



Baby-friendly Hospital i Lojo

-En presentationsvideo

Laura Törnroos

Sonja Österberg

Examensarbete

Barnmorska

2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska 2015
Identifikationsnummer:	18985 & 18958
Författare:	Laura Törnroos & Sonja Österberg
Arbetets namn:	Baby-friendly Hospital i Lojo. - En presentationsvideo
Handledare (Arcada):	Petra Ekman
Uppdragsgivare:	HNS Lojo sjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>Mycket av den information förlossningsenheter erbjuder gravida kvinnor eller familjer ligger nuförtiden tillgängligt på internet. Det här examensarbetet är ett beställningsarbete för Lojo sjukhus, avdelning 2, i form av en presentationsvideo av förlossningsjukhuset som beskriver vårdstigen för den gravida kvinnan vid Lojo sjukhus. Syftet med arbetet är att skapa en presentationsvideo som ska finnas på nätet. Den skriftliga delen av examensarbetet har som frågeställning <i>Hur skapar man en video som ökar medvetenheten om vad Baby-friendly Hospital är?</i> Metoden är produktutveckling. Bakgrunden till <i>Baby-friendly Hospital initiativet</i> har stått som grund till arbetet tillsammans med begreppen <i>hälsofrämjande</i> och <i>amning</i>. Den teoretiska referensramen utgår från Health Literacy som ett teoretiskt perspektiv när det gäller att framställa en presentationsvideo över Baby-friendly Hospital verksamheten i Lojo sjukhus. Ringsbergs (2014) riktlinjer om health literacy har tagits i beaktande. Forskningsfrågan har besvarats i det teoretiska perspektivet och resultatet beskrivs med hjälp av teorin om systemfaktorer och tolv steg till att skapa informationsmaterial (Wizowski 2014). Produkten av detta examensarbete är en 8 minuter lång presentationsvideo, <i>Vägen till förlossning vid Lojo sjukhus</i>, som med hjälp av en barnmorska på Lojo sjukhus visar vårdstigen för en gravid kvinna. Presentationsvideon är uppbyggd så att barnmorskan tillsammans med en berättarröst visar verksamheten på avdelning 2 genom att berätta och visa utrymmena i kronologisk ordning: mödrapolikliniken, förlossningssalarna, övervakningsenheten för nyfödda samt BB-vårdavdelningen. Presentationsvideon har skapats med hjälp av riktlinjer som uppdragsgivaren lagt upp och tillsammans med barnmorskor vid Lojo sjukhus har innehållet framarbetats. Uppdragsgivaren har också fått ta del av den färdigklippta videon och kunnat påverka den slutliga presentationsvideon.</p>	
Nyckelord:	Förlossningsverksamhet, presentationsvideo, gravidas vårdstig, produktutveckling, HUS Lojo sjukhus, health literacy, Baby-friendly hospital initiativet, hälsofrämjande, amning.
Sidantal:	47 + presentationsvideo
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	1.11.2017

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Barnmorska 2015
Identification number:	18985 & 18958
Author:	Laura Törnroos & Sonja Österberg
Title:	Baby-friendly Hospital in Lohja – A presentations video
Supervisor (Arcada):	Petra Ekman
Commissioned by:	HUS Lohja Hospital
<p>Abstract:</p> <p>Much of the information provided by delivery hospitals to expecting women and their families can be found on the Internet. This degree thesis is an indent by Lohja Hospital, ward 2, and it comes in the form of a presentations video that describes the care of the expecting mother in different stages of pregnancy – starting from the maternity outpatient clinic to delivery and care on a postnatal ward. The aim of the thesis was to create a video that will be displayed on the Lohja Hospital’s webpage. The study object of the written part of the thesis is “How to create a video that increases awareness of Baby-friendly Hospital”. The method used is product development. The background of the thesis consists of theory of the Baby-friendly hospital initiative, breastfeeding and health promotion. The starting point for the theoretical framework of the study is the concept of Health Literacy that is used to create the presentations video. The guidelines for Health literacy by Ringsberg (2014) has been taken into notice. The research question has been answered in the theoretical framework and the findings are described with aid from the theory of system factors and the 12 steps for producing information material (Wizowski 2014). The outcome of this thesis is an 8-minute long presentations video that describes the care during pregnancy and delivery with the assistance of a midwife. The video is built up in a way where there is a midwife together with a storyteller’s voice illustrating the operation of Ward 2 by telling and showing the facilities in a chronologic order: maternity outpatient clinic, delivery ward, neonatal ward and postnatal ward. The presentations video has been created based on guidelines from Lohja Hospital, and together with midwives from Lohja Hospital has the contents been formed. The principal has also had a say in the final version of the video and thereby had the opportunity to influence the outcome.</p>	
Keywords:	Deliveries, presentations video, the care of the pregnant, product development, HUS Lohja Hospital, health literacy, Baby-friendly hospital initiative, health promotion, breast-feeding
Number of pages:	47 + presentations video
Language:	swedish
Date of acceptance:	1.11.2017

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Barnmorska 2015
Tunnistenumero:	18985 & 18958
Tekijä:	Laura Törnroos & Sonja Österberg
Työn nimi:	Baby-friendly Hospital Lohjalla - esittelyvideo
Työn ohjaaja (Arcada):	Petra Ekman
Toimeksiantaja:	HUS Lohjan Sairaala
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Suuri osuus synnytyssairaaloiden synnyttäjille ja heidän perheilleen tarjoamasta tiedosta löytyy internetistä. Tämä opinnäytetyö on tilaustyö Lohjan sairaalalta, osasto 2:lta, ja se on toteutettu esittelyvideon muodossa, joka kuvaa synnyttäjän polkua Lohjan Sairaalassa. Työn tarkoituksena on tehdä esittelyvideo, joka löytyy netistä. Työn kirjallisen osuuden tutkimuskysymyksenä on ”Kuinka luoda video, joka lisää tietoisuutta Baby-friendly Hospital -toiminnasta”. Tutkimusmenetelmänä on tuotekehitys. <i>Baby-friendly Hospital</i> –aloitteen tausta sekä käsitteet <i>terveydenedistäminen</i> ja <i>imetys</i>, ovat olleet työn perustana. Teoreettinen viitekehys perustuu Health Literacyyn teoreettisena lähtökohtana, kun tarkoituksena on tuottaa esittelyvideo Baby-friendly –toiminnasta Lohjan Sairaalassa. Ringbergin (2014) suuntaviivat health literacysta on otettu huomioon. Tutkimuskysymykseen on vastattu teoreettisessa viitekehyksessä ja tulos kuvataan systemaattisten tekijöiden sekä 12 askeleen informaatiomateriaalin luomisprosessin avulla (Wizowski 2014). Työn tulos on 8-minuuttinen esittelyvideo, <i>Synnyttäjän polku Lohjan sairaalassa</i>. Esittelyvideo on toteutettu niin, että kättilö yhdessä kertojan kanssa esittelee toimintaa Osasto 2:lla kertomalla ja näyttämällä tiloja kronologisessa järjestyksessä: äitiyspoliklinikka, synnytyssalit, vastasyntyneen valvontaosasto sekä lapsivuodeosasto. Esittelyvideo on luotu toimeksiantajan antamien ohjeiden pohjalta yhteistyössä Lohjan Sairaalan kättilöiden kanssa. Toimeksiantaja on myös saanut osallistua videon sisällön hiomiseen ja näin pystynyt vaikuttamaan lopulliseen esittelyvideoon.</p>	
Avainsanat:	Synnytykset, esittelyvideo, synnyttäjän polku, tuotekehitys, HUS Lohjan Sairaala, Health literacy, Baby-friendly hospital –aloite, terveydenedistäminen, imetys
Sivumäärä:	47 + esittelyvideo
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	1.11.2017

INNEHÅLL

1	Inledning	8
2	Syfte och frågeställning	9
3	Bakgrund och centrala begrepp.....	10
3.1	Baby-friendly Hospital initiativet.....	10
3.2	Hälsöfrämjande.....	14
3.3	Amning	17
3.4	Sammanfattning av bakgrunden.....	23
4	Teoretiskt perspektiv.....	24
4.1	Health och Literacy – definitioner av orden.....	24
4.2	Health Literacys ursprung	25
4.3	Health Literacy, förmågan hos befolkningen att ta till sig hälsorelevant information ...	26
5	Metod.....	28
5.1	Existerande patientinformation inom BFHI-certifierade sjukhus i Finland.....	28
5.2	Produktutveckling.....	30
6	Kontakten med uppdragsgivaren	33
6.1	Instruktioner från Lojo sjukhus.....	34
7	Etiska reflektioner.....	35
8	Resultat	36
8.1	Hur teorin om systemfaktorer och tolv steg till att skapa informationsmaterial syns i slutprodukten.....	37
8.2	Inspelningen och tekniken.....	39
9	Diskussion och kritisk granskning.....	40
	Källor	43
	Bilagor	48
	Bilaga 1: Tio steg till lyckad amning	
	Bilaga 2: Tabell över materialinsamling	
	Bilaga 3: Instruktioner för presentationsvideo, Lojo sjukhus	
	Bilaga 4: Manus på svenska och på finska	
	Bilaga 5: Presentationsvideo	

Figurer

Figur 1. Personliga faktorer och systemfaktorer som inverkar på health literacy. (Wizowski et al. 2014 s.19).....	27
Figur 2. 12 steg till att utveckla informationsmaterial för patienter (Wizowski et al. 2014 s.79).....	333

FÖRORD

Detta examensarbete har kommit till genom en beställning från DeDiWe och Lojo sjukhus. Under en FUI-dag på Arcada i Helsingfors, hösten 2016, fick vi information om en beställning på en presentationsvideo/ett examensarbete över Lojo sjukhus förlossningsverksamhet. Uppdragsgivaren tänkte sig att 1-2 barnmorskor samt en mediestuderande skulle göra examensarbetet. Vi fattade intresse för uppgiften. I februari 2017 startade processen genom att vi åkte till Lojo sjukhus för att bekanta oss med avdelning 2. Vi upptäckte under arbetets gång att det inte är alldeles enkelt att både skriva ett examensarbete samt filma en video under begränsad tid. Inspelningen av videon gjordes under 1,5 dag i slutet av maj 2017.

Vi vill tacka uppdragsgivaren Lojo sjukhus och framför allt vår handledare/kontaktperson på sjukhuset biträdande avdelningsskötare, barnmorska Sari Mäkelä för gott samarbete samt barnmorska Laura Zwegberg som medverkar i presentationsvideon. Dessutom tackar vi vår handledare vid Arcada, Petra Ekman.

Tack till mediestuderande Freddie Andersson som ställde upp som fotograf under inspelningsdagarna i Lojo.

Vi tackar även medieavdelningen vid Arcada för den tekniska assistansen med postproduktionen som behövdes: framförallt tack till Emil Soinen för ljudpostproduktionen samt tack till lärarna Klaus Grabber och Niclas Hallgren.

Helsingfors i oktober 2017

Laura Törnroos

Sonja Österberg

1 INLEDNING

Detta arbete är ett projekterat examensarbete för Lojo Sjukhus och DeDiWe. DeDiWe står för The Developer of Digital Health and Welfare Services och är ett projekt med samarbetspartners från Finland, Estland och Lettland. Projektet ska stöda studeranden och professionella att i det framtida yrket utveckla fungerande elektronisk hälsoservice, även kallad e-Health service. DeDiWe består av studeranden från olika branscher som bedriver multiprofessionellt samarbete. De representerade branscherna är IT, social och hälsovård samt ekonomi. (Arcada 2017)

Lojo sjukhus beviljades år 2015 Baby-friendly Hospital certifikatet av WHO och Unicef. Baby-friendly hospital initiativet är ett globalt program av Unicef och WHO (2009) som syftar till att skydda, befrämja och stöda amning på förlossningssjukhus där gravida, föderskor, kvinnor som har fött och barn i amningsålder vårdas. Initiativet innehåller tio steg till lyckad amning för sjukhus som vill få Baby-friendly Hospital –certifikatet (se bilaga).

