen. Enligt mödrahälsovårdens riktlinjer i Göteborg skall gravida kvinnor med obesitas erbjudas extrabesök med fokus på livsstilssamtal, dietistkontakt, fysisk aktivitet på recept (FaR®), stödstrumpor samt viktkontroll vid samtliga besök.
- Syfte:** Syftet var att undersöka barnmorskornas följsamhet till att använda mödrahälsovårdens PM "Övervikt och fetma under graviditet" samt studera kvinnornas viktförändringar och graviditets- och förlossningsutfall.
- Metod:** Journaler där gravida kvinnor hade ett inskrivnings-BMI ≥ 30 och som skrevs in vid mödrahälsovården mellan februari 2014 till december 2015 inkluderades. I studien ingick granskning av 154 journaler. En journalgranskning genomfördes och all insamlad data fördes in i en för studien specifikt utformad granskningsmall. Materialet analyserades i ett statistikprogram och resultatet presenterades deskriptivt.
- Resultat:** Studien visade att barnmorskornas följsamhet till riktlinjerna varierade mellan de olika rekommendationerna och skillnader mellan mottagningarna kunde ses. På barnmorskemottagning (BMM) 1 var dietistkontakt den rekommendation som erbjöds i störst utsträckning (34,5%) och på BMM 2 var det stödstrumpor (67,2%). FaR® hade lägst följsamhet på BMM 1 (6,9%) och på BMM 2 var det extrabesök med fokus på livsstilssamtal (16%) som erbjöds i minst utsträckning. Desto högre BMI kvinnorna hade desto högre var följsamheten bland barnmorskorna till riktlinjerna.
- Diskussion:** Det är viktigt att erbjuda kvinnorna stöd och redskap för att öka möjligheterna till att begränsa viktuppgången under graviditet. Anledningen till att följsamheten till riktlinjerna inte är högre kan bero på olika komplexa faktorer såsom att barnmorskorna upplevde ämnet som svårt och känsligt att prata om eller på grund av tidsbrist.
- Konklusion:** Barnmorskornas följsamhet till PM:et "Övervikt och obesitas under graviditet" bedöms relativt låg på de båda barnmorskemottagningarna. Det är därför viktigt att fortsätta uppmärksamma detta ämne bland barnmorskor samt att försöka förstå orsakerna till den låga följsamheten för att möjliggöra en bättre följsamhet i framtiden.

Abstract

Keywords: Obesity, overweight, pregnancy, recommendations, guidelines

- Background:** The increased prevalence of obesity among the population in the world places higher demands on health services. Overweight among pregnant women increases the risks for both mother and child during pregnancy and childbirth. A limited weight gain for pregnant women with an enrolment-BMI ≥ 30 has been shown to reduce the risks. The antenatal health care, (AHC) in Gothenburg recommends that pregnant obese women should be offered extra visits with focus on lifestyle, contact with a dietitian, a prescription for physical activity, compression stockings and weight control at every visit.
- Objective:** The aim of the study was to investigate midwives' adherence to the antenatal health care memo "overweight and obesity during pregnancy" and to study the women's weight changes and pregnancy and delivery outcome.
- Method:** Medical records where women had an enrolment-BMI ≥ 30 and was assigned to antenatal health care between February 2014 and December 2015 were included. The study involved examination of 154 records. A medical record review was conducted and the collected data were entered in a self-designed review template and analysed in a statistical program. The results were presented on the foundation of descriptive statistics.
- Results:** The study showed that midwives' adherence to the recommendations varied between the various recommendations, differences between the clinics could be seen. At AHC 1 the recommendation with dietitian contact (34,5%) was offered in greatest extent and at AHC 2 it was compression stockings (67.2%). Prescription for physical activity had the lowest compliance at AHC 1 (6.9%) and at AHC 2 extra visits with a focus on lifestyle was offered the least (16%). The higher the BMI the women had the higher was the midwife's compliance to the recommendations.
- Discussion:** It is important to offer women support and tools to increase the possibilities to limit weight gain during pregnancy. The reason that the midwives' compliance in practice is not as high as it should be may depend on a variety of complex factors such as that midwives experience the subject difficult and delicate to talk about. It can also depend on experience of lack of time.
- Conclusion:** Midwives' adherence of the memo "Overweight and obesity during pregnancy" was relatively low in both AHC 1 and 2. Therefore it is important to continue to pay attention to this issue among midwives and to try to understand the reasons for the low compliance to allow for better compliance in the future.

Förord

Ett stort tack går till vår handledare Åsa Premberg, som under hela arbetets gång bidragit med värdefulla råd och synpunkter.

Tack även till Lars-Olof Persson som hjälpt oss att arbeta i ett statistikprogram samt för dina råd längs vägen.

Tack till Anna Glantz för idén om uppsatsen och för din hjälp längs vägen.

Ytterligare ett tack vill riktas till samordningsbarnmorska Linnea Swanson för praktisk hjälp att få ut vald population via dokumentationssystemet Obstetrix©.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Definition övervikt och obesitas	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övervikt, obesitas och hälsa	2
Mödrahälsovården i Sverige	2
Energibehov och viktuppgång under graviditet.....	3
Energibehov	4
Viktuppgång.....	4
Fysisk aktivitet under graviditet	5
Risker med obesitas för kvinnan i samband med graviditet och förlossning	6
Graviditet	6
Förlossning.....	6
Maternell obesitas medför risker för barnet	7
Missbildningar och kromosomavvikelser	7
Large for gestational age (LGA) och makrosomi	8
Tidigare forskning gällande mötet mellan barnmorskor och kvinnor med obesitas	8
Barnmorskans upplevelse av att samtala om obesitas med gravida	8
Upplevelsen av interventionsprogram bland gravida kvinnor med obesitas	9
Interventionsprojektet VIKTiga mammor	9
Teoretisk referensram	10
Motivationsteorin.....	10
Motiverande samtal.....	11
Problemformulering	11
Syfte	12
Frågeställningar	12
Metod	12
Design.....	12
Population och urval.....	12
Inklusionskriterier	13
Exklusionskriterier.....	13
Datainsamling	14
Dataanalys	14

Etiskt övervägande	14
Resultat.....	15
Bakgrundsfaktorer för studiepopulationen	15
Barnmorskornas följsamhet till riktlinjerna.....	16
Måluppfyllelse gällande viktuppgång enligt riktlinjer	18
Graviditets- och förlossningsutfall bland studiepopulationen	19
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Population och urval	21
Validitet och reliabilitet	22
Resultatdiskussion	22
Barnmorskornas följsamhet av riktlinjerna.....	23
Måluppfyllelse gällande viktuppgång enligt riktlinjer.....	24
Graviditets- och förlossningsutfall.....	25
Konklusion	25
Vidare forskning.....	25
Referenser.....	26
Bilaga 1	31
Bilaga 2	35

Bilaga 1
Bilaga 2

Inledning

Ökad förekomst av övervikt bland befolkningen i världen ställer högre krav på hälso- och sjukvården. För gravida kvinnor innebär övervikt ökade risker för både mor och barn i samband med graviditet och förlossning. En begränsad viktuppgång för gravida kvinnor med ett inskrivnings-BMI ≥ 30 har visat sig kunna reducera riskökningen.

I Västra Götaland infördes ett PM 2014 för övervikt och obesitas under graviditet som en del av kvalitetsutvecklingsprojektet VIKTiga mammor. Ansvarig mödrahälsovårdsöverläkare har efterfrågat en journalgranskning av barnmorskornas följsamhet av riktlinjerna och det var anledningen till att frågeställningen lyftes fram. Både ordet PM och riktlinjer kommer användas i denna uppsats och syftar till samma sak.

Vi har själva under praktik på barnmorskemottagning uppfattat ämnet övervikt som komplext och reflekterat kring hur vi i framtiden som barnmorskor ska kunna ge ett bra stöd till dessa kvinnor.

Bakgrund

Övervikt och obesitas har ökat i förekomst i världen och har således blivit ett växande samhällsproblem. Obesitas ökar riskerna för en rad olika sjukdomar och är en känd riskfaktor vid graviditet och förlossning. Barnmorskor inom mödrahälsovården har en betydande roll i det hälsofrämjande och preventiva arbetet med dessa kvinnor.

Definition övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas definieras som onormal eller överdriven ansamling av fett vilket kan påverka hälsan negativt. Body mass index (BMI) är en enkel mätmetod som används för att mäta kroppsmasseindexet. BMI räknas ut genom att kroppsvikten i kilo delas med längden i kvadrat. Ett BMI $< 18,5$ klassificeras som undervikt, BMI mellan 18,5–24,9 normalvikt, BMI ≥ 25 övervikt och BMI ≥ 30 som obesitas. Det finns tre grader av obesitas, BMI mellan 30–34,9 innebär obesitas grad I, BMI mellan 35–39,9 obesitas grad II och BMI ≥ 40 obesitas grad III (World Health Organization, 2016a).

Övervikt, obesitas och hälsa

World Health Organisation (WHO) presenterade att det år 2014 var mer än 1,9 miljarder (39 procent) människor över 18 år som led av övervikt i världen. Av dessa var det över 600 miljoner (13 procent) som led av obesitas. Bland kvinnor över 18 år var det 15 procent som led av obesitas i världen (World Health Organization, 2016b)

Övervikt och obesitas är kopplat till fler dödsfall i världen än undervikt och globalt finns det fler människor som är överviktiga än underviktiga. Detta ses i alla delar av världen förutom i delar av Afrika och Asien. En ökad fettansamling uppstår när kaloriintaget överstiger kaloriförbränningen. Livsstil, miljö och genetik är faktorer som spelar in. Globalt sett har intaget av energi- och fettrik kost ökat och den fysiska aktiviteten minskat bland annat på grund av allt mer stillasittande former av arbete, förändrade transportsätt och ökande urbanisering. Obesitas ökar riskerna att drabbas av hjärt-kärlsjukdom, diabetes, problem med ben och leder samt vissa former av cancer såsom endometriecancer, bröstcancer, ovarialcancer, prostatacancer, levercancer, gallblåsecancer, njurcancer och coloncancer (World Health Organization, 2016b).

I Sverige lider nära hälften av alla invånare av obesitas eller övervikt. Andelen unga vuxna mellan 16–29 år som lider av obesitas eller övervikt har inte förändrats under de senaste tio åren, utan ligger stadigt på 26 procent. Bland 30–40 åringar ligger andelen på 44–47 procent och den är oförändrad sedan undersökningen startades 2004. Obesitas har ökat med 3 procentenheter mellan åren 2004 och 2013 och andelen personer med obesitas uppgår nu till 14 procent. Ingen tydlig skillnad kan ses i fördelningen mellan könen (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Bland gravida kvinnor i Sverige har andelen med övervikt eller obesitas vid inskrivningen vid mödrahälsovården ökat sedan 1992 från 25 procent till 37 procent 2009. Det skedde en drastisk ökning av inskrivnings-BMI bland såväl förstföderskor som omföderskor mellan åren 1993 och 2002. Därefter har medelvärdet för BMI fortsatt att öka, dock i något långsammare takt. År 2009 beräknades 25 procent av samtliga mödrar ha övervikt och 12 procent obesitas. (Socialstyrelsen, 2015). Under 2015 klassificerades 39,3 procent av de gravida i landet med övervikt eller obesitas (Graviditetsregistret, 2015).

Mödrahälsovården i Sverige

Efter ett riksdagsbeslut infördes mödrahälsovård i Sverige på 1930-talet. Motiveringen var att det skulle finnas en frivillig kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård tillgänglig. Från början erbjöds två besök under graviditeten. År 1955 riktades fokus på förebyggande mödra- och barnhälsovård och antalet graviditetkontroller utökades (Socialstyrelsen, 2015).

Mödrahälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsan för den gravida kvinnan och det väntade och senare nyfödda barnet. Ett annat mål är att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid ohälsa, detta för att minimera risker för kvinnor och barn under och första tiden efter graviditeten. Kvinnors och barns hälsa i Sverige anses vara god i relation till resten av världen, det finns dock även här områden som behöver utvecklas. Den ökade psykiska ohälsan bland unga kvinnor i barnafödande ålder samt ökade problem med övervikt och obesitas bland gravida kvinnor kommer att innebära framtida utmaningar för mödrahälsovården i Sverige (Socialstyrelsen, 2015).

