

**Anna Berglund**, med dr, överläkare, kvinnokliniken, Centrallasarettet, Västerås ([anna.berglund@ltvastmanland.se](mailto:anna.berglund@ltvastmanland.se))

**Ingela Rådestad**, barnmorska, med dr, lektor, institutionen för vård och folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola, Västerås

**Ingegerd Hildingsson**, barnmorska, doktorand, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm; adjunkt, institutionen för vård och folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola, Västerås

## Hälsovård för den gravida kvinnan är mer än bara medicinska kontroller

II Den moderna svenska mödrahälsovården organiserades under 1950-talet, då alla kvinnor kostnadsfritt fick tillgång till regelbundna besök hos en barnmorska. Ett snabbt implementerande av nya diagnos- och behandlingsmetoder samt en ambition att alla kvinnor skulle få ta del av dem utgjorde grunden för vården. Den utbyggda mödrahälsovården för alla bidrog starkt till att Sverige tidigt kunde visa låga siffror på perinatal dödlighet, siffror som många länder, bl a USA, ännu inte är i närheten av.

I rapporten »Hälsovård, före, under och efter graviditet«, utgiven 1996 av Socialstyrelsen rekommenderas nio besök för förstföderskor och åtta för omföderskor för övervakning av en okomplicerad graviditet. Det innebar en reduktion med fyra till fem besök jämfört med tidigare svenska basprogram. Kvalitetsregistret för mödrahälsovård, som samlar individbaserade uppgifter från mödravårdscentralerna i landet, visar att drygt 40 procent av de blivande mödrarna kommer att följa basprogrammet, medan övriga blir föremål för extraåtgärder. År 1999 var medelantalet besök för förstföderskor elva, för omföderskor drygt tio.

Kvalitetsregistret för mödrahälsovård beskrivs närmare på <http://www.sfog.se>.

Förändringar i samhället ställer vården inför nya problem, men också nya möjligheter. Svenska kvinnor blir allt bättre utbildade, och tillkomsten av Internet ger förutsättningar för en snabb kunskapsförmedling. Samtidigt får vi ett ökande antal kvinnor med utländsk bakgrund hos vilka kunskapsnivå, kultur och språk kan skilja sig från den hos dagens administratörer av mödrahälsovården. För fortsatt framgång måste vi också regelbundet ställa oss frågan hur mödrahälsovårdens effektivitet kan vidmakthållas eller förbättras utan onödig kostnadsökning.

### Nya studier belyser graviditetsövervakningen

I Läkartidningen 1–2/02 presenterades två studier som behandlar hälsovård under graviditet: Elisabeth Darjs och Gunnilla Lindmarks svenska studie indikerar att mödravården kanske inte alltid når dem som skulle ha störst nytta av den [1]; Leiv Bakketeig antyder i sitt referat av en stor internationell studie att kostnaderna kan minskas utan att den medicinska effektiviteten försämras [2].

### SAMMANFATTAT

Det tycks finnas grupper i samhället som inte utnyttjar mödravården till fullo. En svensk studie fäster uppmärksamheten på att unga mammor, kvinnor med många barn och framför allt kvinnor av utländsk härkomst oftare än andra kommer sent till mödravården.

En WHO-studie visar att antalet rutinkontroller kan reduceras väsentligt utan att den medicinska säkerheten äventyras.

Båda studierna manar till eftertanke. Hur skall vi motivera alla kvinnor att vända sig till mödravården för en adekvat övervakning? Vilka riskgrupper är det särskilt viktigt att uppmärksamma?

Antalet rutinbesök tycks kunna reduceras sett ur enbart medicinsk synvinkel, men vad innebär det för kvinnornas och familjernas välbefinnande och tillfredsställelse med vården?

Darj och Lindmark redovisar ett svenskt material ingående i en kartläggning av mödrahälsovården i 17 europeiska länder [3]. Adekvat utnyttjande av mödravården definierades som inskrivning före 16:e graviditetsveckan och fler än tre besök för övervakning av graviditeten. I medeltal fick 87,4 procent av kvinnorna i de deltagande länderna adekvat graviditetsövervakning. Finland hade störst andel kvinnor med fullgod mödravård (96,9 procent), följt av Sverige (94,4 procent). En faktor av betydelse för Finlands höga siffra är troligen att kvinnorna där får en kontant graviditetsersättning vid registrering på mödravårdscentralen före 16:e graviditetsveckan.

I tio länder, däribland Sverige, gjordes en fördjupningsstudie med intervjuer av de kvinnor som enligt definitionen inte fått adekvat mödravård. I det svenska materialet fann man att låg ålder hos kvinnan, många tidigare graviditeter samt ut-

ländsk härkomst ökade sannolikheten för att kvinnan inte utnyttjade mödravården adekvat [1].

Den vanligaste orsaken till att mödravården klassades som inadekvat var att kvinnan skrivit in sig senare än vecka 16, men de flesta kvinnorna i det svenska materialet kom ändå till mödravården före vecka 20. I en västerländsk population innebär detta knappast någon allvarlig risk. Det är emellertid intressant att det var så tydligt vilka grupper som avvek från mönstret.