I detta arbete kommer vi först att gå igenom centrala teman som babyvänlighet och amning och även ta upp en del teori om hälsofrämjande, eftersom de ovannämnda aktiviteterna har med begreppet att göra. Själva slutprodukten kommer att vara en 8 min lång presentationsvideo om förlossningsverksamheten på Lojo sjukhus där babyvänligheten och stöddandet av amning är i en central roll. Meningen är att Lojo sjukhus får en informativ video för gravida kvinnor och deras anhöriga som sjukhuset kan ha på sina nätsidor. Även andra intressegrupper kan bekanta sig med sjukhuset och deras tjänster via videon.

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Respondenterna vill med detta examensarbete öka medvetenheten om vad Baby-friendly Hospital verksamheten går ut på och visa hur den syns i Finland. I examensarbetet beskrivs den hälsofrämjande delen av ammandet som en del av Baby-friendly hospital initiativet. Dessutom lyfter respondenterna fram förmågan hos befolkningen att ta till sig hälsorelevant information. Syftet med examensarbetet är att skapa en presentationsvideo som också är slutprodukten. Presentationsvideon visar Baby-friendly Hospital verksamheten vid Lojo sjukhus.

Det skriftliga examensarbetet har som frågeställning:

* Hur skapar man en video som ökar medvetenheten om vad Baby-friendly Hospital är?

3 BAKGRUND OCH CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel tar respondenterna upp bakgrunden till Baby-friendly Hospital initiativet och beskriver de centrala begreppen. Baby-friendly Hospital är i högsta grad en *hälsofrämjande* insats som handlar om att främja och skydda *amning*. I svenskan används det engelska uttrycket *Baby-friendly Hospital* initiativet medan finskan använder sig av *Vauvamyönteisysohjelma* i dess olika bemärkelser. Respondenterna använder i arbetet det engelska uttrycket Baby-friendly Hospital eller förkortningen BFH.

3.1 Baby-friendly Hospital initiativet

Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) inleddes år 1991-1992 och är ett initiativ av Unicef och WHO som har till syfte att skydda, befrämja och stöda amning. I dagens läge har redan 156 länder bedömt sina sjukhus enligt Baby-friendly kriterier och har åtminstone ett sjukhus som har beviljats BFHI-certifikatet. BFHI har nio internationella, operativa områden som strävar efter att nå en situation där barnet helammas i sex månader från födelsen och delamning fortsätter tills barnet har fyllt två år. Samtidigt skall uppmärksamhet fästas vid stöd för användning av modersmjölksersättning, mödrarnas nutrition och insatser i samhället. (WHO & Unicef 2009 s. 9)

Bakgrunden till BFHI var den minskade amningsfrekvensen under 1970-talet och en kraftig samtida industriell marknadsföring av modersmjölksersättning som i utvecklingsländer förorsakade bland annat små barns näringsbrist, diarrésjukdomar och spädbarnsdödlighet i stor omfattning. I större internationella organisationer kunde man också identifiera betydelsen av amning för att befrämja små barns hälsa och förebyggande av undernäring. Ett viktigt beslut för att skydda amningen gjordes 1981 då man på en WHO konferens godkände en internationell marknadsföringskod för modersmjölksersättning. Avsikten med denna kod var att skydda amningen genom att kunna reglera marknadsföring av modersmjölksersättning. (Puska et al. 2009 s.48)

BFHIs nio internationella operativa områden är att, (fritt övers.):

1. Nominera en nationell amningskoordinator och etablera en amningskommitté.
2. Försäkra sig om att varje anstalt som är i kontakt med mödrar och gravida följer *tio steg till lyckad amning*.
3. Vidta åtgärder för att följa *den internationella koden för marknadsföring av modersmjölksersättning*¹ och andra påföljande, relevanta beslut av World Health Assembly.
4. Stifta lagar för att skydda rätten till amning hos arbetande kvinnor.
5. Utveckla, initiera, följa upp och värdera en omfattande policy kring alla aspekter av näringen hos det nyfödda/unga barnet.
6. Se till att hälsovårdssystemet och andra relevanta sektorer skyddar, befrämjar och stöder helamning under sex månader och fortsatt amning tills barnet är minst två år gammalt. Samtidigt ska kvinnor få stöd för denna målsättning från familjen, samhället och arbetsplatsen.
7. Befrämja lämplig, tillräcklig, trygg och ändamålsenlig kompletterande näring utöver amning.
8. Erbjuder handledning i nutrition av nyfödda och unga barn i särskilt svåra situationer som t.ex. vid nödsituationer, exempelvis föräldrars HIV infektion.
9. Överväga behovet av nya lagar eller förordningar för att effektivisera principerna och syftet i den internationella koden för marknadsföring av modersmjölksersättning och andra påföljande, relevanta beslut av World Health Assembly.

(WHO & Unicef 2009 s. 9)

Baby Friendly Hospital initiativet i Finland

Det första nationella programmet för att befrämja amning i Finland publicerades 1994 med det finska namnet *Vauvamyönteisysohjelma*. Det var Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, även kallad Stakes som bearbetade WHO:s Baby

¹ Den internationella koden för marknadsföring av modersmjölksersättning är ursprungligen från år 1981 och den syftar till att skydda amning genom att reglera marknadsföring kring ersättningsmjölksprodukter. (WHO, Unicef 2009 s. 49)

Friendly Hospital initiativ. Det nationella programmet var främst ämnat för förlossnings-sjukhus. På 1990-talet fick befrämjandet av amning inte nationellt stöd och man utformade inga strukturer utan det var några aktiva organisationer och individer som arbetet föll på. Programmet fick nytt uppsving i början av 2000-talet då man märkte att amningen offentligt behövde främjas. (Puska et al. 2009 s. 21-22, 48-51)

I slutet av 2006 utsåg Folkhälsoinstitutet en expertgrupp som resulterade i rapporten: Åtgärdsprogram för befrämjande av amning på nationell nivå, Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma. Denna rapport blev det första omfattande åtgärdsprogrammet i Finland för befrämjande av amning. Folkhälsoinstitutet och Stakes förenades 1 januari 2009 och kallas nuförtiden för Institutet för hälsa och välfärd, Terveystieteiden tutkimuskeskus, THL. Den första centrala åtgärden inom det nationella programmet var att ge ut 10 steg till lyckad amning på finska, det skedde redan 1994. Den andra avgörande åtgärden inom programmet är att med en internationellt enhetlig utbildning utbilda hälsovårdspersonal i Baby-Friendly Hospital verksamheten. (Puska et al. 2009 s. 21-22, 48-51)

År 2008 fanns det 34 förlossningssjukhus i Finland där sammanlagt 2055 personer arbetade som vårdpersonal. En expertgrupp inom amning skickade ut en enkät till alla förlossningssjukhus i Finland för att reda ut hur det nationella programmet tagits emot. Med enkäten ville man också undersöka befrämjandet av amning och personalens kunskap om amning på avdelningarna. Samtliga 34 sjukhus besvarade enkäten. Alla förlossningsenheter hade utarbetat en skriftlig åtgärdsplan över hur man skulle befrämja amning men bara 44 % av förlossningsenheterna arrangerade regelbunden kompletteringsutbildning för att befrämja amning. Inom BFH-programmet är det viktigt med utvärdering av utbildning som arrangeras och som är en förutsättning i BFH-programmet. Den tredje bidragande faktorn är det internationella Baby-friendly Hospital certifikatet. År 2009 hade fyra sjukhus fått certifikatet i Finland. De sjukhusen var Västra Nylands sjukhus (1996), Ekenäs; Keski-Suomen keskussairaala (1997), Jyväskylä; Vammala sjukhus (1999), Tammerfors och Salo sjukhus (2002). Enligt WHO och Unicef borde man göra en ny omvärdering vart tredje år vilket ses som en utmanande uppgift i Finland. (Puska et al. 2009 s. 21-22, 48-51)

Av de fyra sjukhusen har ännu Keski-Suomen keskussairaala i Jyväskylä förlossningsenhet år 2017. Ekenäs, Salo och Vammala förlossningsenheter är nedlagda och förlossningarna är koncentrerade till andra sjukhus. (Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2017, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017, Raseborgs stad 2017, Yle Uutiset 2013)

I Finland är BFH-certifikatet i kraft i 5 år varefter sjukhuset på nytt måste be om en ny värdering (HNS 2015). THL:s rapport ger den bilden av att det i Finland ännu krävs en hel del arbete för att befrämja BFH-initiativet. Då förlossningsenheter läggs ner skapar det ännu mera press på de resterande förlossningsenheterna att nå upp till WHO:s direktiv för ett babyvänligt sjukhus.

År 2017 hade fyra sjukhus ett Baby-friendly Hospital certifikat som var i kraft: Lojo sjukhus, 2015; Hyvinge sjukhus, 2015; Vasa centralsjukhus, 2013; Barnmorskeinstitutet, 2010 och 2015. (THL 2017)

Baby-friendly Hospital i de nordiska länderna

Sverige är en föregångare i BFH-initiativet och fattade beslutet att implementera BFHI-programmet i sina förlossningssjukhus år 1993, vilket ledde till att tills slutet av år 1996 hade alla 65 förlossningssjukhus i landet beviljats BFHI-certifikatet. Från att BFHI implementerades har antalet helammade barn i sexmånadsåldern stigit från 50 % till 73 % år 2005. Idag utgör de allt kortare vårdtiderna en ny utmaning för BFHI eftersom man inte på samma sätt som tidigare har tid att garantera att mammorna är ordentligt insatta i amningen när de utskrivs från förlossningssjukhuset. I Sverige har man därmed konstaterat att det skulle krävas ett eget initiativ för att främja amning i den antenatala och postnatala verksamheten på mödravårdscentraler. (Hofvander 2005)

I Norge hade man som i Sverige märkt att BFHI borde överföras även till den antenatala och postnatala vården. För att kunna öka helamningsfrekvensen gjorde man en undersökning hur insatser i den kommunala hälsovården kunde påverka amningen. I denna studie kom man fram till att Baby-friendly interventionen i primärvården hade påverkat mammornas villighet att helamma så att 17,9% av de mammor som fått Baby-friendly vård på rådgivningen helammade tills barnet var 6 månader gammalt jämfört med

kontrollgruppen där helamningsfrekvensen hos mammor med 6-månader gamla barn var 14,1 %. (Bærug et al. 2016)

3.2 Hälsöfrämjande

De centrala begreppen inom Baby-friendly Hospital initiativet som respondenterna beskriver är *hälsöfrämjande* och *amning*. Befrämjandet av amning ses som en hälsöfrämjande ståndpunkt och de båda begreppen samverkar starkt med varandra. Därför har respondenterna valt de här två begreppen. För att kunna tillverka en informativ video med hälsöfrämjande innehåll är det väsentligt att veta vad hälsöfrämjande betyder.

I detta kapitel beskrivs begreppet hälsöfrämjande.