Inom kompetensområdet sexuell och reproduktiv hälsa ingår det för barnmorskan att ha förmåga att tillämpa kunskaper inom området normal och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård. Att erbjuda samtalsstöd vid graviditets- och förlossningskomplikationer är en viktig del av arbetet. Barnmorskan ska självständigt kunna handlägga normal graviditet samt identifiera och bedöma avvikelser från normala förlopp. Hen ska även kunna vårda patienter med komplicerad graviditet. I sitt hälsofrämjande arbete ska barnmorskan ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2006). Vid vård och behandling av patienter inom mödrahälsovården förs patientjournal i enlighet med patientdatalagen. Vårdgivaren ska även säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler för att möjliggöra verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn (SFS 2008:355).

Obesitas kan innebära ökade svårigheter vid den medicinska övervakningen. För att mäta barnets tillväxt utförs regelbundna mätningar av symfys-fundusmättet av barnmorskan. En ökad fettfördelning över buken kan göra det svårare att mäta vilket i sin tur försvårar uppskattningen av storleken på barnet. Om symfys-fundusmättet visar sig vara förhöjt görs en tillväxtkontroll med hjälp av ultraljud vilket utförs av läkare. Att genomföra ett ultraljud försvåras också av kvinnans obesitas och det är i regel svårare att göra en tillförlitlig tillväxtkontroll av stora barn jämfört med normalstora och små barn. Blodtryckskontroller kan också försvåras av kvinnans obesitas och det är viktigt att använda rätt storlek på blodtrycksmanschetten för att få en tillförlitlig mätning (Cnattingius & Stephansson, 2014).

Energibehov och viktuppgång under graviditet

Graviditet innebär ett ökat behov av energi då kvinnan behöver utveckla och utöka vävnader i bröst och livmoder samt skapa förutsättningar för en ökad blodvolym. Fostret och moderkakan behöver också energi för att utvecklas. Den ökade mängden vävnad i kvinnans kropp samt fostrets egen energiomsättning tros vara anledningen till att den gravida kvinnans basalmetabolism ökar, alltså kvinnans energiomsättning under vila. Även kroppsfettet hos kvinnan ökar under graviditeten och det tillsammans med den ökade basalmetabolismen är de två processer som kräver mest energi (Livsmedelsverket, 2008).

Energibehov

WHO's (2004) rekommendationer för gravidas energibehov är baserat på den energi som krävs för fostret, placenta, fostervatten, tillväxten av moderns vävnader, ökningen i blodvolym, den ökade basalmetabolismen samt moderns ökande fettdepåer. En lämplig viktuppgång för friska välnärda kvinnor ligger på 10–14 kg och är förenat med optimalt utfall för modern med minst risk för komplikationer för både mor och barn. Den totala energikostnaden baserat på en viktuppgång på 12 kg beräknades till 320 MJ eller 0.35 MJ/dag i första trimestern, 1,2 MJ/dag i den andra trimestern och 2,0 MJ/dag i den tredje trimestern.

Enligt de nordiska näringsrekommendationerna beräknas energibehovet för gravida öka och varierar under de olika trimesterna. Under första trimestern genererar graviditeten ett ökat energiintag på omkring 0,4 MJ/dag, under andra trimestern 1,4 MJ/dag och under tredje trimestern 2,2 MJ/dag (Livsmedelsverket, 2012). I exempel av mat kan man enkelt räknat säga att 1,4 MJ motsvarar energin i ett mellanmål och 2,2 MJ energin i en middag (Livsmedelsverket, 2008). Då många kvinnor är mindre fysiskt aktiva under graviditeten motsvarar inte deras energibehov ovanstående beräkningar, deras stillasittande kompenserar alltså det ökade energibehovet (Livsmedelsverket, 2012).

Det finns en svaghet med dagens energirekommendationer då de ej tar hänsyn till kvinnans BMI innan hon blev gravid. Önskad viktuppgång och energibehov hänger ihop och olika viktuppgångsintervall rekommenderas beroende på vilket BMI kvinnan hade när hon blev gravid. Energitaget borde därför rimligtvis vara olika beroende på om kvinnan är under-, normal- eller överviktig eftersom detta kommer att påverka viktuppgången. Kunskapsläget är dock idag inte tillräckligt för att kunna utforma sådana riktlinjer. Då kvinnor har olika energiförbrukning, lagrar olika mycket fett under graviditeten, har olika ingångs-BMI och rör på sig olika mycket är det komplext att räkna ut varje gravid kvinnas enskilda energiförbrukning. Råden får därför ses som en rekommendation på vad det rör sig om ungefär (Livsmedelsverkets, 2008).

Viktuppgång

Institute of Medicine (IOM) publicerade i USA riktlinjer om att gravida kvinnor med obesitas bör begränsa sin viktuppgång till mellan 5–9,1 kg. Det finns dock inga specifika rekommendationer för de tre obesitasklasserna var för sig då det inte bedömdes finnas tillräckligt med vetenskapligt underlag för detta, vilket de fått kritik för (Rasmussen, Yaktine & Institute of Medicine U.S, 2009).

Rekommenderad viktuppgång enligt IOM (2009) utifrån BMI-klasser:

Underviktig 12,5–18 kg

Normalviktig 11,3–15,8 kg

Överviktig 6,8–11,3 kg

Obesitas 5–9,1 kg

En svensk studie påvisade att en mindre viktökning än den IOM presenterat var optimal. Kvinnor som hade ett BMI inom klassifikationen för överviktiga och hade en viktuppgång på mindre än 9 kg hade minst risk för negativt utfall i samband med graviditet och förlossning. För kvinnor med BMI ≥ 30 innebar en viktökning på maximalt 6 kg en reducerad risk. Ingen ökad risk för tillväxthämning kunde ses hos fostret i samband med dessa viktrekommendationer (Cedergren, 2007). Denna studie ligger till grund för de viktrekommendationer som finns för gravida med obesitas i Göteborg (*Bilaga 1*).

Förutom ökade risker för graviditetskomplikationer har en kraftig viktökning under graviditet över IOM:s rekommendationer visat sig att ha effekter på mammans vikt även på lång sikt efter förlossningen (Amorim, Rössner, Neovius, Lourenço, & Linné, 2007). Kvinnor som inte nått sin ursprungsvikt inom ett år efter förlossningen löper en ökad risk att ligga kvar på en högre vikt (Linné, Dye, Barkeling, & Rössner, 2003).

Fysisk aktivitet under graviditet

Under en graviditet går kroppen igenom många fysiologiska förändringar. Hjärtfrekvensen samt hjärtats slagvolym ökar till följd av en ökad blodvolym. Vilopulsen höjs, och behovet av syre ökas vilket leder till en ökad andningsfrekvens och andningsdjup (Artal & O'Toole, 2003).

Som en del i en hälsosam livsstil bör alla gravida rekommenderas att utöva konditionsstärkande träning och detta är i de allra flesta fall varken skadligt för modern eller barnet (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Det finns dock medicinska tillstånd såsom högt blodtryck, allvarlig anemi vissa hjärt- och lungsjukdomar med mera som kräver speciell uppmärksamhet i relation till fysisk aktivitet under graviditet. Varningstecken såsom yrsel, bröstsmärta, huvudvärk och sammandragningar i samband med träning bör uppmärksammas (Artal & O'Toole, 2003).

Att hålla sig fysiskt aktiv under graviditeten kan vara ett bra sätt att förbereda sig inför förlossningen och träningen bör fokuseras på att bibehålla eller förbättra en god kondition. Sporter med risk för slag mot magen eller fallrisk bör undvikas. Träningen bör ske under sammanlagt ca 30 minuter per dag på en måttlig ansträngningsnivå. Fysisk aktivitet under graviditet kan ge hälsovinster även på sikt, de som tränar under graviditeten är oftast mer benägna att fortsätta träna även efter att de fått barn. Förutom den positiva effekten med fysiskt bibehållen eller förbättrad hälsa så kan fysisk aktivitet under graviditet bidra till minskad trötthet samt minskad risk för bensvullnad och varicer. Dessutom upplever fysiskt aktiva gravida kvinnor stress, ångest, depression och sömnstörningar i mindre omfattning än icke fysiskt aktiva gravida kvinnor (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Risker med obesitas för kvinnan i samband med graviditet och förlossning

Obesitas i samband med graviditet och förlossning är ett väl utforskat område där flera studier visat att det medför ökade risker för både kvinnan och barnet. Det finns många översiktsartiklar inom området och även en översiktsartikel av översiktsartiklar har gjorts vilket visar på omfattningen av forskningen inom detta fält (Marchi, Berg, Dencker, Olander, & Begley, 2015).

Graviditet

Kvinnor med obesitas har en 3–10 gånger ökad risk att drabbas av preeklampsi jämfört med normalviktiga kvinnor och har 4,5–8,7 gånger ökad risk att drabbas av graviditetshypertoni (Salihu, De La Cruz, Rahman, & August, 2012). En översiktsartikel har visat att kvinnor med obesitas har ≥ 3 procents ökad risk att drabbas av venös tromboembolism under graviditet och puerperiet. Därför är det viktigt att uppmärksamma om ytterligare kända riskfaktorer föreligger då det kan finnas ett behov av tromboprofylax (Kevane et al., 2014).

Graviditetsdiabetes definieras som glukosintolerans som upptäcks under graviditeten. På grund av en den relativa insulinresistensen som sker under graviditeten ställs ett ökat krav på insulinproduktionen (Hanson, 2014). Sambandet mellan obesitas och graviditetsdiabetes bekräftas i en översiktsartikel av översiktsartiklar. Risken att drabbas av graviditetsdiabetes var 4 gånger förhöjd hos kvinnor med obesitas samt för kvinnor med BMI >33 och för kvinnor med BMI ≥ 40 var risken 9 gånger högre jämfört med normalviktiga kvinnor. Det har tillkommit flera studier efter att översiktsartikeln publicerades som visade liknande resultat, att kvinnor med obesitas löper ökad risk att drabbas av graviditetsdiabetes (Marchi et al., 2015). Kvinnor som fått graviditetsdiabetes har en förhöjd risk att senare i livet utveckla typ-2 diabetes, vilket en tredjedel utvecklar inom 15 år. Färre än 5 procent utvecklar typ 1-diabetes relativt kort efter graviditeten. De har också en ökad risk att drabbas av hypertoni och hjärt-kärlsjukdom. (Hanson, 2014).

Förlossning

Den aktiva förlossningsfasen har visat sig vara signifikant förlängd bland kvinnor med obesitas. Mediandurationen för den aktiva fasen bland kvinnor med obesitas klass I var 9,1 h, klass II 9,2 h och klass III 9,8 h jämfört med 8,8 h hos normalviktiga kvinnor. Dock var utdrivningsskedet kortare bland kvinnor med obesitas jämfört med normalviktiga (Carlhall, Källén, & Blomberg, 2013). Risken för en instrumentell förlossning ökar med stigande BMI hos kvinnor med obesitas (Cedergren, 2004).

Obesitas innebär en ökad risk för kejsarsnitt. I en studie bland förstföderskor i USA hade kontrollgruppen med normalviktiga kvinnor en kejsarsnittsfrekvens på 20,7 procent jämfört med 33,8 procent bland de kvinnorna med BMI ≥ 30 –35. För kvinnor med BMI >35 låg frekvensen på 47,4 procent (Weiss et al., 2004). I en annan studie hade kvinnor med BMI ≥ 30 29,6 procents risk att förlösas med kejsarsnitt jämfört med normalviktiga på 15,6 procent.

Det BMI kvinnan har när hon är gravid har visat sig ha större påverkan på riskökningen för kejsarsnitt än själva viktuppgången. En viktuppgång över IOM:s viktrekommendationer under graviditet visade sig dock också ge en riskökning för kejsarsnitt (Magriples, Kershaw, Rising, Westdahl, & Ickovics, 2009).