Leiv Bakketeig sammanfattar en randomiserad studie i Argentina, Kuba, Saudiarabien och Thailand omfattande 24 500 kvinnor. Ett nytt övervakningsprogram med fyra besök jämfördes med standardmodellen i de deltagande länderna (åtta besök i median). Man fann ingen skillnad i de studerade utfallen avseende låg födelsevikt, preeklampsi/eklampsi, anemi post partum eller behandlingskrävande urinvägsinfektion under graviditeten [4]. Den nya modellen medförde lägre kostnader. Bakketeig menar att denna och tidigare studier av reducerade övervakningsprogram [5] visar möjligheter till besparingar utan kvalitetsförsämring även inom nordisk mödravård [2].

### Vad vill kvinnorna själva?

Kvinnors önskemål om hur ofta de vill komma till mödravården finns dokumenterade i en svensk nationell studie, där data insamlades år 1999–2000. Projektet, som benämns »Kvinnors Upplevelse av Barnafödande» (KUB), kommer bli att ge data om kvinnors förväntningar på och erfarenheter av vården under graviditet och förlossning.

Av 3 061 kvinnor, gravida i vecka 15 (median), angav 700 (23 procent) att de önskade fler besök än de som erbjuds inom basprogrammet, medan 207 (7 procent) önskade färre besök; övriga ville följa basprogrammet. För förstföderskor var en önskan om fler besök associerad med ålder (yngre än 25 år), tidigare infertilitet/assisterad befruktning och missfall. Bland omföderskorna önskade de med tidigare genomgången missfall/dödfödelse samt de som haft en negativ upplevelse av tidigare förlossning fler besök under graviditeten. Förstföderskor som önskade färre besök var oftare äldre än 35 år och angav att den aktuella graviditeten kom olämpligt. För omföderskor fanns ett samband mellan en önskan om färre besök, att man tidigare hade fött fler än två barn och att man angav att den aktuella graviditeten kom olämpligt i tiden [6]. I studien inkluderades inte kvinnor som hade bristfälliga kunskaper i svenska språket.

Studien konfirmerar data från Darjs och Lindmarks studie att flera graviditeter är associerat med en önskan om färre besök.

### Mödravården har också ett bredare ansvar

Inte bara medicinska åkommor påverkar graviditetens utfall. På senare år har betydelsen av att tidigt identifiera psykologiska och sociala riskfaktorer uppmärksamats, eftersom man vet att exempelvis depression hos modern påverkar barnets utveckling på lång sikt [7]. Att, som Rydén och Wickberg rekommenderar, ställa dessa frågor i fokus genom att införa två inskrivningsbesök – ett koncentrerat på provtagning och medicinska faktorer och ett med fokus på livsstilsfrågor, tidigare psykiska sjukdomar och kartläggning av kvinnans sociala nätverk – kan vara både en möjlighet att stärka kvinnors anpassning till graviditeten och en hjälp att förändra levnadsvanor som kan förbättra både moderns och barnets hälsa [8].

Varken Darjs och Lindmarks studie eller KUB-studien har inkluderat kvinnor med bristande kunskaper i svenska språket [1, 6]. Birgitta Essén och medarbetare har emellertid helt ägnat sig åt kvinnor med en annan kulturell bakgrund än den svenska. De visar ett försämrat utfall i mortalitet och morbi-

*Inte bara medicinska åkommor påverkar graviditetens utfall. På senare år har betydelsen av att tidigt identifiera psykologiska och sociala riskfaktorer uppmärksamats, eftersom man vet att exempelvis depression hos modern påverkar barnets utveckling på lång sikt. Att motivera de kvinnor som idag inte självklart söker sig till mödravården är kanske den största utmaningen.*

ditet hos barnen till kvinnor med ursprung från Afrikas horn som bor och föder sina barn i Sverige. Deras slutsats är att mödrahälsovården har en viktig pedagogisk uppgift i att diskutera olika syn på hälsosamma vanor under graviditeten och förbereda dessa kvinnor för den västerländska traditionen i förlossningsvården [9, 10].

De svenska studierna talar för att mödrahälsovården kan utvecklas för att bättre möta de individuella behov som kan finnas hos tonårsmammor, hos dem som har flera barn, hos kvinnor med erfarenheter av infertilitet, missfall/dödfödda barn eller dålig förlossningsupplevelse samt hos kvinnor med annan kulturell bakgrund än den svenska.

## Hur många besök behövs?

Ingen studie har hittills kunnat svara på hur många besök som är optimalt för den medicinska övervakningen, men mycket talar för att man genom att dels definiera målet för de olika besöken, dels koncentrera sig på effektiva åtgärder kan reducera antalet besök med bibehållen diagnostisk säkerhet.