Det finns olika sätt att kategorisera begreppet hälsöfrämjande. Hälsöfrämjande kan användas som ett paraplybegrepp för olika handlingar, tillstånd som kan botas, motarbetas, hjälpas eller främjas. Dessutom kan hälsöfrämjande tjäna som målsättning vid processer och strategier på olika nivåer. Ordet har kopplats ihop med begrepp som t.ex. hälsöfrämjande arbete, vaccination, positiv hälsa, amning, mödrahälsovård, helhetssyn, barnhälsovård osv. En del begrepp är dock gemensamma för teoretiker från Australien, Nordamerika, Skandinavien samt Europa, och dessa är hälsa, helhetssyn, empowerment, coping, samverkan, stödjande miljö och prevention. Medan man använder hälsöfrämjande som ett paraplybegrepp så definierar eller problematiserar man inte egentligen själva begreppets ontologi, utan i stället definierar man begreppet utifrån sådana åtgärder som kan genomföras för att främja hälsa. (Medin & Alexandersson 2000 s. 107-108)

Hälsöfrämjande som paraplybegrepp

Hälsöfrämjande kan förklaras som ett paraplybegrepp för olika faktorer som anses bidra till en människas hälsa. Man kan även säga att alla handlingar som bidrar till att främja människans hälsorelaterade handlingar är hälsöfrämjande. Hälsöfrämjande handlar om olika typer av stödaktiviteter som utbildning och t.ex. politisk och företagsmässigt stöd för ett hälsosamt liv. Arbetsfälten inom hälsöfrämjande verksamhet kan delas i förebyggande hälsövård, hälsoupplysning, samhällsarbete, organisationsutveckling,

socialpolitik, miljövard och ekonomiska samt reglerande åtgärder. (Medin & Alexandersson 2000 s. 121-124)

I Skandinavien har man i övrigt en holistisk syn på hälsa och hälsofrämjande och man har definierat hälsofrämjandet som de åtgärder som en individ gör för att bevara eller förbättra hälsan hos någon annan. Det finns två sätt att främja hälsa: det indirekta och det direkta. Ett direkt sätt att främja hälsa är arbetet som ofta utförs på sjukhus eller hälsocentral där man genom direkta vårdhandlingar strävar efter att förbättra antingen den mentala eller den somatiska hälsan hos patienten. Det indirekta sättet i hälsofrämjande har att göra med lagstiftning och miljöförändringar, där syftet är att ge individer goda förutsättningar till att befrämja sin hälsa. Idrottshallar och andra möjligheter till hobbyer i omgivningen kan förbättra hälsan hos invånarna i området. (Medin & Alexandersson 2000 s. 118-119)

Principer för hälsofrämjande arbete

Det finns sju generella principer som utgör en referensram för hälsofrämjande arbete; empowerment, participatory (deltagande), holistic (holistisk hälsosyn), equitable (jämlighet i hälsa), intersectorial (intersektoriell), sustainable (hållbar utveckling) och multistrategy (flera strategier). För att nå bättre folkhälsa i ett samhälle måste folkhälsoarbetet följa de ovannämnda principerna. (Ringsberg et al. 2014 s. 27)

Respondenterna förklarar här kort några av de centralaste principerna för detta arbete.

Empowerment och delaktighet

Vårdteoretiker använder ofta det engelska ordet "empowerment" i litteraturen. Empowerment är ett grundläggande begrepp i hälsofrämjande arbetet, och det syftar till att människan själv har kontroll över sådana beslut och aktiviteter som påverkar hennes hälsa. (Ringsberg et al. 2014 s. 28)

Begreppet kan användas såväl på individnivå som på samhällsnivå. På individnivå refererar empowerment till människans förmåga att ha kontroll över sitt personliga liv och fatta beslut som påverkar det. För att kunna göra detta krävs det kunskap som t.ex. självförtroende, lärande och kognitiv förståelse. Empowerment på samhällsnivå handlar om grupper

av människor som tillsammans strävar efter att påverka hälsans bestämningsfaktorer och livskvaliteten i samhället. Delaktighet ses ofta som en del i empowermentprocessen och det innebär en möjlighet för människor att aktivt delta i frågor som är av intresse för dem. (Ringsberg et al. 2014 s. 28-29)

Holistisk hälsosyn

Holistisk hälsosyn innebär att man betraktar hälsa som ett positivt begrepp genom salutogent perspektiv. Aaron Antonovsky (1991) är läromästaren bakom det salutogena tankesättet och hans lärdomar gäller även i dag. Enligt Antonovsky (1991) är hälsan ett kontinuum mellan två poler där i den ena ändan är friskhet och i andra döden. Med ordet salutogenes anses ett synsätt där man koncentrerar sig på friskfaktorer – det som befrämjar hälsa och välmående, i stället för patogenes där man koncentrerar sig på riskfaktorer och sjukdom. (Antonovsky 1991 s. 28, 31)

Känslan av sammanhang är en viktig resurs för människan när hon drabbas av motgångar eller sjukdom, och den byggs av tre hörnpelare: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 1991 s.43). Den hälsofrämjande föresatsen utgår från ett holistiskt perspektiv på människan och strävar efter att förstå människors hälsa som ett socialt fenomen. Att förstå hälsan som ett socialt fenomen innebär igen bättre förutsättningar för att utveckla, planera och genomföra hälsofrämjande interventioner. (Ringsberg et al. 2014 s. 30).

Hållbar utveckling och användning av flera strategier

Hållbar utveckling i samband med hälsofrämjande arbete syftar till att vidtagna insatser ska kunna vidmakthållas också efter det att implementeringsfasen är slutförd. För att verkligheten är komplex krävs det användning av flera strategier för att uppnå resultat i hälsofrämjande arbete. Till dessa strategier ingår ansatser så som policyutveckling, organisatoriska förändringar, samhällsutveckling, lagstiftning, utbildning, kommunikation och förespråkande av hälsa. (Ringsberg et al. 2014 s. 34).

Hälsofrämjande i klinisk verksamhet

I föregående kapitel beskrivs hälsofrämjande arbete ur ett samhällsligt perspektiv, men för att komma närmare vårdverkligheten lönar det sig även att känna till hälsofrämjande kliniskt. Om man enkelt skulle betrakta hälsan som frånvaro av sjukdom så skulle det ju vara klart att det hela tiden sker hälsofrämjande arbete på olika sjukhus och hälsostationer. Men för att förstå hur mycket mer begreppet hälsofrämjande innehåller än att bara bota sjukdom så ställer det nya krav på den kliniska verksamheten. Nya krav på sjukvården är numera att lyfta upp individens roll, vidga sjukhusets ansvar från ren medicinsk vård till att öka människors kunskap och vilja att göra hälsosamma val samt att sprida kunskap om hälsa. (Medin & Alexandersson 2000 s. 144-145)

I klinisk verksamhet kan hälsofrämjande insatser vara till exempel i form av rehabilitering där man strävar efter att förbättra hälsan hos patienten, eller så kan det handla om preventiva åtgärder. Kliniskt hälsofrämjande arbete är inte heller samma sak som patientutbildning, eftersom det sistnämnda fokuserar på att förebygga sjukdom och tar ofta en pateriserande roll där läkaren (eller en annan auktoritet) berättar till patienten hur denne ska leva för att tillfriskna/ undvikna insjuknande. Kliniskt hälsofrämjande arbete ska däremot utgå från individen som en aktiv medverkare i frågor om hens hälsa. Meningen är att se patienten som en unik människa som har sina unika uppfattningar om hälsa och vad det innebär för honom/henne. Man ska ge information till patienten med tanke på att man förser patienten med sådan information att patienten blir förmögen att fatta beslut gällande sin vård. (Medin & Alexandersson 2000 s. 145-148)

3.3 Amning

Amning var den viktigaste orsaken för WHO när de startade Baby-friendly hospital initiativet. I detta kapitel beskrivs det centrala begreppet *amning* inom Baby-friendly Hospital initiativet.

Kartläggning av amning i Finland

Modersmjölken har i miljontalsår utvecklats till den bästa föda för en diande under de första levnadsmånaderna. Babyn får i modersmjölken rätt proportion näringsämnen tillsammans med rätt sorts konsistens. Amningen skyddar mot bl.a. bronkit, mellanöreinflammation och tarmsjukdomar. Amningen har visats ha långvariga hälsofrämjande effekter till och med långt in i det vuxna livet. (Puska et al. 2009)

Ett märkligt fenomen i amningens historia är att då levnadsstandarden i alla industrialiserade länder stegvis ökade på 1900-talet så slutade kvinnorna också gradvis att helamma. De första tecknen på detta fenomen märktes i början av 1900-talet men det stora raset i amningsfrekvensen skedde efter andra världskriget i USA därifrån fenomenet spred sig till Europa. I Finland finns det noggrann statistik om amning från 1930-talet då 50 % av mammor ammade i över 6 månader. Under 1970-talet minskade amningen kontinuerligt och nådde sitt minimum i början av 1970-talet då knappt 10 % av mammorna i Finland ammade fram tills att barnet blev 6 månader. Amningen fick gradvis en ny boom i slutet av 1970-talet på grund av att kvinnor i utvecklingsländerna slutade amma helt eller delvis vilket ledde till katastrofala följder. Man har förklarat orsakerna till vad som skedde i utvecklingsländerna bland annat med att man efterapade de industrialiserade ländernas synsätt och att industrin bakom modersmjölksersättningen hade en kraftig marknadsföring. (Simell 1997 s. 135-136)

Amningens sjunkande frekvens under 1900-talet kan också ses som ett tecken på att äldre kunskap och traditioner försvunnit. Redan under 1700-talet utvecklades spädbarnsvården mot ett eget vetenskapligt kunskapsområde som var pediatriken. Ett nytt förhållningssätt till att uppfostra barn att lyda och vårdas till förutbestämda ideal trängde undan mera folkliga seder. Det här nya synsättet fick en större påverkan under industrialismen då det fanns motiv bakom varför amningen skulle schemaläggas och regleras. Man skulle inte ge efter för barnets signaler utan anpassa dem till samhällets regelbundenhet. Den här synen på bland annat barnomsorg och amning kom att leva långt in i 1900-talet men är så småningom på väg bort. En utmaning idag är att behålla en hög amningsfrekvens och samtidigt stöda ett jämlikt samhälle där föräldrarna har ett gemensamt ansvar för sina barn. (Kylberg et al. 2014 s. 8-9)

I Finland har man gjort en kartläggning om amningsförhållandena åren 1995, 2000 och 2005. I en undersökning framställd av Social- och hälsoministeriet visade det sig att helamningsprocenten av fyra månader gamla babyn under 10 år från 1995 till 2005 hade ökat från 10% till 34%. Det är ändå långt från målet att 80% skall helamma sitt barn. Trots det vill kvinnor nuförtiden amma sina barn. De flesta åker hem från förlossnings-sjukhus och har enbart ammat fram till dess men många av dem har fått tilläggsmjölk på sjukhuset. Det finns flera förklaringar till varför man slutar amma sitt barn under de första månaderna. Några orsaker är brist på stöd, föråldrad information hos personal inom hälsovården och tidig användning av modersmjölksersättning. Då amningstiden förkortas förlorar man också fördelarna med amningen. (Armanto et al. 2007 s. 193-196)

År 2004 var Social- och hälsoministeriets rekommendation att nyfödda friska barn med normalvikt skulle helammas fram till 6 månaders ålder och att därefter delammas fram till 1-års ålder tillsammans med intag av annan föda. I Finland ammar man fortfarande en kortare tid än vad rekommendationen säger. Enligt rapporter ammar kvinnor sina barn fram till att de är ca 7 månader gamla. Helamning fram till 6 månader är mycket sällsynt. Jämfört med andra länder ammar kvinnor i Finland avsevärt mindre. Dessutom finns det en socioekonomisk skillnad; lågutbildade kvinnor ammar mera sällan sina barn jämfört med högutbildade kvinnor. Det är därför oerhört viktigt med befrämjandet av amning. Alla har ett ansvar men en stor del av ansvaret ligger på staten och kommunerna som borde skapa sådana förutsättningar för amning som visar riktningen åt arbetsgivare och företag. Också personalen inom social- och hälsovården behöver stöda kvinnor och familjer. Den tredje sektorn samt media har stort inflytande över hurdan attitydatmosfär som dominerar i samhället. (Puska et al. 2009)

Amningens grundprinciper

Man talar om helamning och delamning. Nedan en kort förklaring på vad det betyder. Helamning betyder då babyn får sin näring enbart via bröstmjölk från mammans bröst eller flaska. Som tillägg ges D-vitamin och möjligtvis annan näring som t.ex. fluor och näringstillskott för prematurbarn och mediciner. Helamningen räcker till att täcka näringsintaget hos ett friskt, nyfött barn med normal vikt fram till ungefär ett halvt års ålder. Enligt WHO:s definition hör det inte till att ge vatten då man helammar. Man kan

dock ge lite vatten från flaska eller sked som tillägg till amningen och det kallas ändå för helamning. Delamning betyder då babyn får sin näring via bröstmjolk från bröstet och dessutom modersmjölksersättning och/eller fast föda. Alla barn behöver tillägg till bröstmjölken i form av fast föda senast vid 6 månaders ålder. (Puska et al. 2009 s. 18, 24)