Kvinnor med obesitas har även visat sig ha en ökad risk för överburenhet. De hade också en ökad risk att bli inducerade, större behov av värkstimulerande dropp samt en högre förekomst av utebliven förlossningsprogress jämfört med normalviktiga kvinnor. De hade även längre sjukhusvistelser jämfört med normalviktiga (Heslehurst et al., 2008). Obesitas är också förenat med en ökad risk för att föda prematurt (Cedergren, 2004; Marchi et al., 2015) Skulderdystoci förekom tre gånger så ofta bland kvinnor med BMI ≥ 40 (Cedergren, 2004).

I en svensk studie där över en miljon kvinnor med enkelbörd inkluderades visade att risken för stor atonisk blödning > 1000 ml ökade med stigande BMI. Det var en ökad risk på 5,2 procent för kvinnor med BMI ≥ 40 vid vaginal förlossning jämfört med 4,4 procent för normalviktiga. Vid instrumentell förlossning var risken 13,6 procent jämfört med 8,8 procent för normalviktiga (Blomberg, 2011).

Maternell obesitas medför risker för barnet

Maternell obesitas är förenat med en mer än dubbel riskökning för dödföddhet och neonatal död (död under första levnadsveckan) jämfört med normalviktiga. Ingen signifikant riskökning kunde ses bland överviktiga kvinnor (Kristensen, Vestergaard, Wisborg, Kesmodel, & Secher, 2005).

Under förlossningen kan det vara svårt att få en bra extern CTG-registrering. Då kan en intrauterin värkregistrering användas. En bra värkregistrering är viktig vid till exempel användning av oxytocindropp för att barnet inte skall bli påverkat av för täta värkar (Cnattingus & Stephansson, 2014). Barn till kvinnor med obesitas visade sig behöva neonatal intensivvård i större utsträckning. Syrebrist hos fostret var vanligare och mekoniumfärgat fostervatten förekom i större utsträckning (Heslehurst et al., 2008). Kvinnor med obesitas löper två gånger ökad risk för att deras barn skall drabbas av fosterpåverkan och låg apgar-poäng vid födsel och mekoniumaspiration var vanligare vid vaginal förlossning (Cedergren, 2004). Kvinnor med obesitas ammar i mindre omfattning och de ammar kortare tid jämfört med normalviktiga kvinnor (Marchi et al., 2015).

Missbildningar och kromosomavvikelser

Risken för missbildningar hos fostret såsom ryggmärksbräck, hjärtfel och läpp-käk-gomspalt ökar om kvinnan har obesitas i tidig graviditet (Blomberg & Källén, 2010). En studie kunde påvisa ett samband mellan Downs syndrom hos fostret och obesitas hos modern i tidig

graviditet (korrigerat för mammans ålder) (Hildebrand, Källén, Josefsson, Gottvall, & Blomberg, 2014).

I graviditetsvecka 18–20 görs rutinultraljud, vilket de allra flesta kvinnor i Sverige genomför. Syftet är att leta efter eventuella missbildningar genom organscreening samt att bestämma graviditetslängden. Om modern har obesitas har det visat sig kunna påverka bildkvaliteten av undersökningen med minskad upptäckandefrekvens som följd, detta jämfört med normalviktiga kvinnor (Hildebrand, Gottvall, & Blomberg, 2013).

Large for gestational age (LGA) och makrosomi

För kvinnor med BMI mellan 30–35 respektive >35 var OR 2,0 och 2,4 för att få ett barn med en födelsevikt på 4500 g eller mer (Weiss et al., 2004). Viktuppgången samt högt BMI hade ett signifikant samband med födelsevikten hos barnet (Magriples et al., 2009). Oberoende av vilket BMI kvinnan hade då hon blev gravid gav en 25 procentig ökning av BMI under graviditeten ökade risker för att föda ett barn som väger 4000 g eller mer, vilket kan benämnas som makrosomi. Ökningen på 25 procent av BMI hade en högre träffsäkerhet gällande riskökningen jämfört med om kvinnorna följde IOM:s viktrekommendationer (Asplund, Seehusen, Callahan, & Olsen, 2008). Kvinnor med obesitas hade en fyra gånger ökad risk att få ett LGA-barn jämfört med normalviktiga kvinnor (Cedergren, 2004). Även en översiktsartikel av översiktsartiklar kunde påvisa en riskökning av att få barn med en hög födelsevikt >4500 g samt att få LGA-barn bland kvinnor med obesitas (Marchi et al., 2015).

Tidigare forskning gällande mötet mellan barnmorskor och kvinnor med obesitas

Barnmorskans upplevelse av att samtala om obesitas med gravida

En intervjustudie från England har visat att barnmorskor upplever svårigheter att samtala om övervikt och viktuppgång med gravida kvinnor med obesitas. De olika hinder som upplevdes i mötet delades in i fyra teman. Det första temat hänvisade till barnmorskornas allmänna upplevelse av tidspress i deras kliniska arbete. De uttryckte en oro över när den kliniska proceduren blev mer komplex och resultaten osäkra på grund av moderns fetma. Att få tag på adekvat utrustning såsom exempelvis en större blodtrycksmanschett kunde upplevas stressande. Mätning av symfyfundus-måttet på en gravid kvinna med obesitas kan också vara svårare och det kan ta längre tid att lokalisera fostrets hjärtljud. Oron över tidsbristen påverkade även barnmorskornas vilja att samtala kring övervikten. Det andra temat handlade om terminologi, det vill säga tankar kring vilka ord för övervikt som barnmorskorna kände sig mest bekväma att använda i samtalet med den gravida kvinnan. Det fanns även en rädsla för att förolämpa kvinnan och på så sätt påverka relationen dem emellan negativt. Tredje temat visade att barnmorskor har olika uppfattningar om temat är känsligt eller om det ska ingå som rutin att samtala om övervikt. Det sista temat berörde hur barnmorskans egna vikt påverkade hur ofta de valde av att ta upp ämnet samt att det kunde påverka kvinnans lyhörddhet för råden.

Studien bekräftar att barnmorskor upplever svårigheter i mötet med dessa kvinnor, vilket kan påverka de samtal och rekommendationer som ges. En ökad förståelse kring sin egna attityd i samband med dessa möten kan förbättra möjligheten att kommunicera kring dessa frågor (Foster & Hirst, 2014).

Upplevelsen av interventionsprogram bland gravida kvinnor med obesitas

I en svensk studie erbjöds kvinnor som hade ett BMI ≥ 30 vid starten av graviditeten att ingå i ett program för att få hjälp med att begränsa viktuppgången till maximalt 6,9 kg. I interventionsprogrammet ingick att få träffa en barnmorska med speciell kompetens inom området en gång i veckan. Barnmorskan tog hjälp av motiverande samtal (MI) och gav individanpassad information utifrån deras kunskapsnivå gällande risker och komplikationer som obesitas kan leda till i samband med graviditet och förlossning. Deltagarna erbjöds även att delta i vattenaerobics en gång i veckan, vilket 71,4 procent av kvinnorna valde att delta i. Resultatet visade att 59 procent av kvinnorna upplevde den mentala coachingen, möjligheten till diskussion samt de motiverande samtalen med barnmorskan som den mest positiva upplevelsen med interventionsprogrammet. De mindre positiva upplevelser de haft var att de upplevde att ett för stort fokus lades på vikten och att det var för många medicinska kontroller. Medelviktuppgången under graviditeten bland kvinnorna var 11,3 kg och 41 procent gick upp mindre än 6,9 kg. De flesta kvinnorna fortsatte med den hälsosamma livsstilen även efter förlossningen. Studien visade att det som var viktigast för att kvinnorna skulle uppnå sina mål gällande den begränsade viktuppgången var att de själva skulle vara aktivt involverade i målsättningen istället för att bara barnmorskan skulle sätta upp målen (Claesson et al., 2008).

En annan intervjustudie från Sverige har undersökt hur kvinnor med obesitas upplevde det att ha ingått i ett riktat interventionsprogram som beskrivs nedan under VIKTiga mammor. Fokus låg på livsstilsrelaterade förändringar under graviditeten. Studien visade att deltagarna upplevde det viktigt att stödet som gavs av barnmorskan gällande livsstilsförändringar skulle ges med en icke dömande attityd. Det var också viktigt att barnmorskan hade en balanserad syn på vikten. I övrigt upplevdes det betydelsefullt att barnmorskan kunde tala öppet om övervikten för att det inte skulle uppfattas som tabubelagt. Att själv få vara delaktig i målsättningen inför livsstilsförändringarna upplevdes som avgörande (Fieril, Olsén, Glantz, & Premberg, 2016).

Interventionsprojektet VIKTiga mammor

Mellan 2011–2013 genomfördes ett samordnat interventionsprojekt med fokus på livsstilsförändringar för kvinnor med obesitas inom mödrahälsovården i Göteborg som kallades VIKTiga mammor. De standardiserade metoder som användes var baserade på rådgivning från barnmorskan samt stöd från en dietist. Barnmorskorna hade fått en utbildning om obesitas och nutrition i samband med graviditet samt en kurs i MI. Huvudsyftet med projektet var att undersöka kort- och långsiktiga effekter av riktad intervention för att

begränsa viktuppgången till maximalt 7 kg under graviditet hos kvinnor med ett inskrivnings-BMI ≥ 30 . I en pilotstudie studerades utfallet av den totala viktuppgången under graviditeten för interventions- och kontrollgruppen. Även förändringen av BMI under samma period undersöktes. Studien är baserad på de första 50 kvinnorna som fullföljde interventionsprogrammet. Interventionsgruppen fick 60 minuter extra tid med barnmorskan utöver basprogrammet, inklusive två extra 30-minutersbesök tidigt i graviditeten. Under resterande besök hos barnmorskan tillägnades fem minuter av 30-minutersbesöken till uppföljning av livsstilssamtal. Kvinnornas vikt kontrolleras vid varje besök. Kontrollgruppens vikt följdes enligt basprogrammet, det vill säga vid inskrivning, graviditetsvecka 25 och 37 samt vid efterkontrollen 2–3 månader post partum. Kvinnorna i interventionsgruppen blev också erbjudna individuella råd från dietist, FaR®, gästavar, stegräknare, deltagande i diskussionsgrupper för kost ledda av en dietist samt information om hälsotek som erbjuds kurser inom livsstil och lättare träning såsom bassängträning. Studien visade bland annat att 36 procent av kvinnorna i interventionsgruppen lyckades gå upp mindre än 7 kg jämfört med 16 procent bland kvinnorna i kontrollgruppen (Haby, Glantz, Hanås, & Premberg, 2015). Denna studie låg till grund för Närhälsans PM ”Övervikt och obesitas under graviditet” i Göteborg enligt A.Glantz (Personlig kommunikation, 2 november 2016).

PM:et infördes den 7:e januari 2014 och enligt riktlinjerna bör gravida kvinnor med ett ingångs-BMI ≥ 30 erbjudas extrabesök i första eller andra trimestern med fokus på livsstilssamtal, FaR®, dietistkontakt, stödstrumpor samt vägning vid varje besök (*Bilaga 1*).

Teoretisk referensram

En central del av barnmorskans arbete inom mödrahälsovården handlar om att arbeta hälsofrämjande där motivering till livsstilsförändringar är en viktig komponent (Socialstyrelsen, 2006). MI-samtal är en etablerad samtalsmetod inom hälso- och sjukvården och anses vara ett bra redskap att ta hjälp av vid livsstilsförändringar (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

Motivationsteorin

Motivationsteorin är en psykologiskt orienterad evidensbaserad teori som går att tillämpa inom många aspekter av barnmorskeyrket där hälsofrämjande arbete och personcentrerad vård ingår. Motivation kan definieras som något som aktiverar och styr ett beteende för att nå ett visst mål. När en person är motiverad upplever de en energi eller en kraft som har förmågan att guida dem i resan gentemot deras mål (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011).