Man kan känna tvivel inför att resultat från en studie i geografiska områden med en lägre utbildningsnivå, mindre spridd medicinsk teknologi och högre perinatal dödlighet skulle kunna ha någon giltighet för vårt land. WHO-studien är dock stor och väl förberedd [11]. Trots att den samlade material från miljöer som skiljer sig från varandra både socioekonomiskt och kulturellt blev resultatet att den nya modellen fungerade bra i jämförelse med standardmödravården i alla de deltagande länderna. En metaanalys som inkluderade randomiserade studier både i västerländsk miljö och från låginkomstländer, utförd av forskarna i WHO-studien, visar också att man med bibehållen medicinsk säkerhet kan avsevärt minska antalet rutinkontroller för kvinnor utan riskfaktorer [5].

WHO-studien kan således inte avfärdas som irrelevant för svenska förhållanden trots olikheter såväl i kvinnornas hälsotillstånd som i inriktning och organisation av vården. Den inbjuder till kritiskt funderande kring den vetenskapliga grunden för de olika åtgärder som ingår i en graviditetsövervakning.

## De flesta var nöjda med vården

Vid utvärdering av tillfredsställelsen med programmet i WHO-studien var både kvinnor och vårdgivare positiva till den nya modellen. Över 90 procent av kvinnorna var nöjda med båda programmen och skulle rekommendera dem till andra, men fler kvinnor som sköttes enligt den nya modellen uttryckte ångslan över tidpunkten för besöken och avståndet mellan dem. Fler kvinnor i det nya programmet remitterades till en högre vårdnivå, vilket kanske är ett uttryck för vårdgivarnas oro över reduktionen av antalet besök [4].

I en engelsk studie där kvinnorna randomiserades individuellt till ett reducerat program för graviditetsövervakning rapporterades att kvinnorna i försöksgruppen var mindre tillfredsställda med vården och oroligare över barnets hälsotillstånd och sin förmåga att ta hand om det än kvinnorna i kontrollgruppen [12]. En uppföljande studie två och ett halvt år senare kunde dock inte visa några negativa långtidseffekter på förhållandet mellan mor och barn [13]. I en randomiserad studie av graviditetsövervakning, där kvinnorna själva fick bestämma hur många besök de ville ha förutom ett reducerat basprogram, fann man att kvinnorna i försöksgruppen oftare tyckte att de hade haft för få kontakter med mödravården än kvinnorna i det traditionella programmet [14].

## Tänk efter – före!

Det är rimligt att begära att förändringar som motiveras av kostnadssänkningar skall bygga på hälsoekonomiska studier,

inte på enkla antaganden om ett linjärt samband mellan antalet rutinbesök under graviditeten och samhällets totala kostnad för mödrahälsovård, i vilken även en eventuell ökning av vårdkonsumtionen utanför mödrahälsovården på grund av oro måste räknas in.

I flera av de ovan refererade studierna har kvinnorna faktiskt uttryckt en önskan om fler besök. Mot bakgrund av att svensk mödrahälsovård är så väl inarbetad bör en förändring av nuvarande praxis ske eftertänksamt, stegvis och med en noggrann dokumentation av effekterna. Den stora andelen kvinnor som är beredda att ge information via enkäter ger goda möjligheter att utöka kunskapen.

Basprogrammet bör utgöra en grund för övervakningen och omfatta medicinska och psykosociala screeningundersökningar, som i så hög grad som möjligt bör vara evidensbaserade. Utifrån resultatet av dessa undersökningar och med hänsyn till önskemål och behov bör sedan vården anpassas individuellt.

Att motivera de kvinnor som idag inte självklart söker sig till mödrahälsovården är kanske den största utmaningen.

## Referenser

1. Darj E, Lindmark G. Mödrahälsovården utnyttjas inte av alla gravida kvinnor. Språksvårigheter och rädsla för undersökningen vanliga orsaker. *Läkartidningen* 2002;99(1-2):41-4.
2. Bakkeiteig L. Kan kvinder klare seg uten så mange svangerskapskontroller? *Läkartidningen* 2002;99(1-2):45.
3. Delvaux T, Buekens P. Disparity in prenatal care in Europe. Study group on barriers and incentives to prenatal care in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;83(2):185-90.
4. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357(9268):1551-64.
5. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Muford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357(9268):1565-70.
6. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:118-25.
7. Sydsjö G. Psykosociala riskgraviditeter och deras utfall [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 1992.
8. Rydén B, Wickberg B. Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid. En metod för mödrahälsovården. Göteborg: Folkhälsosekretariatets skriftserie; 1997.
9. Essén B, Johnsdotter S, Hovelius B, Gudmundsson S, Sjöberg NO, Friedman J, et al. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *Br J Obstet Gynecol* 2000;107(12):1507-12.
10. Essén B, Hanson BS, Östergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(9): 737-43.
11. Donner A, Piaggio G, Villar J, Pinol A, al-Mazrou Y, Ba'aqeel H, et al. Methodological considerations in the design of the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998;12 Suppl 2:59-74.
12. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996;312:546-53.
13. Clement S, Candy B, Sikorski J, Wilson J, Smeeton N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow up of participants in a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(4):367-70.
14. Jewell D, Sharp D, Sanders J, Peters TJ. A randomised controlled trial of flexibility in routine antenatal care. *Br J Obstet Gynecol* 2000;107(10):1241-7.