Amningsattityder i samhället

Inställningen till amning beror på kulturella och samhällsliga faktorer som vanligtvis finns både hos den enskilda människan som hos experter. Det är bland annat stödet från lokalsamhället, bilder och myter associerade med amning, reklam, arbetande kvinnor, uppfattning om det offentliga och det privata och uppfattningen om lämpligheten att amma som påverkar amningsattityden och amningens längd. Oftast är uppfattningen om amning olika beroende på vilken kultur man kommer ifrån och de uppfattningarna kan ändras ifall förhållandena ändras. Man kan alltså påverka amningsattityder. Enligt rapporten *Imetyksen edistäminen Suomessa*, är kvinnor i Finland positiva till att amma men ammande kvinnor i det offentliga rummet är få. Man vill gärna ge en bild av att amning är något privat och kvinnans egendom som ingen utomstående kan påverka. Få undersökningar har gjorts om kulturella faktorer som bidrar till amning i Finland men de undersökningar som gjorts antyder att kvinnans roll i samhället nuförtiden är stressfullt, kvinnan känner sig otillräcklig. Det gör också att problematiken kring offentlig amning bidrar till att förkorta amningstiden. Också den egna attityden till föräldraskap och stödet från partnern bidrar till om amningen blir lyckad eller ej. (Puska et al. 2009 s. 38-39)

Faktorer som inverkar på lyckad amning

Befrämjandet av amning är klart en fråga om hurdant stöd och hurdan handledning mamman får under graviditeten. Partnerns kunskap och stöd påverkar mycket den faktorn att mamman alls kommer att börja amma. Mödrarrådgivningen har också en stor roll i stödjandet eftersom rådgivningen når nästan alla (99,7%) väntande mammor (Stakes 2007) och barn (99,5%) från födseln till att barnet börjar skolan. Därför är attityden viktig hos hälsovårdspersonal, barnmorskor och läkare. Men även mammornas egen kunskap och erfarenhet av amning och hälsotillståndet hos mamma och barn avgör hur lyckad

amningen blir. Trots att de flesta mammor är positiva till amning har en del ändå liten kunskap om amningen. Psykiska faktorer som påverkar en fortsatt amning är en optimistisk inställning till livet, en tillit till att mjölken räcker samt att man har en förmåga att amma men även att man har en plan på hur länge man tänkt amma. Omfödern klarar sig oftast bättre med amningen under sjukhusvistelsen än förstfödern. En finsk undersökning från år 2003 visade att hos var fjärde kvinna fungerade inte amningen. Kvinnorna upplevde att de inte hade fått tillräckligt med handledning och stöd för att upprätthålla mjölkutsöndringen. Dessutom fick deras barn rikligt med tilläggsmjölk på sjukhuset. (Puska et al. 2009 s.39-42)

Sjukhusens vårdpraxis påverkar märkbart en lyckad amning hos mammorna. Därför ger Baby-friendly Hospital verksamheten kombinerat med tillräcklig handledning och tillräckligt stöd en ökad amningsfrekvens. Kvinnors upplevelse av lyckad amning är klart bäst när man kombinerar Baby-friendly Hospital verksamhet och tillräcklig handledning. I flera undersökningar är det också svårt att beräkna hur länge en kvinna kommer att amma efter att hon åkt hem från sjukhuset. Det här beror på att sjukhusen och öppenvården möjligen har skillnader i hurdan amningshandledning man ger.

Stödet av amning är mycket viktigt då mamman och barnet kommer hem. Speciellt partners roll är viktig men också till exempel mor- eller farföräldrarnas roll är viktig. Det klart viktigaste stödet kommer ändå från professionell vårdpersonal. Många finländska kvinnor anser att den handledning som ges på rådgivningen är knappare än den som ges på förlossningssjukhus. (Puska et al. 2009 s.39-42)

Befrämjandet av amning i mödrarrådgivningen, förlossningssjukhuset och i barnrådgivningen

Det finns inte en heltäckande uppföljning av amningshandledning under graviditeten på mödrarrådgivningar. Troligen varierar handledningspraxisen områdesvis och beroende på vilken rådgivning det är fråga om. Enligt en nationell rådgivningsutredning vet man att rådgivningar arrangerar familjeförberedelse ca 4-6 gånger under graviditeten. Sällan erbjuds familjeförberedelse för omfödern. Social- och hälsoministeriet rekommenderar att hälsovårdare från rådgivningen gör hembesök redan under graviditetstiden då man lättare kan ta upp amningen och diskutera i en naturlig miljö. I de fall där det enligt

hälsovårdaren finns risker och rädslor med amningen borde man ha möjlighet att vidarebefordra vårdarbetet under graviditeten till barnmorskor på förlossningssjukhuset. (Puska et al. 2009 s.55-58)

WHO:s 10 steg till lyckad amning stöder amningen under sjukhusvistelsen. Ju noggrannare sjukhusets personal följer stegen, desto sannolikare är det att kvinnan fortsätter amma även hemma. Då den första amningen uppskjuts och man ger ersättningsmjölk som tillägg finns risken att amningen avslutas i ett tidigt skede. Helamning befrämjas av tidig hudkontakt, amning i förlossningssal och dygnet runt-vård vilket förhindrar att man ger tilläggsmjölk. Sjukhusens principer då det kommer till att ge tilläggsmjölk varierar mycket. Därför skulle man behöva en omfattande diskussion och nationell koordination för att genomföra ett enhetligt program över hur och när man ska ge tilläggsmjölk. I England märkte man att trots att sjukhuset hade bundit sig till att följa BFH-programmets rekommendationer så struntade de flesta barnmorskor i att följa vårdrekommendationerna då de inte själva godkände dem. En orsak var att barnmorskorna var trötta och slitna för att de inte orkade stöda trötta och sjuka mammor med amningen. På sjukhuset handleds också mammorna att undvika ge napp och flaska till barnet eftersom barnet kan få svårt att lära sig rätt amningsgrepp och då kan också mängden mjölk minska. Handledningen i förlossningssalen borde vara ett naturligt kontinuum från handledningen på mödrarådgivningen. Vissa utmaningar vid amningshandledning är de förkortade vårdtiderna efter förlossning. De föräldrar som valt en kort vårdperiod skrivs normalt ut från sjukhuset 12-48h efter förlossning. Men trots det kan det i vissa fall vara gynnsamt för barnet och mamman då det i den egna hemmiljön kan vara lättare att amma i babyns egen takt än i sjukhusmiljön. (Puska et al. 2009 s.53-63, Social- och Hälsoministeriet 2004 s. 181-184)

Förutsättningar för lyckad amning är att man redan innan förlossningen planerat att amma. Nära stöd från familjen är viktig. Bristfällig kunskap om amning och de faktorer som inverkar på amningen leder till att man också tycker att amningen är svår. Därför skulle det vara viktigt att öka kunskap om att man kan påverka förverkligandet av amning och att det finns undersökta tillvägagångssätt. Stöd från barnrådgivningen är som viktigast under barnets första månader. Hälsovårdaren eller barnmorskan rekommenderas att ta kontakt med familjen 1-3 dagar efter att familjen kommit hem från sjukhuset. (Puska et al. 2009 s.53-63, Social- och Hälsoministeriet 2004 s. 181-184)

De första månaderna kan amningen försvåras eftersom man ger för mycket tilläggsmjölk, man får bröstinflammationer, man får inte tillräckligt stöd, okunskap och familjen söker sig till rådgivningen för sällan. Flera amningsproblem skulle lätt kunna förebyggas men ofta tror man att mjölken inte till exempel räcker till. Mamman kan också stöta på attityder från släktingar och till och med från vårdpersonal om att amning inte är så viktigt. (Puska et al. 2009 s.53-63, Social- och Hälsoministeriet 2004 s. 181-184)

3.4 Sammanfattning av bakgrunden

BFHI är ett initiativ av Unicef & WHO som har till syfte att skydda, befrämja och stöda amning. Initiativet omfattar nio internationella operativa områden, varav de viktigaste är de tio stegen till lyckad amning samt den internationella koden för marknadsföring av modersmjölksersättning. År 2017 fanns det fyra sjukhus i Finland som hade fått Baby-friendly Hospital certifikatet, och dessa var Lojo Sjukhus (2015), Hyvinge Sjukhus (2015), Vasa Centralsjukhus (2013) samt Barnmorskeinstitutets Sjukhus (2010 & 2015).

Begreppet hälsofrämjande är starkt kopplat till BFHI eftersom BFHI kan ses som ett exempel på hälsofrämjande arbete. Hälsofrämjandet kan definieras som paraplybegrepp för olika handlingar, tillstånd som kan botas, motarbetas, hjälpas eller främjas. Allt arbete som bidrar till att främja människans hälsorelaterade handlingar kan anses hälsofrämjande. Det finns vissa principer som borde följas när man strävar efter att göra arbetet hälsofrämjande. Dessa är empowerment, delaktighet, holistisk hälsosyn, hållbar utveckling samt användning av flera strategier.

Eftersom amning är det centralaste temat inom BFHI ingår begreppet också i bakgrunden. Amning har många hälsofrämjande effekter för barnet och är den bästa födan för en diande under de första levnadsmånaderna. Social- och hälsoministeriet rekommenderar att nyfödda friska barn med normalvikt skulle helammas fram till 6 månaders ålder och där efter ännu delammas fram till 1-års ålder tillsammans med intag av annan föda. I Finland ammar man fortfarande en kortare tid än vad rekommendationen säger och detta skapar ett behov av att befrämja amning. Det finns många faktorer som inverkar på en lyckad

amning, och en av dessa är sjukhusens vårdpraxis. Via BFHI kan man påverka detta och därmed nå en ökad amningsfrekvens.

4 TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta kapitel beskriver respondenterna förmågan att hos befolkningen ta till sig hälsorelevant information, även kallat Health Literacy. Det finns även ett svenskt ord för *health literacy* som är *hälsolitteracitet* men skribenterna använder i detta arbete den engelska benämningen eftersom det är mera allmänt känt. Respondenterna utgår från Health Literacy som ett teoretiskt perspektiv när det gäller att skapa en presentationsvideo över Baby-friendly Hospital verksamheten i Lojo sjukhus.

Health literacy kan beskrivas som hälsokompetens, det vill säga förmågan att komma över, förstå och använda hälsoinformation med avsikt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor och att upprätthålla, befrämja eller förbättra hälsa. (Svenska Mesh 2017)

4.1 Health och Literacy – definitioner av orden

Health literacy består av två begrepp: *health*, hälsa och *literacy*, läs- och skrivkunnighet. I ett hälsofrämjande sammanhang anser man med hälsa ett holistiskt perspektiv på begreppet, för noggrannare beskrivning se kapitlet 3.2.2 om holistiska hälsosynen i hälsofrämjande arbete tidigare i examensarbetet. *Literacy* kan dock ses i en mer omfattande skildring där man utgår från att begreppet inte bara betyder ren läs- och skrivkunnighet utan att det också innehåller förmågan hos en individ att lära sig och genom detta nå sina mål och växa till sin fulla potential. Literacy ger även individen en möjlighet att vara aktiv i samhället, eftersom hen har kunskap och förmåga att delta i politiken genom att till exempel rösta och ta olika initiativ. (Ringsberg et al. 2014 s.49-50)

Literacy innehåller tre olika dimensioner som kallas för grundläggande och funktionell literacy, kommunikativ och interaktiv literacy samt kritisk literacy. Basal och funktionell

literacy är den dimensionen som behövs i vardagliga situationer som t.ex. att läsa och förstå information om hälsa. I kommunikativ och interaktiv literacy ingår redan mer avancerade färdigheter som möjliggör för en person att kunna fråga sig fram till den information hen behöver och tillämpa den nyfunna informationen i praktiken. Med kunskaper i kritisk literacy kan människan tillsammans med de två andra ovannämnda typerna av literacy kritiskt värdera innehållet i det hon läser och använda informationen för att utvinna större kontroll över sitt liv och händelser som påverkar det. (Ringsberg et al. 2014 s.50-51)

Kunskapen inom literacy är både innehålls- och sammanhangsspecifik. Detta betyder att en individ t.ex. kan ha hög nivå av kritisk literacy inom IT-området, men endast ett basalt kunnande inom Health literacy. En sådan kombination som beskrivs ovan skulle kunna leda till att individen i fråga är bra på att använda internet men kan inte kritiskt bedöma hälsorelevant information som hen kommer åt på internet. (Ringsberg et al. 2014 s.51)