Det finns flera faktorer som påverkar ens motivation. Till exempel hur mycket det betyder att lyckas med målet, vilket subjektivt värde målbeteendet (exempel: reducerad viktuppgång) innebär för den gravida och hennes barn. Vilka förutsättningar som finns för att uppnå målet är en annan faktor samt om det finns negativa aspekter sammankopplade med målbeteendet,

där rädslan för att inte lyckas ingår. Personers motivation kan influeras negativt eller positivt av inlärningsmiljön. Då barnmorskan arbetar mycket självständigt är hen ofta den enda yrkesperson som ger information kring de många aspekter graviditeten innefattar. Därför är det viktigt att reflektera kring hur samma innehåll kan förmedlas på olika sätt så att det optimerar motivationen hos varje individ (Stockdale et al., 2011)

Motiverande samtal

MI handlar om att patienten skall hitta sin egen motivation till att göra beteendeförändringar. Samtalet skall präglas av ett ömsesidigt samarbete och en beslutprocess där både patient och kliniker deltar. Kunskap och råd ska inte ges i form av enkelriktad kommunikation. Den ska istället sträva efter att aktivera patientens egen motivation för att framkalla och aktivera den kunskap och de resurser patienten har själv. Med hjälp av vägledning kan patienten hitta sina egna skäl och argument till önskad förändring. En annan viktig del i MI är att den skall utföras med respekt för personens autonomi (Rollnick et al., 2009).

Fyra vägledande principer ligger till grund för MI. Att motstå rättningsreflexen är en av dem. Många kan uppleva ambivalens till förändring och behöver därför få hjälp genom ambivalensen för att hitta sina egna argument till förändring. Utforska och förstå patientens motivation är den andra. Den bästa chansen att få till en beteendeförändring är om patienten hittar sina egna skäl. I samtalet utforskas patientens uppfattning av situationen och motivation till förändring. Den tredje principen handlar om att lyssna till patienten. Lyssnandet skall vara en minst lika stor del som informationsgivandet. Den fjärde principen handlar om empowerment, att stärka individens egna makt över sitt liv samt att utforska hur lösningar kan utformas så det fungerar i den enskilda personens liv (Rollnick et al., 2009).

Problemformulering

Forskning gällande maternell obesitas har visat att en begränsad viktuppgång under graviditet kan reducera riskerna som övervikten medför både för mor och barn. Vidare visar statistik att övervikt hos gravida kvinnor i Sverige har ökat. Det är därför viktigt att de får ett adekvat stöd av barnmorskan för att kunna begränsa viktuppgången. Vid mödrahälsovården, Närhälsan i Göteborg infördes i januari 2014 ett PM för gravida med övervikt och obesitas. Ingen uppföljning med fokus på följsamhet av att använda riktlinjerna har genomförts och det finns därför ett behov av att granska detta.

Syfte

Syftet var att undersöka barnmorskornas följsamhet avseende användandet av PM:et “Övervikt och fetma under graviditet” i Göteborg samt studera kvinnornas viktförändringar och graviditets- och förlossningsutfall.

Frågeställningar

- I vilken grad erbjuder barnmorskorna PM:ets olika delar gällande extrabesök med fokus på livsstilssamtal, FaR®, dietistkontakt, stödstrumpor samt vägning vid samtliga besök?
- Hur ser viktförändringen under graviditeten ut bland kvinnorna med obesitas i den studerade populationen?
- Hur ser graviditets- och förlossningsutfallen ut bland kvinnorna med obesitas i den studerade populationen?

Metod

Design

Studien genomfördes som en journalgranskning. Enligt Polit och Beck (2016) syftar kvantitativ forskning till att analysera och förklara resultatet av genomförda interventioner och insamlade data. Studien är retrospektiv, vilket innebär att ett fenomen som existerar i nutid och är kopplat till ett fenomen som uppstod i det förflutna undersöks.

Att använda sig av journalgranskning har som fördel att all data redan finns dokumenterad och är tillgänglig vid datainsamlingens start samt att ett stort material kan granskas på förhållandevis kort tid (Polit & Beck, 2016).

Population och urval

I Göteborgs finns inom Närhälsan 19 barnmorskemottagningar. Denna studie genomfördes på två barnmorskemottagningar i Göteborg, vilka vidare kommer att benämnas som BMM 1 och BMM 2. BMM 1 ligger i en central del av staden och vårdar ca 575 gravida kvinnor per år. BMM 2 ligger i en förort och vårdar ca 860 gravida per år. Enligt Göteborgs stad (2014) har

personer som bor i BMM 2 upptagningsområde en i kommunen sett låg utbildningsnivå i relation till övriga stadsdelar och BMM 1 har en hög utbildningsnivå.

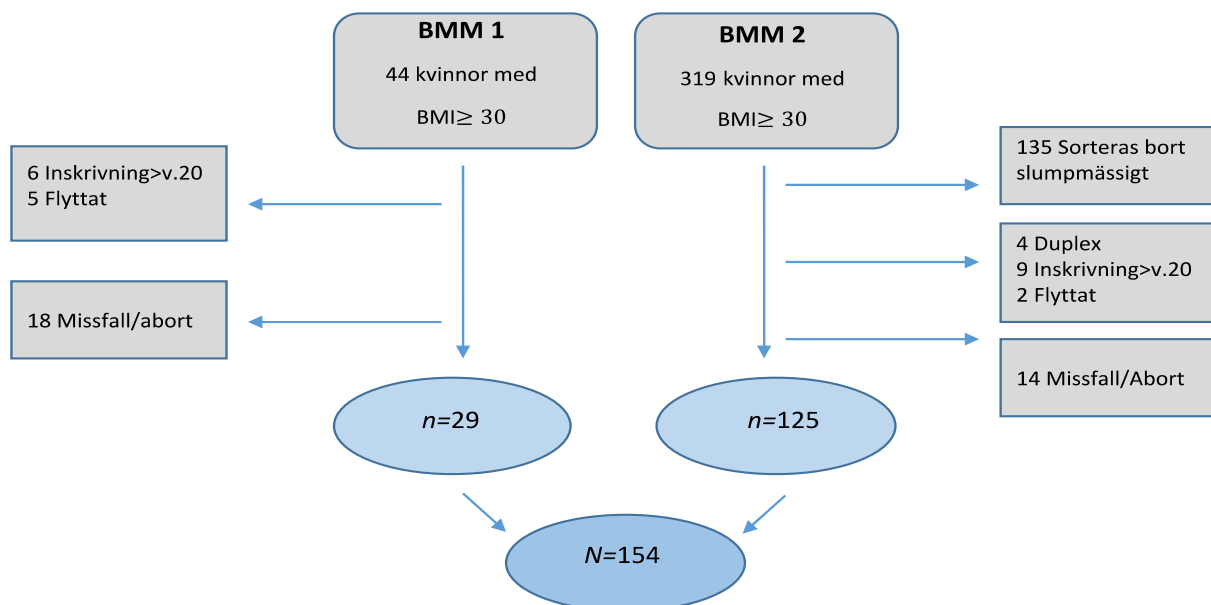
Inklusionskriterier

Inskrivnings-BMI ≥ 30 och inskrivning på barnmorskemottagning mellan februari 2014 och december 2015 före 20 fullgångna graviditetsveckor. I övrigt var inklusionskriterierna en fullständig mödrahälsovårdsjournal och tillgång till förlossningsjournal.

Exklusionskriterier

Journaler där kvinnor skrivits in efter 20 fullgångna graviditetsveckor och duplexgraviditeter.

Graviditeter där barnet föddes prematurt valdes att inkluderas i denna studie då huvudsyftet var att undersöka följsamhet av riktlinjer. Många av de åtgärder som rekommenderas skall till stor del utföras tidigt under graviditeten, varför dessa patienter var befogade att ta med. På grund av det mer begränsade urvalet av journaler från BMM 1 inkluderades alla som uppfyllde inklusionskriterierna. Från BMM 2 fanns det totalt 319 patientjournaler där kvinnorna hade ett inskrivnings-BMI ≥ 30 . Ett slumpmässigt urval valdes för att begränsa antalet journaler att granska, detta för att det skulle bli ett rimligt antal inom ramarna för denna studie. Journaler där kvinnan var född mellan den 1-15:e i månaden valdes ut. Bortfallet bestod av journaler där kvinnan fått missfall, gjort abort, blivit inskriven efter 20 graviditetsveckor, väntade tvillingar eller flyttat. Ett flödesschema över inklusionsprocessen presenteras i Figur 1.



Figur 1. Flödesschema över inklusionsprocessen för journalerna.

Datainsamling

Ansvarig mödrahälsovårdsöverläkare informerades skriftligt om den planerade studien och tillfrågades om tillstånd att läsa journaler från februari 2014 fram till december 2015 från de respektive mottagningarna. Behörigheten att ta del av de begärda journalerna beviljades. En granskningsmall utformades specifikt för studien. Studiens syfte och frågeställningar vägledde utformningen av variablerna. Svartalternativen till variablerna kodades om till siffror. Journalgranskningen genomfördes gemensamt under november 2016 på respektive mottagning. Inkluderade journaler granskades systematiskt i journalsystemet Obsterix©. Informationen som datainsamlingen gav fördes in i en granskningsmall där följande variabler ingick: inskrivningsvikt, sista vikt registrerad mellan graviditetsvecka 37–40, sista vikt registrerad före graviditetsvecka 37, total viktförändring, totalt antal besök, totalt antal vägningar, förekomst av graviditetsdiabetes, förekomst av preeklampsi, extrabesök, FaR®, dietistkontakt, stödstrumpor, ålder vid partus, partus vecka och dag, förlösningssätt, induktion, totalt blödning, Apgcar-score, födelsevikt, LGA och SGA (*Bilaga 2*). Den utskrivna listan över den studerade populationen förvarades inlåst i ett dokumentskåp på mottagningen. För att säkerställa sekretess gavs varje patient ett kodnummer vilket användes för att identifiera journalen istället för att använda personnummer. Dokumenten kommer att makuleras efter att uppsatsen blivit godkänd.

Dataanalys

De kodade svartalternativen av variablerna skrevs in i ett exceldokument för att senare överföras till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Med hjälp av SPSS analyserades data och tabeller togs fram (Pallant, 2016). En lektor med avancerad kompetens i statistik som arbetar vid samma institution erhöll hjälp vid överföringen av data till statistikprogrammet.

Den kvantitativa datan analyserades med utgångspunkt i deskriptiv statistik. I deskriptiv statistik skall datan sammanfattas, beskrivas och presenteras på ett lättöverskådligt sätt. Det kan användas för att presentera statistik över de personer som är inkluderade i studien. Den presenterade datan skall ge en rättvis bild av materialet och ge en ökad förståelse för fenomenet (Billhult & Gunnarsson, 2012a). Materialet i denna studie beskrivs med hjälp av frekvenstabeller, centralmått och spridningsmått.

Etiskt övervägande

Forskning som avser människor kan genomföras utan inhämtat samtycke från deltagare om resultatet kan vara till nytta för forskningspersonen eller någon annan med samma tillstånd.

Forskningen skall även innebära ett obetydligt obehag och ingen risk för skada för den enskilda personen. Det är inte alltid nödvändigt att ansöka om etikprövning gällande forskning som genomförs inom ramen av högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS 2003:460). Informerat samtyckte inhämtades inte från patienterna i denna studie. Studien utfördes av två legitimerade sjuksköterskor som lyder under offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) samt patientdatalagen (SFS 2008:355) och uppgifter hanterades i enlighet med dessa. Studien genomfördes för att utvärdera effekten av ett befintlig PM samt som en kvalitetsuppföljning för att se om kvinnor med obesitas får adekvat stöd för att nå önskad begränsad viktuppgång under graviditet. Studien bedömdes inte orsaka något obehag eller skada för de personer vars journaler granskades. Informationen går inte att spåra till enskilda individer och har behandlats i enlighet med sekretesslagen (SFS 2009:400).

Den förväntade nyttan med journalgranskningen var att det skulle vara till fördel för gravida kvinnor med obesitas då ämnet uppmärksammas och befintliga rutiner utvärderas. Mottagningarna tillkännagavs inte och därför kan de barnmorskor som arbetar på respektive mottagningar inte heller spåras. På så sätt finns det liten risk för obehag eller skada för enskilda yrkesutövare.

Resultat

Med hjälp av tabeller kommer resultatet att presenteras nedan. Resultatet är uppdelat i fyra delar. Första delen beskriver populationens bakgrundsfaktorer och den andra delen beskriver barnmorskornas följsamhet av riktlinjerna. Den tredje delen beskriver måluppfyllelsen av viktförändring enligt riktlinjer och den sista graviditets- och förlossningsutfall bland den studerade populationen.

Bakgrundsfaktorer för studiepopulationen

Kvinnorna på BMM 1 ($n=29$) hade en medelålder på 33,6 år (range 21–43) och på BMM 2 ($n=125$) var medelåldern 31,7 år (range 18–47). På BMM 1 var kvinnor med tre nationaliteter representerade och på BMM 2 var det 33. Tabell 1 visar deskriptiv statistik över den studerade populationen. Det fanns stora variationer i tolkbehov mottagningarna emellan. Bland kvinnorna från BMM 1 fanns inget behov av tolk. På BMM 2 utnyttjades tolk i 38,4 procent av besöken och 7,2 procent av kvinnorna var engelsktalande. Variabeln utbildningsnivå fanns dokumenterade i 48 av totalt 154 journaler. Yrke fanns ofta angivet i journalen men ingen slutsats kunde dras angående utbildningsnivå. På grund av detta saknades information om utbildningsnivå i totalt 106 journaler.

Andelen kvinnor med BMI ≥ 30 var under 2015 cirka 4,8 procent av den totala andelen inskrivna på BMM 1 respektive cirka 19,2 procent på BMM 2. På grund av detta kommer den

största delen av materialet från BMM 2. Majoritet av kvinnorna på båda mottagningarna tillhörde obesitasklass I. Bakgrundsfaktorer för studiepopulationen presenteras i Tabell 1.

Tabell 1: Bakgrundsfaktorer för studiepopulationen

	BMM 1 n=29 (%)	BMM 2 n=125 (%)
Civilstånd		
Sammanboende med partner	26 (89.7)	100 (80)
Ensamstående	0	5 (4)
Annan familjesituation	3 (10.3)	20 (16)
Utbildningsnivå		
Skolgång mindre än 9 år	0	3 (3.2)
Grundskolenivå	0	5 (4)
Gymnasienivå	0	13 (10.4)
Högskola/Universitet	12 (41.4)	14 (11.2)
Okänt	17 (58.6)	89 (71.2)
Sysselsättning		
Heltidsarbete	17 (58.5)	24 (19.2)
Deltidsarbete	7 (24.1)	13 (10.4)
Arbetsökande/FL/SS	3 (10.3)	55 (44)
Studera	1 (3.4)	29 (23.2)
Okänt	1 (3.4)	4 (3.2)
Paritet		
0-para	12 (41.4)	28 (22.4)
1-3 para	16 (55.2)	73 (58.4)
>4 para	1 (3.4)	24 (19.2)
Språk		
Svensktalande	29 (100)	68 (54.4)
Tolkbehov	0	48 (38.4)
Engelsktalande	0	9 (7.2)

Barnmorskornas följsamhet till riktlinjerna

I Tabell 2 redovisas följsamheten bland barnmorskor till riktlinjerna uppdelat efter mottagning och obesitasklass. Extrabesök med fokus på livsstilsfrågor erbjöds i 15 procent av fallen räknat på de båda mottagningarna. Procentandelen erbjudna extrabesök ökade med stigande BMI. Totalt blev mindre än en femtedel av kvinnorna erbjuda FaR® på de båda mottagningarna, dock hade barnmorskorna på BMM 2 en högre följsamhet gällande detta. Närmare hälften av kvinnorna på BMM 2 blev erbjudna dietistkontakt jämfört med en

tredjedel av kvinnorna på BMM 1. Stödstrumpor är den rekommendation som har bäst följsamhet på BMM 2 och på BMM 1 är dietistkontakt den rekommendation som har högst följsamhet.

Tabell 2: Barnmorskornas följsamhet till riktlinjerna uppdelat på obesitasklass och mottagning

Obesitas	Klass I*	Klass II**	Klass III***	N
	<i>n</i> = (%)	<i>n</i> = (%)	<i>n</i> = (%)	
BMM 1	<i>n</i>=22 (75.9)	<i>n</i>=4 (13.8)	<i>n</i>=3 (10.3)	29
BMM 2	<i>n</i>=88 (70.4)	<i>n</i>=32 (25.6)	<i>n</i>=5 (4)	125
Extrabesök****				
BMM 1	1 (4.5)	1 (25)	1 (33.3)	3 (10.3)
BMM 2	3 (3.4)	14 (43.8)	3 (60)	20 (16)
FaR				
BMM 1	1 (4.5)	0	1 (33.3)	2 (6.9)
BMM 2	17 (19.3)	11 (34.4)	0	28 (22.4)
Dietistkontakt				
BMM 1	4 (18.2)	3 (75)	3 (100)	10 (34.5)
BMM 2	35 (39.8)	24 (75)	2 (40)	61 (48.8)
Stödstrumpor				
BMM 1	0	1 (25)	1 (33.3)	2 (6.9)
BMM 2	57 (64.8)	23 (71.9)	4 (80)	94 (67.2)

*Obesitas klass I = BMI 30–34,9

**Obesitas klass II = BMI 35–39,9

***Obesitas klass III = BMI ≥ 40

**** Med extrabesök menas ett besök med fokus på vikt och livsstil som är utöver basprogrammet

I tabell 2:2 visas andelen vägningar i relation till andelen totala besök under graviditeten i procent. Enligt riktlinjerna (*Bilaga 1*) ska vägning utföras vid samtliga besök. På BMM 2 fanns det stora variationer i andelen vägningar i relation till besök. I vissa fall når de upp till en hundra procentig måluppfyllelse men det fanns också fall där vägning endast utförts i en femtedel av besöken. På BMM 1 fanns det ingen journal där vägning utförts vid samtliga besök och de hade ett lägre medelvärde av vägningar i relation till andel besök jämfört med BMM 2.

Tabell 2:2: Antal vägningar i procent i relation till antal besök

	Medelvärde (%)	Median (%)	Range (%)
BMM 1	56.5	57.1	26.7–85.7
BMM 2	70.7	72.7	20–100

Måluppfyllelse gällande viktuppgång enligt riktlinjer

Tabell 3 visar den totala viktförändringen från inskrivning till sista vägning. De kvinnor vars senaste vikt var tagna före graviditetsvecka 37 var exkluderade i den statistiska beräkningen av den totala viktuppgången under graviditet. Från BMM 1 exkluderades i denna beräkning 6 journaler där sista vägning var registrerad före graviditetsvecka 37 och på BMM 2 var motsvarande siffra 28.

Enligt riktlinjerna rekommenderas en gravid kvinna med obesitas att gå upp maximalt 6 kg under graviditeten. På BMM 1 var det 8,7 procent av de gravida kvinnorna som klarade det målet och på BMM 2 var motsvarande siffra 33,1 procent.

För båda mottagningarna ligger medelviktuppgången räknat på från inskrivning till vikt registrerad i graviditetsvecka 37–40 på 10 kg (range -3-25). För obesitasklass I, II och III är medelviktuppgången i kg för BMM 1: 12,4, 15,7 och 9,3 och för BMM 2: 9,6, 8 och 13,8.

Tabell 3: Gruppering av viktförändring från inskrivning till registrerad vikt i graviditetsvecka 37–40

Viktförändring (kg)	BMM 1 n=23 (%)	BMM 2 n=97 (%)	N=120 (%)
≤ 0	0	4 (4.1)	4 (3.3)
1–6	2 (8.7)	28 (29)	30 (25)
7–12	11 (47.8)	42 (43.3)	53 (44.2)
13–18	8 (34.8)	16 (16.5)	24 (20)
19–25	2 (8.7)	7 (7.2)	9 (7.5)

Graviditets- och förlossningsutfall bland studiepopulationen

I tabell 4 visas graviditets- och förlossningsutfallen räknat på hela studiepopulationen på de båda mottagningarna. När det kommer till att titta på graviditets- och förlossningsutfall krävs en större population för att få ett representativt material därför har statistik tagits fram på den totala andelen undersökta journaler.

Tabell 4: Graviditets- och förlossningsutfall

	<i>N=154(%)</i>
Graviditetsdiabetes	4 (2.6)
Preeklampsi	6 (3.9)
Prematuritet	14 (9)
Överburenhet	14 (9)
Induktion	32 (20.8)
Förlossningsätt	
Vaginalt	125 (81.2)
Instrumentellt	6 (3.9)
Kejsarsnitt	23 (14.9)
Apgar ≤ 7 vid 5 min	5 (3.2)
Blödning (ml)	
<500	90 (58.4)
≥ 500 - <1000	46 (29.9)
≥ 1000	16 (10.4)
Födelsevikt (g)	
≥ 4000	28 (18.2)
≥ 4500	8 (5.2)
LGA	7 (4.5)
SGA	4 (2.6)

Diskussion

Metoddiskussion

Vald metod och design ansågs relevant för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Studiens resultat bedöms inte kunna generaliseras till hur det ser ut på andra barnmorskemottagningar i Göteborg, då endast två mottagningar har granskats. Resultatet från denna studie kan dock ge värdefull information utifrån kvalitetsutvecklingssynpunkt och en viss trend skulle eventuellt kunna anas.

Motivationsteorin som har valts som teoretisk referensram och som beskrivs i bakgrunden anses ha en tydlig koppling till barnmorskans arbete med livsstilsförändringar. Det kan vara till god hjälp att barnmorskan har en fördjupad förståelse kring den enskilda individens motivation för att kunna stötta i alla skeenden av processen till att kunna nå målet en begränsad viktuppgång under graviditet. Enligt riktlinjerna (*Bilaga 1*) föreslås barnmorskorna att använda sig av öppna frågor i samtalet med kvinnan. I den etablerade samtalsmetoden för livsstilsförändringar, MI, ingår öppna frågor och det anses vara ett bra vertyg att använda sig av, därav valet av referensram.

Den bifogade upplagan av PM:et "Övervikt och fetma under graviditet" (*Bilaga 1*) är uppdaterad i juni 2016 men de rekommenderade åtgärderna är detsamma som i den första upplagan. Det är ingen information som tillkommit i den senaste upplagan som bedöms påverka variablerna för denna studie. Länkar till fördjupad information har lagts till i den nya upplagan och mindre förändringar i bakgrundsinformation har gjorts.

Journalgranskning som metod har sina begränsningar vid bristande journalföring samt vid eventuellt felaktiga dokumenterade data (Olsen & Sörensen, 2011). En styrka anses vara att goda kunskaper fanns inom det journalsystem som användes vid datainsamlingen vilket minskar risken för fel vid inhämtandet av data. I denna studie fanns det variabler som återfanns i löpande journaltext och variabler som utlästes från standardiserade förbestämda rutor. En svårighet med datainsamlingen kan ses gällande variabler som togs fram från löpande journaltext såsom extrabesök, FaR® och stödstrumpor. Detta för att barnmorskorna dokumenterade dessa åtgärder på olika sätt. Vissa barnmorskor skrev att de gav information enligt PM för övervikt men förtydligade inte vilka rekommendationer de gav. Slutsatsen kunde därför inte dras att de erbjudit allt som står enligt PM:et om man inte kunde se att extrabesök och/eller dietistkontakt var inbokad samt om stödstrumpor specifikt omnämns i text. Det finns en möjlighet att åtgärder kunde ha gjorts utan att det har dokumenterats i journalen men endast det som fanns dokumenterat kunde följas upp i denna granskning.