4.2 Health Literacys ursprung

Health literacy har sitt ursprung i två olika sammanhang: det ena är hälso- och sjukvårdskontexten och det andra hälsofrämjande kontexten. I hälso- och sjukvårdskontexten syftar man med health literacy till patientens förmåga att förstå och använda sig av information om sjukdomar samt mediciner och att kunna hitta sig fram i hälso- och sjukvården. I denna kontext ses begreppet som en riskfaktor; vad finns det för risker att patienten inte förstår informationen man förser henne/ honom med. Health literacy är en riskfaktor som hälso- och sjukvården måste motverka och dessutom försöka ändra ett felaktigt beteende hos patienten till ett gynnsammare beteende. (Ringsberg et al. 2014 s. 47-48)

I en hälsofrämjande kontext ses health literacy som en tillgång, man utgår från ett fokus på hälsans bestämningsfaktorer och via dessa försöker man stärka health literacyn hos individer eller i samhället. Health literacy är en förmåga som kan utvecklas och genom detta kan människorna nå bättre hälsa. Med tanke på dessa två väldigt olika sätt att definiera health literacy kan begreppet få en väldigt olik innebörd. (Ringsberg et al. 2014 s.47-48)

4.3 Health Literacy, förmågan hos befolkningen att ta till sig hälsorelevant information

Health Literacy är ett relativt nytt begrepp som är förknippat med hälsofrämjande. År 1997 ordnade WHO en hälsofrämjande konferens i Jakarta och där lanserades en ny version av WHO:s *Health promotion glossary* som innehöll begreppet health literacy. Där beskrev man health literacy som de kognitiva och sociala färdigheterna som utgör en individs motivation och färdighet till att få tillgång till, förstå och använda sig av hälsofrämjande information. (Ringsberg et al. 2014 s.24)

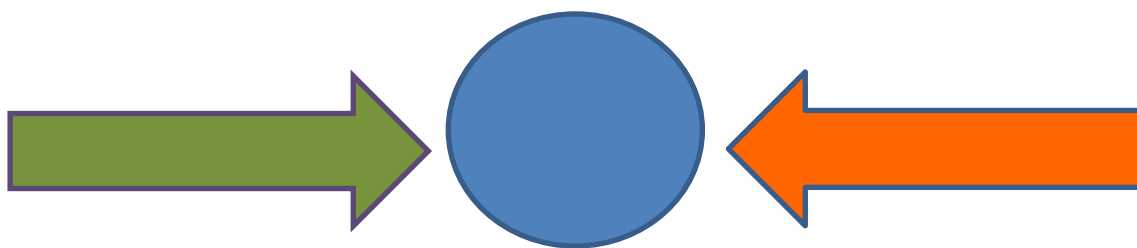
Health literacy påverkar även jämlikhet i hälsa och har med hälsans sociala bestämningsfaktorer att göra. Hälsans sociala bestämningsfaktorer är faktorer som refererar till de ekonomiska och sociala förhållandena som påverkar hälsan hos både individer och i samhället. Health literacy kan öka medvetenheten om hälsans sociala bestämningsfaktorer och begreppet innehåller inte bara läskunnighet utan även möjlighet att få tillgång till, förstå och bedöma innehållet i skriven information. (Ringsberg et al. 2014 s.37-38)

Vad inverkar på health literacyn hos människor?

Health literacy har identifierats som ett mätbart resultat av hälsoundervisningens intervention i samhället. I tidigare sammanhang har man föreslagit ett kontinuum av health literacy. Det här kontinuumet skulle innefatta grundläggande eller funktionell hälsokompetens, kommunikativ/interaktiv hälsokompetens och kritisk hälsokompetens. Ett sådant kontinuum skulle också tyda på att de olika nivåerna av kompetens tillåter successivt större självständighet i beslutsfattandet och i den personliga egenmakten beroende på de åtgärder som individen eller samhället tar. Genom att använda begreppet health literacy/hälsokompetens för att styra innehållet av hälsoutbildningen är uppmärksamheten fokuserad på att utveckla den kompetens och det självförtroende att göra val som förbättrar det individuella hälsoreultatet, snarare än att vara begränsad till överföringen av information. Idealiskt vore det om individen skulle nå en viss nivå av kritisk health literacy genom att ha förmåga att söka information och använda den för att utöva större kontroll över de avgörande faktorerna för hälsa och dessutom göra välinformerade hälsoval.

Gravida kvinnor och speciellt förstföderskor får under sin graviditet omfattande information från bland annat rådgivningen. Historiskt sett har information om föräldraskap och förlossning gått från kvinna till kvinna, huvudsakligen via familjemedlemmar. I dagens samhälle med förändringar i familjekonstellationen, högre utbildning bland kvinnor, en större arbetsbörda och en ökad användning av medicin under förlossning är kvinnorna mer beroende av organiserade kurser under graviditet, det är från dessa kurser kvinnorna utvecklar sin kunskap och sin förmåga. Kunskapen på de här kurserna/utbildningarna fokuserar på graviditet, förlossning och grundläggande vård av barn. (Renkert & Nutbeam 2001)

Hamilton Health Sciences (HHS) har gett ut en bok som beskriver vad det är som inverkar på health literacyn hos människor. Se figur 1. I kapitel 5.3.1 beskrivs utförligare vad Hamilton Health Sciences är.



Personliga faktorer (kompetens och förmågor, miljö)	Systemfaktorer (krav och komplexitet)
• läsförmåga	• vårdarens färdighet i kommunikation (dialogens takt, omfattning av jargong, användning av visuella hjälpmedel, grad av interaktivitet)
• kognitiva färdigheter, såsom resonemang och minne	• vårdarens tillgänglighet
• motivation att lära sig själv och kunna hantera det	• hälsoinformationens tillgänglighet och komplexitet
• fysisk och emotionell hälsa	• fysisk miljö (oljud, integritet, avbrott, utrymme)
• erfarenhet av hälso- och sjukvården	• systemkrav och förväntningar (egenvård, samarbete med aktiva och informerade patienter)
• kunskap om hälsa och hälsotillstånd	
• språkkunskaper, kulturella föreställningar	
• socialt och samhälleligt stöd	
• utbildning och föräldrarnas utbildning	
• födelseort	

Figur 1. Personliga faktorer och systemfaktorer som inverkar på health literacy. (Wizowski et al. 2014 s.19)

5 METOD

Syftet med examensarbetet är att skapa en 8 min lång presentationsvideo över förlossningsenheten på Lojo sjukhus. I detta kapitel går respondenterna igenom processen till hur de skapat videon och innehållet i den. Målgruppen för presentationsvideon är alla personer som kommer i kontakt med Lojo sjukhus förlossningsenhet via nätet, d.v.s. gravida och deras anhöriga men också personalen på sjukhuset. Respondenterna har kollat upp hurdan patientinformation som finns tillgänglig för tillfället på de sjukhus som fått Baby-friendly Hospital certifikat. Dessutom beskrivs produktutvecklingen, eftersom respondenterna ämnar göra material för patienter.

5.1 Existerande patientinformation inom BFHI-certifierade sjukhus i Finland

Respondenterna bekantade sig med de nuvarande BFHI-certifierade sjukhusens nätsidor för att se hurdan patientinformation där finns för tillfället. Sjukhusen som har BFHI-certifikatet är alltså Hyvinge, Lojo, Barnmorskeinstitutet och Vasa. Respondenterna var särskilt intresserade av hur amning och babyvänlighet lyfts upp på nätsidorna och hurdana videon som finns tillgängliga för gravida kvinnor och föderskor.

Alla sjukhus inom HNS har på HNS nätsidor panoramabilder av sina förlossningsenheter, och man kan röra sig framåt mellan utrymmena genom att klicka på röda punkter på bilderna. För tillfället gick det inte att hitta några presentationsvideon av lokalerna i de BFHI-certifierade sjukhusen, men däremot har HNS många patientinformationsvideon på sina nätsidor. Ur videorna framgår det inte från vilka sjukhus de är, men de innehåller information bl.a. av förlossningens förlopp, smärtlindring under förlossning, specialsituationer inom förlossningar (t.ex. tvillingförlossning, sätesförlossning), kejsarsnitt, återhämtning efter förlossning och vård av det nyfödda barnet. På videorna är det barnmorskor som berättar om ovannämnda saker. Språket som används är klart och man använder inte heller yrkesslang, som skulle göra det svårt för patienterna att förstå innehållet.

Videorna är finskspråkiga, men de har texter på svenska. Av någon orsak fattas panoramabilderna av Hyvinge och Lojo Sjukhus från den svenskspråkiga sidan. (HNS 2017a)

På HNS nätsida kan man också hitta en länk till Naistalo.fi som är en del av Terveystieteiden tutkimuskeskus; en nätsida med massor av patientinformation för olika patientgrupper. Sidorna uppehålls av HNS, TAYS, PPSHP, KYS och VSSHP. På Naistalo.fi går det att hitta tillförlitlig information om graviditet och förlossning samt amning och vård av det nyfödda barnet. (HNS et al. 2017)

HNS har på sin nätsida en text om babyvänlighet och där berättas det om att alla sjukhus inom distriktet har bundit sig till Världshälsoorganisationens babyvänlighetsprogram (BFHI) som har till syfte att främja amning. Från texten framgår det dock inte vilka sjukhus som redan har certifierats med BFHI-certifikatet. I texten beskriver man kort nyttorna med amning och rekommendationen om helamning tills barnet är sex månader gammalt. (HNS 2017b)

Vasa centralsjukhus har flera sidor text om graviditet och förlossning. Man hittar information via första sidan: *Vård och undersökningar/Kvinnor, barn och spädbarn/Graviditet och förlossning*. Redan på första sidan nämns att Vasa centralsjukhus beviljats BFH-certifikat 2013 och att sjukhuset arbetar enligt Unicefs babyvänliga sjukhus-program för att främja amning. Det finns mycket patientinformation i textform. Längst ner finns en länk till videor. Sidan har 6 stycken videor och bland dem en video som presenterar förlossningsenheten. Videorna finns både på finska och svenska. I de videon där patienter är med går det på svenska men med finsk textning i den finska versionen. Presentationsvideon av förlossningsenheten finns i sin helhet på båda språken. De flesta patientinformations länkarna är uppdaterade antingen hösten 2015 eller hösten 2016. Videorna är från hösten 2015. På amnings sidan finns flera länkar till olika sorts information gällande amningen. Man kan bland annat få läsa om amningsinfo för gravida, amningsplan för gravida, programmet för ett babyvänligt sjukhus, räcker mjölken?, tio steg till lyckad amning mm. Flera länkar om amning finns också som t.ex länkar till Imetyksen tuki ry och www.amningshjalpen.se. Det finns också en amningsstödteléfononummer som man kan ringa till dygnet runt, det är BB-avdelningens personal som svarar i telefonen. Vid behov

kan man också få personlig handledning på BB-avdelningen eller på amningspolikliniken. Sidorna är lätta att hitta och känns logiskt uppbyggda. (Vasa sjukvårdsdistrikt 2017)

5.2 Produktutveckling

Metoden för detta examensarbete är produktutveckling och i följande stycke går respondenterna igenom de centralaste principerna för ett produktutvecklingsarbete. Den slutliga produkten är alltså en patientinformationsvideo för Lojo sjukhus förlossningsverksamhet.