Valet av variablerna som låg till grund för granskningsmallen (*Bilaga 2*) anses vara kliniskt intressanta, men två hade kunnat se annorlunda ut. Denna studie har inte gjort skillnad mellan

elektiva och akuta kejsarsnitt. Detta för att huvudsyftet var att studera barnmorskors följsamhet till riktlinjer men i efterhand skulle det kunnat varit intressant att ha med. Den andra variabeln som har bedömts kunnat se annorlunda ut är senast registrerad vikt. Den var uppdelad i två grupperingar där den ena var om det fanns en vikt registrerad mellan graviditetsvecka 37–40 och den andra om sista vikt var registrerad före 37 fullgångna graviditetsveckor. Anledningen till att grupperingen av graviditetsveckorna 37–40 valdes var för att det förekommer variation i när sista vikten är tagen. Dessutom är det svårare att jämföra den totala viktuppgång mellan en kvinna som föder prematurt och en som föder i fullgången tid. Om studien gjorts om skulle sista vikten samt vilken vecka den var tagen i registreras. Grupperingarna hade då kunnat göras i efterhand.

En fråga som uppstått under arbetets gång är vad som kan anses vara en god följsamhet. Rekommendationer såsom extrabesök, dietistkontakt, stödstrumpor och FaR® borde ha som mål en hög följsamhetsgrad eftersom det endast beror på om barnmorskan erbjudit detta eller inte. Följsamheten i denna studie har bedömts utifrån om kvinnan blivit erbjuden PM:ets olika delar, inte om hon valt att utnyttja dem eller inte. Hur många vikter som tagits i samband med besöken påverkas däremot av om kvinnan valt att medverka till att ta sin vikt. Det är dock också beroende av om barnmorskan föreslagit åtgärden. Kvinnans medverkan i att ta sin vikt blir en påverkande faktor i graden av följsamhet bland barnmorskor till riktlinjerna just gällande viktregistreringen. Det finns situationer då kvinnan behöver komma på täta besök, vid exempelvis högt blodtryck. Barnmorskan kan då uppleva det onödigt att ta vikt vid samtliga besök eftersom det är kort tid mellan kontrollerna. Möjlighet finns att detta varit en faktor som dragit ner procentsatsen av viktkontrollerna i relation till antal besök.

Population och urval

Av de totalt 154 granskade journalerna kom 29 från BMM 1. Det kan ses som ett litet urval, men det motsvarade hela deras population av patienter med $BMI \geq 30$ under en tvåårsperiod (exklusive januari 2014). Detta borde därför kunna ses som representativt urval för den mottagningen. På BMM 2 hade det varit önskvärt att analysera samtliga journaler som uppfyllde inklusionskriterierna, men det var inte möjligt inom ramen för denna studie. Att göra ett slumpmässigt urval ansågs vara en lämplig metod för att begränsa antalet journaler från BMM 2. Bortfallet som redovisas i Figur 1. är tydligt beskrivet vilket ses som en styrka. Bortfallet på grund av abort och missfall anses inte ha påverkat resultatet då barnmorskan på grund av den korta graviditeten inte har haft möjlighet att följa riktlinjerna. Exklusionskriterierna såsom inskrivning efter graviditetsvecka 20 ansågs vara relevant då de flesta åtgärderna som skall göras är tänkta att utföras tidigt i graviditeten. Barnmorskorna hade då inte samma möjlighet att tidsmässigt hinna genomföra åtgärderna. I de fall kvinnorna hade flyttat under graviditeten fanns inte tillgång till fullständig mödrahälsovårds- och förlossningsjournal vilket är orsaken till att de exkluderades. Gällande duplexgraviditeter ser viktförändringen annorlunda ut jämfört med singelgraviditeter och de anses därför inte vara jämförbara.

En svaghet med studien är att resultatet om graviditets- och förlossningsutfall baseras på en i detta sammanhang liten population. För att få ett representativt resultat av dessa variabler krävs ett större urval. Det ansågs dock betydelsefullt att ha med då det ger en bild av förekomsten av komplikationer under graviditet och förlossning.

Mottagningarna som inkluderats i studien skiljde sig åt gällande det geografiska upptagningsområdet. BMM 2 ligger i ett område där befolkningen har en lägre socioekonomisk nivå. Det ses som en styrka i studien att mottagningarna har dessa olikheter. Däremot ses det som en svaghet att det i stor utsträckning saknades information om variabeln utbildningsnivå i journalerna. Valet gjordes ändå att ta med denna variabel för att visa att den sällan dokumenteras och för att redovisa den begränsade informationen som fanns; vilket skulle kunna visa på en trend. Resultatet i studien kan dock inte ses som representativt för ett större område då endast två mottagningar har granskats. Urvalet från två mottagningar har möjliggjort en jämförelse av hur följsamheten ser ut mellan två olika mottagningar med olika upptagningsområden. Om båda mottagningarna varit från centrala delar av en större stad är det möjligt att skillnaderna mottagningarna emellan skulle varit mindre både vad det gäller populationen samt följsamheten till riktlinjerna.

Validitet och reliabilitet

Validitet innebär att studien mäter det den avser att mäta. Används ett instrument bedöms även validiteten av den (Gunnarsson & Billhult, 2012b). Det ses som en styrka att granskningsmallen var specifikt utformad för studien och i hög grad innehöll de olika parametrarna som svarade till studiens syfte och frågeställningar. Granskningsmallen bedömdes av handledaren till studien vilket anses styrka validiteten.

Hög reliabilitet innebär att samma resultat går att påvisa igen om studien skulle göras på nytt (Gunnarsson & Billhult, 2012b). En styrka med studien anses vara att metoden beskrivits tydligt i uppsatsens metoddel. Genom att i detalj beskriva inklusions- och exklusionskriterier anses reliabiliteten styrkas. Båda journalgranskarna till denna studie har varit delaktiga vid varje enskild journals datainsamling för att minimera fel i överföringsprocessen av data till granskningsmallen. Den mänskliga faktorn gör att det inte går att utesluta att något fel skett i samband med dataöverföringen från journal till granskningsmall. Framförallt gällande de variabler som var skrivna i löpande text i journalen då det krävdes hög koncentration och noggrannhet för att plocka ut dem.

Resultatdiskussion

Syftet med denna uppsats var att studera hur väl barnmorskorna inom mödrahälsovården följde riktlinjerna i arbetet med gravida kvinnor med obesitas samt att studera kvinnornas viktförändringar och graviditets- och förlossningsutfall. Resultatet visade att följsamheten till riktlinjerna var relativt låga, men att det förekom variationer i följsamheten mellan de olika

delarna av riktlinjerna. BMM 2 erbjöd i högre grad de olika rekommendationerna jämfört med BMM 1. I de journaler där vikt fanns registrerad mellan graviditetsvecka 37–40 var den totala andelen som gick upp maximalt 6 kg räknat på båda mottagningarna 28,3 procent. Journalgranskningen visade att majoriteten av kvinnorna förlöstes vaginalt (81,2 %). Resultatdiskussionen delas nedan in i tre områden som svarar till studiens syfte och frågeställningar.

Barnmorskornas följsamhet av riktlinjerna

Att följsamheten av befintliga riktlinjer var låga på de båda studerade mottagningarna signalerar att det finns hinder som gör det svårt att följa i praktiken. Det har i flera studier (Foster & Hirst, 2014; Furness et al., 2011; Heslehurst et al., 2011; Heslehurst et al., 2013; Knight-Agarwal, Kaur, Williams, Davey, & Davis, 2014) framkommit att barnmorskor upplevde det svårt att samtala med gravida obesa kvinnor om övervikt och viktuppgång under graviditet. Ett ytterligare hinder för att ta upp ämnet och som lyfts av Foster och Hirst, (2014) är barnmorskornas upplevelse av tidsbrist då vissa undersökningar såsom symfys-fundusmått och lokalisering av barnets hjärtljud kan ta längre tid. När en tolk behöver närvara vid besöket på mödrahälsovården har Amorøe och Dahlman (2011) i sin magisteruppsats visat att barnmorskor upplevde en tidsbrist. Orsakerna som beskrivits kring tidsbristen var att tolksamtalen tog längre tid men också för att de var tidsbegränsade vilket ställde krav på att barnmorskorna och kvinnorna höll tiden. I denna studie på BMM 2 närvarade tolk i nära 40 procent av besöken och det är därför möjligt att följsamheten skulle kunna bli påverkad av detta. Gravida kvinnor med obesitas har i flera studier (Furber & McGowan, 2011; Nyman, Prebensen, & Flensner, 2010) vittnat om negativa upplevelser i möten i vården på grund av sin fetma. Barnmorskans självförtroende i att beröra ämnet övervikt kan påverkas av rädsla för att såra kvinnan och på så sätt påverka relationen negativt (Foster & Hirst, 2014).

I en översiktsartikel av översiktsartiklar av Marchi et al. (2015) påvisades att riskerna för gravida obesa kvinnor och deras barn ökade med stigande BMI. Med tanke på detta är det därför viktigt att barnmorskorna erbjuder kvinnorna i den gruppen extra stöd. Resultatet i denna studie visade att desto högre obesitasklass kvinnorna hade desto högre var följsamheten till riktlinjerna. Det har i flera studier (Furness et al., 2011; Knight-Agarwal et al., 2014) uppmärksammats att i takt med att fler människor är överviktiga har acceptansen för övervikt och obesitas ökat i samhället. Barnmorskor upplever att även dem i viss utsträckning blivit påverkade av detta vilket i vissa fall kan leda till att de också normaliserar övervikt och obesitas i mötet med dessa kvinnor.

BMM 1 vårdar relativt få gravida kvinnor med obesitas jämfört med BMM 2. Denna ovana att vårda dessa kvinnor skulle kunna vara en bidragande orsak till att följsamheten till riktlinjerna är lägre på BMM 1. I andra hand skulle denna ovana kunna göra barnmorskorna mer benägna att kolla upp riktlinjerna.

Måluppfyllelse gällande viktuppgång enligt riktlinjer

I riktlinjerna (*Bilaga 1*) från mödrahälsovården rekommenderas kvinnor med BMI ≥ 30 att gå upp maximalt 6 kg under graviditeten. I VIKTiga mammor-interventionsprojektet av Haby et al. (2015) hade de <7 kg som gräns. I praktiken innebär detta samma sak då vikt i journalen registreras i hela kilo, utan decimal. I följande stycke kommer därför båda definitionerna att användas och jämföras med varandra.

Resultatet i denna studie visade att endast procent 8,7 procent från BMM 1 klarade målet på maximalt 6 kg. På BMM 2 klarade en tredjedel detta. Att BMM 2 hade en större andel kvinnor som höll sig inom rekommenderad viktuppgång skulle kunna förklaras med att barnmorskorna hade en högre följsamhet av riktlinjerna på den mottagningen. I VIKTiga mammor-studien av Haby et al. (2015) klarade 36 procent av de gravida kvinnorna med obesitas i interventionsgruppen att gå upp <7 kg jämfört med 16 procent i kontrollgruppen. Att kvinnorna i denna journalgranskning inte kom upp i lika hög andel som klarade att gå upp mindre än 7 kg skulle kunna förklaras av att kvinnorna i interventionsgruppen i VIKTiga mammor-studien blev erbjudna riktlinjerna i högre utsträckning. Det är inte rimligt att tro att en hög följsamhet av riktlinjerna bland barnmorskor skulle kunna leda till att alla gravida kvinnor med obesitas gick upp rekommenderad vikt under graviditeten. Förhoppningen är dock att fler kvinnor ska erbjudas de åtgärder och rekommendationer som finns i riktlinjerna och på så sätt öka möjligheten för fler att klara detta mål. Barnmorskorna blir en viktig del i detta arbete, men kvinnorna har den avgörande rollen gällande om livsstilsförändringarna genomförs eller inte och om önskad viktuppgång under graviditet uppnås. I en studie av Knight-Agarwal et al., (2014) har det framkommit att barnmorskorna upplevde att vissa gravida kvinnor med obesitas inte uppfattade att deras höga kroppsvikt var ett problem och vissa kvinnor var i förnekelse. Detta kan troligen påverka mötet med barnmorskan och kvinnans motivation till att genomföra de förändringar som behövs för att begränsa viktuppgången under graviditeten.