Alla projekt inom design och produktutveckling har som gemensamma syfte att tillverka en produkt genom att antingen bereda tillverkningen av ett nytt eller förändringen av ett redan existerande objekt. Produktionsprocessen kan indelas i tre faser: produktbestämning, produktframställning och produktanvändning. Till den första fasen, produktbestämningen, ingår till exempel utredning, konstruktion och kalkylering. Till andra steget, produktframställningen hörs planering och genomförande av tillverkning av produkten. Sist och slutligen till den tredje fasen, produktanvändningen ingår själva bruket av produkten, underhållsarbete samt service. (Lundequist 1995 s. 59-60)

Informationshantering är en väsentlig del av all produktutvecklingsarbete. Med informationshantering menas sökandet, bearbetandet, lagrandet och distribuerandet av ändamålsenlig information. Datan som utgör informationsbasen i arbetet måste också begränsas genom val, kriterier och fakta. I en produktutvecklingsprocess ingår förhandlingar med olika grupper som kan vara klienter, brukare eller specialister, och i dessa förhandlingar fastställs bestämmningar av produktens egenskaper. (Lundequist 1995 s. 63-64)

Det viktigaste kriteriet för att lyckas utveckla en framgångsrik produkt är att identifiera och förstå sig på användarbehov samt att kunna uppfylla dessa med produkten. När man tidigare har undersökt orsaker till varför produkter har blivit lyckade eller misslyckade så har man märkt att graden av förståelse för användarens behov har varit nyckelfaktorn i framgången bakom en produkt. När användarkraven för produkten är väldefinierade är det möjligt att anpassa diverse tekniska lösningar i själva produkten och i att hur den

överförs till den publik den är menad för så att man tillgodoser dessa krav. (Edvardsson 1996 s. 25-26)

Att skriva hälsoinformation för patienter och anhöriga som befrämjar health literacy

Hamilton Health Sciences (HHS), är en sjukhusorganisation i Ontario, Canada, där flera sjukhus ingår. Förutom att HHS tillhandahåller sjukhusvård är deras mål också att utveckla vården genom utbildning och forskning. HHS är också internationellt erkänd som ett av de två ledande forskningsinstituterna inom hälsovård i Ontario, Canada. HHS har gett ut en bok på internet där man beskriver hur man kan skriva hälsoinformation för patienter och anhöriga för att befrämja en ännu högre health literacy. (HHS 2017)

I vilken utsträckning människor kan få tillgång till, förstå och använda information för deras hälsa kallas *health literacy*. Det finns flera fördelar med att göra eget informationsmaterial trots att internet har massor av material från förut. Fördelarna ses både hos vårdare, studerande inom hälsobranschen, sjukhusen och hos patienter och anhöriga. Processen att utveckla informationsmaterial för patienter hjälper vårdare och studerande inom sjukvården att bättre förstå patienternas behov samt perspektivet på vården sett från patienten. Kommunikationen med patienter och anhöriga är effektivare och den kliniska praxisen håller en viss standard genom att den uppdateras regelbundet. Informationsmaterial för patienter uppmuntrar till samarbete mellan tjänsteleverantörer och mottagarna av vården. Dessutom förser man information som är skräddarsydd för just ett specifikt sjukhus eller en viss patientgrupp. (Wizowski et al. 2014 s.7-8)

Viktigt är att man använder sig av informationsmaterial som stöder patientens inläring. Effektiva material är:

- Exakta; de återspeglar nuvarande praxis och går hand i hand med organisationens filosofi och politik.
- Tillgängliga; de är lätta att läsa och förstå och gör det möjligt för flera människor att använda informationen.
- Rätt till inflytande; de uppmuntrar patienter och familjer att aktivt ta del i sin hälsovård. De fokuserar på vad patienterna behöver veta och göra. De ger konkreta exempel till åtgärder som patienten kan ta del av.

För vårdare rekommenderas följande:

- Tillhandahåller en samling informationsmaterial för patienter på de ämnen som är mest relevanta för den utövade praktiken på avdelningen/sjukhuset.
- Väljer material eller utvecklar själva materialet för att säkerställa läsbarhet, noggrannhet och kvalitet.
- Känner till innehållet i det material de använder.
- Ser till att materialet är integrerat i patientens vårdplan.
- Materialet ska vara lätt tillgängligt för personalen.

(Wizowski et al. 2014 s.11-12)

En viktig aspekt är också att använda materialet då man ger verbal information till patienter. Verbal diskussion gemensamt med informationsmaterial stöder patientens förståelse bättre än bara informationsmaterial i form av t.ex. handouts. (Wizowski et al. 2014 s.11-12)

HHS bok, *Writing health information for patients and families* beskriver 12 steg till att utveckla patientinformation antingen i form av till exempel text på nätet eller som broschyr som ska delas ut på sjukhus. De här stegen behöver inte följas i ordning. Feedback från patienter, anhöriga och vårdteamet kan med fördel ges under hela processen. De tolv stegen hjälper till att vara flexibla i organisationer där det råder flera utmaningar och förändringar hela tiden och där projektets resurser (t.ex. tillgängliga medel, personal och tid) kanske ändras under arbetets gång. I figur 2 finns de tolv stegen listade enligt Wizowski et al. (Wizowski et al. 2014, s.79).

Utveckla informationsmaterial för patienter

1. Upprätta en planeringsgrupp
2. Identifiera ditt syfte och målgrupp
3. Bedöm tillgängliga material
4. Bestäm om innehållet
5. Skriv information i klartext
6. Applicera en tydlig design
7. Feedback från det kliniska teamet
8. Feedback från patienter och anhöriga
9. Få ett godkännande
10. Producera materialet
11. Distribuera och använda materialet
12. Utvärdera materialet

Figur 2. 12 steg till att utveckla informationsmaterial för patienter (Wizowski et al. 2014 s.79).

6 KONTAKTEN MED UPPDRAGSGIVAREN

Kontakten med Lojo sjukhus hölls för det mesta per e-post. Respondenterna träffades sammanlagt fyra gånger för att gå igenom arbetets och främst videons innehåll, bekanta sig med inspelningsplatsen och få mera svar på hur videon skulle filmas. Kontaktpersonen från Lojo Sjukhus var biträdande avdelningsskötare, barnmorska Sari Mäkelä.

Under det första besöket till Lojo Sjukhus, den 8.2.17. fick respondenterna närmare bekanta sig med önskemålen från uppdragsgivaren gällande innehållet i presentationsvideon. Det visade sig, att uppdragsgivaren gav respondenterna ganska fria händer gällande framställandet av videon; respondenterna fick en lista över centrala teman och en estimate-rad längd av videon (se bilaga 3, instruktioner från uppdragsgivaren), men gällande teoridelen i examensarbetet bakom videon fick respondenterna själva välja vad som bäst skulle passa ändamålet.

I början av maj 2017 åkte respondenterna på nytt till Lojo för att planera videons uppbyggnad. En rundtur gjordes kring avdelning 2 och respondenterna bekantade sig med scenerna där presentationsvideon fortsättningsvis skulle filmas. Eftersom

mediestudenranden som skulle filma videon inte kunde följa med denna gång fick en av respondenterna ytterligare göra ett besök tillsammans med mediestuderanden i medlet på maj 2017 så att alla medverkande fick se utrymmena och veta hur planeringen av videon byggts upp.

Själva inspelningen av presentationsvideon var den 29.5.2017. För säkerhets skull hade respondenterna även reserverat den 31.5.17 för inspelningen ifall allt inte skulle ha blivit färdigfilmat den 29.5.2017. På Lojo sjukhus önskade de att respondenterna skulle filma i den största förlossningssalen, sal 3, och ifall salen skulle ha varit i bruk så skulle hela teamet ha blivit tvungna att skjuta upp filminspelningen. Men lyckligtvis visade det sig att det räckte med den 29.5 och respondenterna behövde inte åka till Lojo den 31.5.

Under efterarbetet skickades flera versioner av presentationsvideon till uppdragsgivaren och små korrigeringar gjordes vartefter. Respondenterna hade även flera gånger telefonkontakt med biträdande avdelningsskötare, barnmorska Sari Mäkelä för att klargöra vissa editeringsfrågor.

6.1 Instruktioner från Lojo sjukhus

Från Lojo sjukhus och kontaktpersonen Sari Mäkelä fick respondenterna instruktioner för hur videon ska göras. Nedan följer riktlinjer för presentationsvideon som respondenterna tog i beaktande:

- Längd max 8min
- Tillräckligt informativ, objektiv
- Endast personal på videon
- Vårdstigen för föderskan
- Synligheten av Baby-friendly Hospital verksamheten
- Information om smärtlindring under förlossning
- Intervju med barnmorska
- Videon både på svenska och finska
- Presentation av utrymmen

(Bilaga 3)

- Inga kunder eller patienter får synas i videon.

7 ETISKA REFLEKTIONER

Arcada (2017) har publicerat ett dokument som heter God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, och i dokumentet beskrivs etiska riktlinjer för studerande som behöver beaktas när man skriver ett examensarbete. För det första ska man *”iaktta ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökningen, dokumenteringen och presentationen av resultaten”* (Arcada 2017). Man ska också *”planera, genomföra och rapportera undersökningen eller projektet på ett sådant sätt som kraven på vetenskapliga metoder förutsätter”* (Arcada 2017). Respondenterna har i detta arbete strävat efter att dokumentera noggrant alla faser i framställandet av slutprodukten, och planerandet samt genomförandet av slutprodukten har beskrivits i kapitel 6 *Kontakten med uppdragsgivaren*. I detta arbete ingår inte en egentlig undersökning, men skribenterna har varit omsorgsfulla i att välja tillförlitliga källor till bakgrunden och teoretiska referensramen och alla källor som har använts nämns både i den löpande texten och i källförteckningen.

Enligt Arcada (2017) skall man också *”tillämpa dataansaffningsmetoder som är förenliga med kriterier för forsknings- och utvecklingsarbete och som är etiskt hållbara”*. Dataansaffningsmetoderna respondenterna har använt har gått ut på att söka tillförlitliga källor via olika vetenskapliga databaser på Libguides medan samtliga källor är läroböcker och facklitteratur från Arcadas bibliotek. En tabell om sökord och begränsningar som använts finns som bilaga i arbetet. Material som finns öppet på nätet har också använts, men först efter en grundlig bedömning om dess tillförlitlighet. Bl.a. kriterierna för Baby Friendly Hospital initiativet fann respondenterna från Unicef och WHO:s nätsidor, men eftersom organisationerna i sig är väletablerade och ger även rekommendationer som följs i hela landet så fann respondenterna dem tillförlitliga källor.

Eftersom ingen av respondenterna har fått lön eller någon form av finansiellt stöd för arbetet eller för slutprodukten kan man konstatera att arbetet är fritt från finansiella bundenheter. Forskningslov har också införskaffats från både Arcada och uppdragsgivaren (HNS), och i videon som är arbetets slutprodukt syns endast personal från uppdragsgivaren som har gett sitt samtycke. Eftersom respondenterna inte fick filma riktiga patienter har de själva ställt upp i videon och spelat patienternas roll. De två ovannämnda faktorerna är i enhet med Arcadas (2017) riktlinjer om skaffandet av undersökningslov samt rapporteringen av finansiella källor och bundenhet.

8 RESULTAT

Som resultat av detta examensarbete har respondenterna framställt en 8 min lång presentationsvideo av förlossningsverksamheten vid Lojo sjukhus. Presentationsvideon heter *Synnyttäjän polku Lohjan sairaalassa / Vägen till förlossning vid Lojo sjukhus*. Videons innehåll är ett exempel av ett möjligt svar till forskningsfrågan om hur man skapar en video som ökar medvetenheten om vad Baby-friendly Hospital är. Baby-friendly Hospital är inte det centralaste innehållet i videon, utan närmare ett tema som följer med i bakgrunden. Eftersom Lojo sjukhus har fått WHO:s och Unicefs Baby-friendly certifikat kan hela deras verksamhet ses som ett exempel av baby-friendly aktivitet som respondenternas video beskriver.

Presentationsvideon respondenterna har gjort som sin slutprodukt kan även ses som ett verktyg för att stärka den gravida kvinnans health literacy. I videon finns mycket information i patientvänlig form för kvinnan som funderar på var hon vill föda eller hur hennes vårdstug ser ut. I teoretiska perspektivet beskrevs det hur health literacy kan ses annorlunda i sjukvårds- och hälsofrämjande kontexter. Respondenternas video kan stöda båda kontexterna; den ger tillförlitlig information för kvinnorna för att de ska få kunskap om hurdan vård de kan förvänta sig under sin graviditet och förlossning, men den kan också ur hälsofrämjande kontext hjälpa kvinnorna och deras anhöriga att utveckla deras

egen health literacy med tillgång till saklig och lättbegriplig information. I bästa fall kan presentationsvideon påverka positivt även i det framtida familjelivet genom att skapa en trygghetskänsla av det kommande och på det sättet få föräldrarna att lita på sig själva och sjukvården genom att de är i goda händer.