Motivationsteorin beskriver komplexiteten för en individ att hitta motivationen till önskat ändrat beteende. En faktor som påverkar är om det finns negativa aspekter sammankopplade med att genomföra den ändring som krävs. Barnmorskan har en viktig roll genom att vara den som informerar om de risker ett beteende kan föra med sig (Stockdale et al., 2011). MI-metoden är ett förslag på ett lämpligt redskap att ta hjälp av för att motivera till livsstilsförändringar. Genom att respektera individens egna önskningar och mål ökas individens möjlighet att lyckas med det mål som har satts upp (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Studier har visat att gravida kvinnor med obesitas upplevde det avgörande att själva få vara delaktiga i målsättningen kring de livsstilsförändringar som krävdes för att begränsa viktuppgången under graviditeten (Claesson et al., 2008; Fieril et al., 2016). Genom att erbjuda kvinnorna alla olika delar av PM:et kan det ge henne en bättre möjlighet och förutsättningar att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar för att begränsa sin viktuppgång.

Graviditets- och förlossningsutfall

Flera översiktsartiklar har visat att obesitas ökar riskerna för komplikationer i samband med graviditet och förlossning (Heslehurst et al., 2008; Magriples et al., 2009; Marchi et al., 2015; Salihu et al., 2012). Detta resultat är tänkt att ge en bild av hur utfallet såg ut hos den studerade populationen, men detta var inte huvudsyftet med studien.

Resultatet i denna studie visade att 9 procent av kvinnorna födde prematurt och 9 procent gick över tiden. Sett till alla levande födda barn 2014 i Sverige föddes 4,4 procent av alla enkelbörder prematurt och ca 7 procent var överburna (Socialstyrelsen, 2015). I denna studie förlöstes 14,9 procent av kvinnorna med kejsarsnitt. Kejsarsnittsfrekvensen i Sverige låg på 17,7 procent 2014 (Socialstyrelsen, 2015). En studie av Magriples et al. (2009) visade att kvinnor med obesitas hade 29,6 procents risk att förlösas med kejsarsnitt jämfört med normalviktiga på 15,6 procent. Denna riskökning kunde inte påvisas i denna studie. En förklaring till detta skulle kunna vara det begränsade antalet studerade journaler.

Konklusion

Barnmorskornas följsamhet till att använda mödrahälsovårdens PM "Övervikt och obesitas under graviditet" hade kunnat önskas vara högre än vad den var på de båda barnmorskemottagningarna. Det är därför viktigt att fortsätta uppmärksamma detta ämne bland barnmorskor samt att försöka förstå orsakerna till den låga följsamheten för att möjliggöra en bättre följsamhet i framtiden.

Vidare forskning

I denna studie har endast två barnmorskemottagningar inkluderats. Ett förslag till vidare forskning är att göra en liknande studie fast med flera mottagningar vilket eventuellt skulle kunna göra resultatet generaliserbart.

Det skulle även vara intressant att se över om och hur mödrahälsovårdens riktlinjer för gravida med obesitas ser ut i olika delar av Sverige.

Referenser

- Amorim, A. R., Rössner, S., Neovius, M., Lourenço, P. M., & Linné, Y. (2007). Does excess pregnancy weight gain constitute a major risk for increasing long-term BMI? *Obesity (Silver Spring)*, 15(5), 1278-1286. doi:10.1038/oby.2007.149
- Amorøe, L., & Dahlman, S. (2010). *Transkulturella möten inom mödravården: Barnmorskors upplevelse av gravida kvinnor med annan kulturell bakgrund* (Magisteruppsats, Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa). Hämtad 2016-12-15 från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/24543/1/gupea_2077_24543_1.pdf
- Artal, R., & O'Toole, M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med*, 37(1), 6-12. doi:10.1136/bjism.37.1.6
- Asplund, C. A., Seehusen, D. A., Callahan, T. L., & Olsen, C. (2008). Percentage change in antenatal body mass index as a predictor of neonatal macrosomia. *Ann Fam Med*, 6(6), 550-554. doi:10.1370/afm.903
- Blomberg, M. (2011). Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 118(3), 561-568. doi:10.1097/AOG.0b013e31822a6c59
- Blomberg, M. I., & Källén, B. (2010). Maternal obesity and morbid obesity: the risk for birth defects in the offspring. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 88(1), 35-40. doi:10.1002/bdra.20620
- Carlhäll, S., Källén, K., & Blomberg, M. (2013). Maternal body mass index and duration of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 171(1), 49-53. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.08.021
- Cedergren, M. I. (2004). Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*, 103(2), 219-224. doi:10.1097/01.AOG.0000107291.46159.00
- Cedergren, M. I. (2007). Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol*, 110(4), 759-764. doi:10.1097/01.AOG.0000279450.85198.b2
- Claesson, I. M., Josefsson, A., Cedergren, M., Brynhildsen, J., Jeppsson, A., Nyström, F., & Sydsjö, G. (2008). Consumer satisfaction with a weight-gain intervention programme for obese pregnant women. *Midwifery*, 24(2), 163-167. doi:10.1016/j.midw.2006.10.007
- Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2014). Livsstilsfaktorer och graviditet. I H., Hagberg, K., Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s.153 -160). (Vol. 2., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Fieril, D. P., Olsén, P. F., Glantz, D., & Premberg, Å. (2016). Experiences of a lifestyle intervention in obese pregnant women – A qualitative study. *Midwifery*, 44, 1-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.011>
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Hälsa på lika villkor*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016-10-26 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>
- Foster, C. E., & Hirst, J. (2014). Midwives' attitudes towards giving weight-related advice to obese pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 22(4), 254-262. doi:10.12968/bjom.2014.22.4.254
- Furber, C. M., & McGowan, L. (2011). A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK. *Midwifery*, 27(4), 437-444. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.001>
- Furness, P. J., McSeveny, K., Arden, M. A., Garland, C., Dearden, A. M., & Soltani, H. (2011). Maternal obesity support services: A qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 69-69. doi:10.1186/1471-2393-11-69
- Graviditetsregistret (2015). *Årsrapport 2015. Graviditetsregistret*. Stockholm: Graviditetsregistret. Hämtad 16-11-21 från https://www.medscinet.com/GR/app/Uploads/hemsida/dokumentarkiv/Årsrapport_2015_Graviditetsregistret_1.4_Webb.pdf
- Gunnarsson, R., & Billhult, A. (2012a). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.305-314). Lund: Studentlitteratur.
- Gunnarsson, R. & Billhult, A. (2012b). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.151-159). Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs stad. (2014). *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg*. Göteborg: Göteborgs stad. Hämtad 2016-12-22 från <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/34c40e2c-2fea-4867-954a-4a6f022fe505/Skillnader-i-livsvillkor-och-halsa-2014-Huvudrapport1.pdf?MOD=AJPERES>
- Haby, K., Glantz, A., Hanas, R., & Premberg, Å. (2015). Mighty Mums - An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity. *Midwifery*, 31(7), 685-692. doi:10.1016/j.midw.2015.03.014
- Hanson, U. (2014). Diabetes och graviditet. I H., Hagberg, K., Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s.353–365). (Vol. 2., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Heslehurst, N., Moore, H., Rankin, J., Ells, L. J., Wilkinson, J. R., & Summberbell, C. D. (2011). How can maternity services be developed to effectively address maternal

- obesity? A qualitative study. *Midwifery*, 27(5), e170-e177.
doi:10.1016/j.midw.2010.01.007
- Heslehurst, N., Russell, S., McCormack, S., Sedgewick, G., Bell, R., & Rankin, J. (2013). Midwives perspectives of their training and education requirements in maternal obesity: A qualitative study. *Midwifery*, 29(7), 736-744.
doi:10.1016/j.midw.2012.07.007
- Heslehurst, N., Simpson, H., Ells, L. J., Rankin, J., Wilkinson, J., Lang, R., Summerbell, C. D. (2008). The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev*, 9(6), 635-683.
doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00511.x
- Hildebrand, E., Gottvall, T., & Blomberg, M. (2013). Maternal obesity and detection rate of fetal structural anomalies. *Fetal Diagn Ther*, 33(4), 246-251. doi:10.1159/000343219
- Hildebrand, E., Källén, B., Josefsson, A., Gottvall, T., & Blomberg, M. (2014). Maternal obesity and risk of Down syndrome in the offspring. *Prenat Diagn*, 34(4), 310-315.
doi:10.1002/pd.4294
- Kevane, B., Donnelly, J., D'Alton, M., Cooley, S., Preston, R. J. S., & Áinle, F. N. (2014). Risk factors for pregnancy-associated venous thromboembolism: a review: 1. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(4), 417. doi:10.1515/jpm-2013-0207
- Knight-Agarwal, C. R., Kaur, M., Williams, L. T., Davey, R., & Davis, D. (2014). The views and attitudes of health professionals providing antenatal care to women with a high BMI: A qualitative research study. *Women & Birth*, 27(2), 138-144.
doi:10.1016/j.wombi.2013.11.002
- Kristensen, J., Vestergaard, M., Wisborg, K., Kesmodel, U., & Secher, N. J. (2005). Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG*, 112(4), 403-408.
doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00437.x
- Linné, Y., Dye, L., Barkeling, B., & Rössner, S. (2003). Weight development over time in parous women--the SPAWN study--15 years follow-up. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27(12), 1516-1522. doi:10.1038/sj.ijo.0802441
- Livsmedelsverket (2008). *Energi och vikt vid graviditet och amning*. Uppsala: Livsmedelsverket. Hämtad 2016-30-25 från https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2008/energi_vikt_graviditet_amning_rapp25.pdf
- Livsmedelsverket (2012). *Nordiska näringsrekommendationer 2012: rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Uppsala: Livsmedelsverket. Hämtad 2016-10-28 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsamiljo/naringsrekommendationer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>

- Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., Westdahl, C., & Ickovics, J. R. (2009). The effects of obesity and weight gain in young women on obstetric outcomes. *American Journal of Perinatology*, 26(5), 365-371. doi:10.1055/s-0028-1110088
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*, 16(8), 621-638. doi:10.1111/obr.12288
- Nyman, V. M. K., Prebensen, Å. K., & Flensner, G. E. M. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011) *Forsknings processen- Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6.th ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, K. M., Yaktine, A. L., & Institute of Medicine (U.S.). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. (2009). *Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academies Press.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård: att hjälpa människor att ändra beteende* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Salihu, H. M., De La Cruz, C., Rahman, S., & August, E. M. (2012). Does maternal obesity cause preeclampsia? A systematic review of the evidence. *Minerva Ginecol*, 64(4), 259-280.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2016-12-02 från Sveriges riksdag: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 2016-12-02 från Sveriges riksdag: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 2016-12-01 från Sveriges riksdag: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
- Socialstyrelsen, (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn : medicinska födelseregistret 1973-2014 : assisterad befruktning 1991-2013*. Stockholm:

- Socialstyrelsen. Hämtad 2016-11-05 från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-27>
- Socialstyrelsen, (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-10-30 från
http://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1540/1540251_kompetensbeskrivning.pdf
- Socialstyrelsen. (2015). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-2>
- Statens folkhälsoinstitut, (2008) *FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad 2016-10-25 från
<http://www.vgregion.se/Pages/89295/fyssen.pdf>
- Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G., & Keller (2011) Motivational theory. In R. Bryar & M. Sinclair (Ed.), *Theory for midwifery practice*. (2. ed.). Houndmills: Palgrave.
- Weiss, J. L., Malone, F. D., Emig, D., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., . . . Consortium, F. R. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*, 190(4), 1091-1097. doi:10.1016/j.ajog.2003.09.058
- World Health Organization. (2016a). *BMI Classification*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 2016-11-10 från
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- World Health Organization (2004). *Human energy requirements*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 2016-30-29 från
<http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/9251052123/en/> gör om till en publikation
- World Health Organization. (2016b). *Obesity and overweight*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 2016-11-10 från
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Bilaga 1

Närhälsan

PM

Övervikt och fetma under graviditet

Gäller för enhet:	Mödrhälsovård Närhälsan M4 (Göteborg), Obstetrikheten SU
Framtagen av:	Anna Glantz MÖL Göteborg, Karin Haby dietist MHV Göteborg, Joy Ellis, MÖL
Godkänd av:	Joy Ellis, MÖL, Agneta Persson, områdeschef, Tommy Sporrang ÖL och medicinsk rådgivare Obstetrikheten SU Östra,
Publicerad:	2014-05-01 Reviderad av/datum: Anna Glantz, Karin Haby 2016-06-09
Vid synpunkter:	anna.glantz@vgregion.se

Bakgrund

Övervikt och fetma är förenat med ökad komplikationsrisk i samband med graviditet och förlossning. Förekomsten av alla hypertensiva tillstånd ökar, risken för preeklampsi är förhöjd 4,8 gånger. Risken för stort barn (med komplikationer såsom långdragen förlossning, ökad frekvens kejsarsnitt och sugklocka) ökar 3,8 gånger. Risken för allvarliga förlossningsskador ökar 3,1 gånger och för intrauterin fosterdöd ökar 2,7 gånger. Det är också vanligare med diabetes, tromboembolism, infektioner och stora blödningar i anslutning till förlossning.