I det teoretiska perspektivet beskriver respondenterna hur enligt Renkert & Nutbeam (2001) det skulle vara idealt i synnerhet för gravida kvinnor att ha en tillräckligt hög nivå av kritisk health literacy för att kunna komma åt tillförlitlig information och använda sig av den för att få större kontroll över sitt liv och faktorer som påverkar det. Faktum är att det nuförtiden finns ett verkligt behov av ett relativt högt health literacy som beror på förändringar som skett i samhället: kvinnorna är högre utbildade än förut, arbetslivet har blivit mer krävande och familjekonstellationen har förändrats. Förlossningarna har medicaliserats vilket leder till ett ökat behov av information för den som inte är insatt i medicin och förlossningar. Allt detta som beskrivs ovan skapar ett behov av informationsmaterial, som presentationsvideon är ett bra exempel på.

8.1 Hur teorin om systemfaktorer och tolv steg till att skapa informationsmaterial syns i slutprodukten

Presentationsvideon kan ses som ett medel som tillämpar de systemfaktorer som enligt Wizowski mm. (2014) påverkar människans health literacy. De systemfaktorer som ingår i videon är hälsoinformationens tillgänglighet och komplexitet, den fysiska miljön och vårdarens färdighet i kommunikation. När respondenterna skrev manuset till presentationsvideon fäste de uppmärksamhet vid att använda sådan terminologi som kan förstås av lekmän, och de undvek jargong. Åskådaren kan själv välja var hen vill se på videon, så det är möjligt att sitta i sitt eget hem i lugn och ro och se på videon när det bäst passar en. Respondenterna tycker att barnmorskan som var med på videon lyckades med att skapa en känsla av att hon kommunicerade med åskådaren, och den känslan försökte

respondenterna också lyfta fram genom användning av olika sätt att kombinera bild och ljud.

När respondenterna skrev manuset och utförde inspelningarna strävade de efter att följa Wizowskis et al. (2014) instruktioner till att skapa informationsmaterial som stöder patientens inläring. Presentationsvideon är exakt i att den återspeglar nuvarande praxis och beskriver tydligt hur den gravida kvinnans/ nyblivna familjens vårdstig på avd. 2 i Lojo sjukhus ser ut. Terminologin som används i presentationsvideon är lättbegriplig och språket tydligt för att åskådarna skall kunna följa med innehållet fast de inte skulle vara insatta i förlossningar. Dessutom kommer videon att bli tillgänglig på uppdragsgivarens nätsidor där vem som helst som är intresserad kan hitta den. Respondenterna försökte göra videon positiv och uppmuntrande, och begränsa informationen till det som patienterna behöver veta. Videon ger konkreta exempel av t.ex. tillgängliga smärtlindringsmetoder under förlossning. Respondenterna hoppas att uppdragsgivaren kommer att berätta om videons tillgänglighet för sin personal så att de kan bekanta sig med materialet och berätta om det till patienterna.

Wizowskis et al. (2014) tolv steg till att utveckla informationsmaterial till patienten har utgjort grunden för produktutvecklingsprocessen. Första steget, planeringsgruppen, bestod av respondenterna samt tre personer från uppdragsgivaren; biträdande avdelningsskötare, barnmorska Sari Mäkelä, avdelningsskötare Päivi Heinonen och barnmorska Laura Zwegberg. För själva inspelningarna anslöt sig mediestuderande Freddie Andersson från Arcada till respondenternas inspelningsteam. Andra steget, identifiering av syfte och målgrupp gick ut på att syftet var att skapa en presentationsvideo för gravida och deras anhöriga, som är i behov av information gällande vård under graviditet, förlossning och puerperalvård. Tredje steget, bedöm tillgängliga material, togs hand om på det sättet att respondenterna bekantade sig med material från olika förlossningsenheter med Baby-friendly certifikatet i Finland, och funderade på hur innehållet i det skulle kunna utnyttjas även i denna produktion. Instruktionerna från uppdragsgivaren utgjorde grunderna för steg fyra. Innehållet och steg fem, skriv information i klartext ingick i manuset. Steg sex, applicera en tydlig design, diskuterades både under förarbetet och i postproduktionen, vilket kan ses i bl.a. val av font, bakgrundsmusik och tekniska finesser. Steg sju, feedback från det kliniska teamet fick respondenterna första gången efter att de hade lämnat in

manuset; personerna i planeringsgruppen från uppdragsgivarens sida samt avdelningens överläkare läste igenom manuset och godkände det. Steg nio, godkännandet, fick respondenterna redan innan de kunde börja med utvecklingen av videon eftersom de behövde ett forskningslov från HNS som ansöktes genast när forskningsplanen för examensarbetet blev klart. Produktionen av materialet tog plats i slutet av maj 2017 – juni 2017. Videoinspelningen (steg tio, producera materialet) tog plats den 29.5.2017 i Lojo och efter det började efterarbetet med att editera och texta videon. I början av september skickades en version av videon till uppdragsgivaren för att de ännu skulle få komma med förbättringsförslag och kommentarer. Efter det gjordes en slutlig uppdatering med de kommentarer respondenterna fick från uppdragsgivaren. Respondenterna fick hjälp med ljudefterarbetet av Emil Soininen som arbetar på Arcada.

Övriga steg som inte nämns ovan som ingår i Wizowskis et al. tolv steg kommer att uppfyllas först efter att examensarbetet är inlämnat (steg åtta, feedback från patienter; steg elva, distribuering och steg tolv utvärdering).

8.2 Inspelningen och tekniken

Genom att följa uppdragsgivarens instruktioner (se kap.6.1) och genom att bekanta sig med andra förlossningsenheters videon sammanställde respondenterna ett manus för inspelningen. Respondent Sonja Österberg tog hand om det svenskspråkiga manuset medan respondent Laura Törnroos översatte manuset till finska. Respondenterna följde också Wizowskis et al. (2014) instruktioner till att skapa informationsmaterial åt patienter. Respondenterna diskuterade ifall man skulle göra både en svensk och en finsk version av videon. Efter noggrant övervägande tillsammans med uppdragsgivaren bestämdes det att det enbart skulle bli en finsk version med svensk textning p.g.a. tidsbrist i inspelningen och efterarbetet. Läkaren Heidi Sormunen-Harju på avdelning 2 i Lojo sjukhus läste också igenom manuset och godkände det innan inspelningarna inleddes. Mediestuderanden och fotografen Freddie Andersson hade med sig egen kamerautrustning, ljudutrustningen fick respondenterna från Arcada.

Respondenterna valde att använda sig av kamera med stativ under inspelning eftersom informationen i videon var det viktigaste och respondenterna ville att åskådaren ska fokusera på det som sägs. I de fall där personer rörde sig i bild kunde fotografen ta kameran i handen eller på axeln och filma därifrån. Båda respondenterna var med som statister i presentationsvideon och respondent Sonja Österberg skötte ljudinspelningen samt regin. Materialet filmades i HD-kvalitet för att sedan kunna degradera materialet vid behov.

Tillsammans skötte respondenterna om inbandning av berättarröst i juni 2017. Respondent Laura Törnroos fungerar som berättarröst i videon. Respondent Sonja Österberg gjorde efterarbetet under några veckor i juni samt i början av september 2017 som bestod i att logga och editera materialet till en 8 min lång presentationsvideo. Freddie Andersson gjorde färgkorrigering på det färdigklippta materialet i början av september. Ljudarbetet inleddes i början av september 2017 av Emil Soininen. Slutprodukten, en presentationsvideo på 8 minuter var klar i slutet av september och överräcktes till uppdragsgivaren vid Lojo sjukhus.

9 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

Att skriva detta examensarbete har varit en lärorik process. När vi började med arbetet någon gång i februari 2017, insåg nog ingen av oss riktigt ännu hur examensarbetet skulle byggas upp och komma att se ut som färdigt. Det som först var idéer hängande i luften började så småningom formas till en forskningsplan. När vi väl kom igång hade vi lite svårigheter att välja vad som var väsentligt för detta arbete. Uppdragsgivaren gav oss rätt fria händer gällande uppställandet av arbetet, så där fick vi inte heller hjälp med problemet. Ursprungligen var bakgrunden mycket mer omfattande än i den slutliga versionen eftersom vi blev tvungna att begränsa sidantalet och fundera på vad som var det viktigaste med tanke på vår forskningsfråga.

Att skriva arbetet tillsammans har visat sig att vara en bra lösning. Det har hjälpt när man tillsammans har kunnat bolla med idéer och ibland har den ena kommit att tänka på

någonting den andra inte skulle ha märkt, eller sett saker helt enkelt ur ett annat perspektiv. Då man skriver ett arbete tillsammans med någon annan har man också på ett positivt sätt en press på sig att göra sin del, eftersom man inte vill att den andra inte skall få sina studiepoäng i tid p.g.a. att den andra inte gör sin del av det som är överenskommet. Det faktum att vi båda har haft samma önskan av att få arbetet att framskrida med rätt snabb takt har också underlättat samarbetet; med andra ord har vi haft väldigt likadana målsättningar i studierna.

När man tänker på saken nu i efterhand så har detta examensarbete varit ett rätt omfattande projekt. Att framställa teoridelen var en sak i sig, men efter det var det minst lika mycket arbete med själva presentationsvideon. Vi gjorde ett manus för filminspelningen, först på svenska och sedan fick vi ännu översätta det till finska, eftersom uppdragsgivaren önskade att videon skulle vara finskspråkig. Filminspelningen tog en dag, men efter det började arbetet med ljud och klipp, som pågick ännu under sommaren tills skolan stängdes så att man inte mera kunde fortsätta med det förrän på hösten. Medan vi planerade filminspelningarna med mediastuderanden som filmade själva videon så kom det fram att vi antagligen också av ljudtekniska skäl skulle ha behövt en fjärde person i inspelningsteamet för att hjälpa till med ljudinspelningen. Det var svårt att hitta ens en studerande från medialinjen som var intresserad av att komma med i vårt arbete. På så kort varsel lyckades vi inte få en till person i inspelningsteamet.

Vi är rätt nöjda med själva presentationsvideon, men några detaljer finns det som vi skulle ha velat ändra på ifall vi hade en möjlighet. Till exempel skulle videon ha blivit lite livligare, om vi hade haft tillstånd att ha patienter med på den. Nu fick vi ju själva bidra med att spela patienter, men det skulle ha varit roligt att ha en familj med en baby med på videon så skulle amningsdelen ha blivit konkretare. Det som vi båda också reagerade på i slutliga videon var att fast man talade om papporna eller partnern och deras insats i vården av den nyfödda så hade vi inga män med på videon, så pappans roll kanske inte blev så tydlig som vi skulle ha hoppats på. Vi skulle också ha begränsat textmängden i videon, eftersom det kändes lite väl fullpackat och tungt, men uppdragsgivaren hade vissa krav på vad som skulle vara med på videon och ville att allt skulle få plats i den åtta minuter långa videon. Särskilt delen berörande förlossningssalen kändes lite tung med all info den innehöll.

Det som var bra med presentationsvideon var att vi fick med egentligen allt det som uppdragsgivaren önskade. Själva slutprodukten blev klar och tydlig. Man måste också ta i beaktande att vi inte fick betalt för arbetet och budgeten för produktionen var 0 €, så vi hade inte heller möjlighet att skaffa alla finesser som annars skulle ha kunnat utnyttjas.

Vårt examensarbete blev ett tvärvetenskapligt projekt, där vi hade nytta av vårt kunnande som barnmorskestuderanden, men också av Sonjas tidigare utbildning som medianom. Hjälp av mediestuderanden som var med i projektets sista fas gällande filminspelningen och färgkorrigeringen skulle vi inte heller ha klarat oss utan. Att göra detta examensarbete har verkligen varit en mognadsprocess som har lärt oss mycket av både vårt egna arbetsfält men som också gett oss insikt i projektarbete av detta slag.

KÄLLOR

Antonovsky, A. 1991, 2005, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, 271 s.

Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (red.). 2007, *Neuvolatyön käsikirja*, Hämeenlinna: Författarna och Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 525.

Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care 2009, WHO & Unicef. Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf, 80 s. Hämtad 17.3.2017.

Bærug, Anne; Øyvind, Langsrud; Beate, F.Løland; Tufte, Elisabeth; Tylleskär, Thor-kild; Fretheim, Atle. 2016. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3): 428–439. Tillgänglig: PubMed, hämtad 16.3.2017.