Övervikt och fetma definieras enligt BMI (Body Mass Index) vid inskrivning på BMM. Formeln för BMI är: vikt i kg/längd i meter² (ex 70 kg och 1.65 meter ger BMI: 70 /1.65² = 25.7)

Undervikt	BMI < 18,5
Normalvikt	BMI 18,5-24,9
Övervikt	BMI ≥ 25
Fetma	BMI ≥ 30
Extrem fetma	BMI ≥ 35
Extrem fetma med hög risk för anesthesiologiska komplikationer	BMI ≥ 40

Rekommenderad viktuppgång, vägning

Rekommendationen är att kvinnor med **övervikt går upp maximalt 9 kg i vikt**, och att kvinnor med **fetma av olika grader går upp maximalt 6 kg**, under hela graviditeten. Vid inskrivning informerar barnmorska om lämplig viktuppgång för kvinnor med övervikt respektive fetma och överenskommer med kvinnan om lämplig viktutveckling (använd gärna viktkurvan på hemsidan, under Kost och fysisk aktivitet).

Att diskutera fetma och övervikt med gravida

För många kvinnor är vikten ett känsligt och laddat ämne, medan andra uppskattar att ämnet förs på tal. Det är viktigt att erbjuda saklig, medicinskt betonad information och ge råd med ett empatiskt förhållningssätt. Många kvinnor har försökt att leva mer hälsosamt och det är värdefullt att betona de positiva i det de eventuellt redan gjort och reflekterat över, för att främja ett gott samtalsklimat.

Kvinnor med BMI ≥ 30

Projekt VIKTiga mammor i Göteborg visade att en viss kombination av åtgärder är effektiva för att begränsa viktuppgången under graviditet hos gravida med BMI ≥ 30 , varför följande åtgärder erbjuds:

- 1-2 extrabesök tidigt i graviditeten, med fokus på kost och fysisk aktivitet
- Fysisk aktivitet på recept (FaR), se nedan
- Vägning och 5 minuters uppföljande samtal vid samtliga barmorskebesök
- Öppna frågor som samtalsmetod

Dessutom rekommenderas alla kvinnor med BMI ≥ 30 att bära stödstrumpor hela graviditeten samt sex veckor postpartum.

Extra besök hos barnmorska i första eller andra trimestern

Vid inskrivning ska alla kvinnor med fetma (BMI ≥ 30) erbjudas ett eller två extra besök hos barnmorska, förslagsvis i v 12-16. Insatsen bör också erbjudas till kvinnor med övervikt (BMI ≥ 25) om resurser/intresse finns. Besöket inriktas på kartläggning av kost och fysisk aktivitet, information om varför det är viktigt att begränsa viktökning under graviditet, information om lämplig mat och motion, stödstrumpor samt FaR. Bedöm behovet av ytterligare kontakt, hänvisa till VC, Hälsoenk, Hälsoenk mm. Se länkar.

Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

Att utfärda ett recept på fysisk aktivitet är mer effektivt än att "bara informera" om motion. Att öka den fysiska aktiviteten kan bidra till att viktökningen under graviditeten hålls inom hälsosamma gränser, att uppnå ursprungs- eller önskvärd vikt inom ett år efter förlossningen. samt att ge den blivande familjen sunda rörelsevanor. Ta en motionsanamnes och kartlägg vilka former av fysisk aktivitet som kan vara lämpliga/rimliga. Rekommendera att kvinnan registrerar fysisk aktivitet (stegräknare, motionsdagbok etc). Gör en överenskommelse, dokumentera i journal. Skriv recept. Följ upp vid nästföljande besök!

Använd kartlägnings- och informationsmaterial på hemsidan:

<http://intra.narhalsan.se/sv/Primarvarden/Vardrutiner/MHVGYNUM/Modrahalsovard/Modrahalsovard-omrade-M4/Graviditet/Basprogram/>

Kostinformation

Vid inskrivning informerar barnmorska om betydelsen av näringsriktig kost med lämpligt energiinnehåll. Ändrade matvanor kan bidra till att viktökningen under graviditeten hålls inom hälsosamma gränser, att uppnå ursprungs- eller önskvärd vikt inom ett år efter förlossningen samt att ge den blivande familjen sunda matvanor. Ta en kostenamnes och kom överens med kvinnan om vilka förändringar som kan vara lämpliga/rimliga. Rekommendera att kvinnan för matdagbok. Följ upp denna samt kostråden vid kommande besök.

Använd kartlägnings- och informationsmaterial på hemsidan:

<http://intra.narhalsan.se/sv/Primarvarden/Vardrutiner/MHVGYNUM/Modrahalsovard/Modrahalsovard-omrade-M4/Graviditet/Basprogram/>

Tyreoidesjukdom under graviditet och postpartumperiod

narhalsan.se

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Övervikt och fetma under graviditet

Dietist

Erbjud alla kvinnor med BMI ≥ 30 kontakt med dietist. Kvinnor med BMI 25-29, 9 kan erbjudas dietistkontakt utifrån behov och intresse – utforska och kartlägg! Efterhör önskemål om enskilt möte eller i grupp. Matmöten i grupp kan bokas direkt i Obstetrix tidbok. För enskilt dietistbesök skickas konsultationsremiss eller så tar kvinnan kontakt själv (egenremiss).

Bokning av rutinultraljud (RUL)

För kvinnor med BMI ≥ 30 men < 35 vid inskrivningen anges BMI på RUL-remissen, som bokas i Elvis som vanligt. Vid inskrivnings-BMI ≥ 35 rings Antenatalenheten och dubbeltid bokas.

Läkarbesök

Kvinnor med BMI ≥ 40 ska erbjudas läkarbesök i tidig graviditet. Vid besöket informeras om riskökning för komplikationer under graviditet och förlossning som övervikt medför, möjliga strategier för att reducera dessa, risk för framtida sjuklighet samt sunda levnadsvanors betydelse för hälsan, den egna så väl som fostrets/barnets. Informera om att kvinnan kommer att ordineras Fragmin minst sex veckor postpartum (via förlossningsavdelningen).

Remiss Anestesi kliniken

Kvinnor med inskrivnings-BMI ≥ 40 remitteras till anestesi kliniken, KK, SU/Ö, för kännedom och planering av analgesi/narkos vid förlossning eller eventuellt operativt ingrepp. Remissen skrivs av MHV-läkare någon gång efter RUL, förslagsvis ca v 25-28. Om det inte finns skäl att erbjuda ännu ett besök till MHV-läkare, skrivs remissen efter kontakt via söndagslistan.

Förlossning vid SU

Kvinnor med BMI ≥ 35 vid inskrivningen **eller** ≥ 120 kg vid fullgången graviditet informeras om att förlossning sker på Östra sjukhuset. Motiveringen är högre läkarbemanning vid eventuellt behov av kejsarsnitt eller annan intervention.

Tabell åtgärder vid olika BMI-gränser

Pparenteser anger åtgärder som kan erbjudas om resurser/intresse/behov finns

	Extra besök i tidig graviditet	FaR	Vägning vid varje besök	TSH	MHV-läkarbesök	Dietist	Remiss anestesi	Stödstrumpor
Övervikt BMI $\geq 25-29,9$		• bm	(•)			(•)		
Fetma BMI $\geq 30-35$	•	• bm	•			•		•
Extrem fetma BMI ≥ 35	•	• bm	•	•	(•)	•		•
Extrem fetma med hög risk för anestesilogiska komplikationer, BMI ≥ 40	•	• läk	•	•	•	•	•	•

Tyreoidasjukdom under graviditet och postpartumperiod

narhalsan.se

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Övervikt och fetma under graviditet

Bra länkar om levnadsvanor och hälsa

Mödrahälsovården Mat och rörelse:

<http://intra.narhalsan.se/sv/Primarvarden/Vardrutiner/MHVGYNUM/Modrahalsovard/Modrahalsovard-omrade-M4/Graviditet/Basprogram/>

FaR i Göteborg och VGR:

<http://www.narhalsan.se/farteamhsn5>

<http://halsodisken.vgregion.se/sv/Halsodisken/Fysisk-aktivitet-pa-recept-FAR/>

Hälsöarbete i Göteborg och VGR, t ex Hälsotek och Hälsodiskar:

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Halsoarbete-i-din-kommun/>

klicka på den kommun/stadsdel du vill komma till!

Beslutsstöd fetma i VGR:

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma1/>

Folkhälsa i VGR:

<http://www.vgregion.se/hfs>

Broschyrer/foldrar:

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma1/Broschyrer-och-patientinformation/>

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma1/Broschyrer-och-patientinformation/Latta-tips1/>

Socialstyrelsen Levnadsvanor:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19167/2013-8-3.pdf>

Folkhälsoinstitutet Levnadsvanor:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/>

Livsmedelsverket:

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

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

1177 om Mat, Hälsa och Graviditet:

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Halsa/>

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

Tyreoidesjukdom under graviditet och postpartumperiod

narhalsan.se



Övervikt och fetma under graviditet

Bilaga 2

Inskrivnings-BMI			
Beräknat partus enl. RUL			
Civilstånd	1: Sammanboende med barnafadern	2: Ensamstående	3: Annat
Nationalitet			0: Ej journalfört
Svensktalande/Tolkbehov	1: Svensktalande	2: Behov av tolk	3: Engelsktalande
Sysselsättning	1: Heltidsarbetande	2: Deltidsarbetande	3: Arbetsökande/SS*/FL** 4: Studerande
Utbildningsnivå	1: Ingen eller skolgång kortare än 9 år	2: Grundskola/motsvarande	3: Upp till gymnasiet eller motsvarande 4: Universitet/Högskola /Yrkesutbildning
Paritet	1, 2, 3 osv.		
Inskrivningsvikt (kg)			
Vikt registrerad mellan graviditetsvecka 37–40			
Sista vikt registrerad före graviditetsvecka 37			
Total viktförändring under graviditet (kg)			
Antal besök enl. MHV2			
Antal vägningar enl. MHV2			
Graviditetsdiabetes	1: Ja	2: Nej	
Preeklampsi	1: Ja	2: Nej	
Extrabesök erbjudna/bokade	1: Ja	2: Nej	
FaR® erbjudet?	1: Ja	2: Nej	
Dietistkontakt erbjuden?	1: Ja	2: Nej	
Rekommenderad stödstrumpor?	1: Ja	2: Nej	
BMI>40, anestesibedömning gjord?	1: Ja	2: Nej	
Ålder vid partus			
Partus vecka + dag			
Förlossningssätt	1: Vaginalt	2: Instrumentellt	3: Kejsarsnitt
Induktion	1: Ja	2: Nej	
Total blödning (ml)			
Apgar-score			
Födelsevikt (g)			
LGA	1: Ja	2: Nej	
SGA	1: Ja	2: Nej	

*SS=sjukskrivning

**FL=Föräldraledig