Babyvänligt sjukhus, 2017b HNS. Tillgänglig: http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/forlossningar/Babyvanligt_sjukhus/Sidor/default.aspx, hämtad 19.4.2017.

The Developer of Digital Health and Welfare Services, Arcada. Tillgänglig: <http://rdi.arcada.fi/dediwe/en/>, hämtad 17.3.2017.

Edvardsson, Bo. 1996, *Kvalitet och tjänsteutveckling*, Lund: Studentlitteratur, 254 s.

Ekenäs förlossningsenhet, Raseborgs stad 2017. Tillgänglig:

<http://www.raseborg.fi/forebyggande-halsovard-och-radgivning/modraradgivning-radgivning-for-gravida>, hämtad 26.4.2017.

God vetenskaplig praxis i studierna vid Arcada, Arcada. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf, hämtad 23.5.2017.

Hamilton Health Sciences, HHS 2017. Tillgänglig: <http://www.hamilton-healthsciences.ca/>, hämtad 11.4.2017.

Health literacy 2017. Svenska Mesh. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/Mesh/search/?searchterm=health+literacy>, hämtad 4.4.2017.

Hofvander, Yngve. 2005, Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatrica*, vol. 94 nr 8, s. 1012-1016. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite, hämtad 16.3.2017.

Hyvinkään sairaalalle vauvamyönteisyysertifikaatti, HNS 2015. Tillgänglig:

<http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Hyvink%C3%A4%C3%A4n-sairaalalle-vauvamy%C3%B6nteisyysertifikaatti.aspx>, hämtad 29.3.2017.

Imetyksen edistäminen synnytyssairaalassa, THL 2017. Tillgänglig:
[https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja _lastenneu-
vola/vauvamyonteisyys-ja-vauvamyonteisyysertifikaatti](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja _lastenneu-
vola/vauvamyonteisyys-ja-vauvamyonteisyysertifikaatti), hämtad 13.9.2017.

Jyväskylä förlossningsenhet, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017. Tillgänglig:
<http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Synnytys>, hämtad 26.4.2017.

Kylberg, Elisabeth; Westlund, Anna Maria; Zwedberg, Sofia. 2014, *Amning i dag*, 2:a upplagan, Stockholm: Gothia Fortbildning, s. 187.

Lundequist, Jerker. 1995, *Design och produktutveckling – Metoder och Begrepp*, Lund: Studentlitteratur, 135 s.

Medin, Jennie & Alexandersson, Kristina. 2000, *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*, Lund: Studentlitteratur, 180 s.

Puska, Pekka et al. 2009, *Imetyksen edistäminen Suomessa, Toimintaohjelma 2009-2012*, THL Rapport 32, Helsingfors: Yliopistopaino, s. 137.

Raskaus ja synnytys, HNS, TAYS, PPSHP, KYS & Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri. Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys> Hämtad 19.4.2017.

Renkert, Susan & Nutbeam, Don. 2001, *Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study*. Health Promotion International, vol. 16, nr 4, s.381-388. Tillgänglig: google;
<https://academic.oup.com/heapro/article/16/4/381/656754/Opportunities-to->, hämtad 4.4.2017.

Ringsberg, Karin C.; Olander, Ewy; Tillgren, Per. 2014, *Health literacy – Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*, Lund: Studentlitteratur, 267 s.

Simell, Olli. 1997. *Neurolakirja*, 5:e upplagan, Vammala: Orion Yhtymä, s. 566.

Sjukhus, 2017a. HNS. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukhus/Sidor/default.aspx>, hämtad 19.4.2017.

Social- och Hälsoministeriet. 2004, *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – Opas työntekijälle*, Helsinki: Social- och Hälsoministeriet, s. 318.

Salon förlossningsenhet, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2017.

Tillgänglig: <http://www.vssh.fi/sv/toimipaikat/salon-aluesairaala/Sidor/default.aspx>, hämtad 26.4.2017.

Vammala förlossningsenhet, Yle Uutiset 2013. Tillgänglig: <http://yle.fi/uutiset/3-6856568>, hämtad 26.4.2017.

Vasa centralsjukhus, Vasa sjukvårdsdistrikt 2017. Tillgänglig: https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/kvinnor-barn-och-spadbarn/graviditet-och-forlossning/, hämtad 11.4.2017.

Wizowski, Lindsay; Harper, Theresa; Hutchings, Tracy. 2014, *Writing health information for patients and families*, 4:e upplagan, Hamilton health sciences, Ontario, s. 140. Tillgänglig: http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing_HI_Edition4.pdf, hämtad 4.4.2017.

BILAGOR

Bilaga 1: Tio steg till lyckad amning

Unicef och WHO (2009) har introducerat ett tio stegs program till lyckad amning som har som målsättning att uppliva, återställa, omforma och stärka nationella initiativ relaterade till amning, eller att hjälpa skapa sådana initiativ där de inte finns. Tio stegs programmet utgör också minimikraven till att ett sjukhus kan beviljas Baby-friendly Hospital certifikatet av WHO.

Tio steg till lyckad amning enligt WHO & Unicef (2009), översatta till svenska av THL och Finlands Barnmorskeförbund:

Alla faciliteter som erbjuder tjänster för mödrar och nyfödda skall

1. Ha en skriven amningsstrategi/ handlingsplan som rutinmässigt delges all hälsovårdspersonal.
2. Undervisa all berörd personal i nödvändig kunskap för att genomföra denna handlingsplan.
3. Informera alla gravida och nyblivna mammor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amning.
4. Uppmuntra och stödja mammor att börja amma sitt nyfödda barn vid barnets första vakenhetsperiod, vilket vanligen sker inom två timmar.
5. Visa mammor hur de ska amma och upprätthålla amningen även om de måste vara åtskilda från sina barn.
6. Nyfödda barn ska ej ges mat eller dryck utöver bröstmjolk såvida det inte är medicinskt indikerat.
7. Praktisera samvård – tillåt mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.
8. Uppmuntra till fri amning.
9. Ej ge nyfödda ammade barn nappflaska eller tröstnapp.
10. Uppmuntra bildandet av stödgrupper för amning och hänvisa till dessa vid utskrivning från sjukhuset.

Bilaga 2: Tabell över materialinsamling

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Vald artikel
PubMed	effectiveness AND baby friendly hospital	Full text	29	Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial.
Academic Search Elite (EBSCO)	Health literacy, improve, childbirth	Peer Reviewed	14	Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study.
Google	Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study.	-	11800	Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study.
Academic Search Elite (EBSCO)	Baby Friendly Hospital Initiative AND breastfeeding	Full text Peer Reviewed	26	Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries.
Academic Search Elite (EBSCO)	health literacy, maternal, patient education, internet	Peer Reviewed	7	-

DeDiWe –projekt

Lohjan sha

Naisten- ja lastentaudit

Synnytystoiminnan esittelyvideo

DeDiWe tuottaa esittelyvideon

- kesto maksimissaan 8 minuuttia, jotta malttamaton ja kivuliaskin ensisynnyttäjä jaksaa katsoa ja kiinnostua
 - o riittävän informatiivinen ja puolueeton
 - o kodinomaisuus tulee esille
 - o henkilökunta mukana videolla
- synnyttäjän polku sairaalaan
 - o BabyFriendly –sairaalan näkyminen
 - o äitiyspkl
 - o antenataaliosasto
 - o synnytyssalit: ammehuone (sali 3), sektiosali, virvoittelu
 - o vesisynnytysmahdollisuus
 - o erilaiset kivunlievitysmenetelmät
 - lääkkeelliset: ilokaasu, epiduraali, spinaali, epid.+spinaaliyhdistelmä, lihakseen pistettävät lääkkeet
 - lääkkeettömät: quasha, akupunktio, vesi, pallo, tens
 - o perhehuonemahdollisuus, 1 ja 2 hengen huoneen esittelyt
 - o lapsivuodeosasto
 - o vastasyntyneiden valvontayksikkö
 - o pova-toiminnan esittely, lyhki- ja polikliinisten synnytysten mahdollisuudesta kertominen
- toimii myös itsenäisenä esittelyvideona, ja videota voidaan käyttää myös synnytysvalmennusten tukena
- kustannusarvio tarvitaan

Presentationsvideo. Manus, svensk version.

Vårdstigen för gravid kvinna vid Lojo sjukhus
Synnyttäjän polku Lohjan sairaalassa

Bildsättning

- Introduktionsbilder/Hus logo
- Mödrapolikliniken
- Förlossningsavdelning
- BB-vårdavdelning
- Övervakningsenhet för nyfödda, Vaava
- EXT, sjukhusets byggnad, natur

Berättarröst (VO)

Intervju med barnmorska som berättar om vårdstigen.

Barnmorska, Laura Zweygberg

1.INTRO, 5-10sek

HUS Logo

EXT, bilder

Lojo sjukhus

INT, bilder

Amningsfrämjande certifikat, förlossningsavdelningsskyltar, eventuellt korridorbilder upp till andra våningen.

Eventuellt Lojo kontaktuppgifter under hela videon i nedre balken eller så dyker uppgifterna fram vid vissa tillfällen.

Berättarröst:

Vid Lojo sjukhus finns bland annat mödrapoliklinik,

förlossningsavdelning, BB-vårdavdelning och övervakningsenhet för nyfödda.

2.MÖDRAPOLI

INT

Bildsättning:

- Mödrapolins utrymmen
- Barnmorskan Laura Zwegyberg kommer och hälsar på tittaren.
- Laura som berättar kort om mödrapolin
- Klient som väntar på att få gå på undersökning
- Ultraljud

Barnmorska, Laura:

Hej, jag heter Laura Zwegyberg och ska visa dig runt här på Lojo förlossningssjukhus. Vårdstigen för en gravid kvinna börjar vid mödrapolikliniken. Mödrapolikliniken finns här på våning 2. På mödrapolikliniken arbetar en läkare och två barnmorskor som du får träffa och diskutera frågor kring graviditeten.

Laura ber klienten komma in till undersökningsrum. Ultraljud.

Berättarröst/alternativt Laura i bild eller VO:

Den första gången du besöker mödrapolikliniken görs oftast en ultraljudsundersökning i tidig graviditet, det vill säga i vecka 10+0 till vecka 13+6.

Berättarröst/alternativt Laura i bild eller VO:

I samband med undersökningen utreds graviditetens längd/beräknad tid, antalet foster och hjärtljudet kontrolleras. Man tittar också allmänt på fostrets uppbyggnad och ifall det finns en nacksvullnad. Ett andra ultraljud görs i vecka 19-21. Med hjälp av ultraljud uppskattar man babyens mående, storlek och bjudning.

Berättarröst, forts.:

Som klient på mödrapolikliniken har du rätt att träffa vårdpersonal flera gånger under din graviditet. Från mödrapolikliniken får du också svar på olika frågor som du funderar på inför förlossningen. Vid avvikande graviditet finns det möjlighet till

uppföljning utöver den sedvanliga mödravården. Man kan boka tid för introduktionsbesök både på svenska eller på finska till förlossningssjukhuset ifall så önskas. Din partner eller stödperson kan också komma med under besöken.

3.FÖRLOSSNINGSSAL

INT

- Barnmorskan Laura förevisar vägen till förlossningssalen
- Laura talar kort om förlossningssalen, verksamheten där
- Förlossningssal 3
- badkar, vatten som tappas upp
- rekvisita, gympabollar, guasha-kam, smärtekammar, TENS-apparat etc.
- barnmorskor som går i korridor, in genom dörr etc.

Barnmorska, Laura:

Förlossningssalarna är belägna på samma våning som mödrapolikliniken, våning 2. Då det är dags att föda är det bra att ringa förlossningsavdelningen för att meddela om att du är på väg. Förlossningsgränsen är H 35 + 0. Varje familj som kommer till avdelningen får individuell handledning och information enligt familjens mående och behov. Vi har tre förlossningssalar och alla har gjorts så trivsamma och lugna som möjligt. I varje förlossningssal finns det badkar som kan användas som smärtlindring i öppningsskedet. Vattenförlossning är också möjlig.

Berättarröst:

Det finns tillgång till medicinsk och ickemedicinsk smärtlindring dygnet runt.
(Nämner kort något till om smärtlindringen?)
Hudkontakten mellan baby och mamma är viktig och den stöder vi genast efter förlossning. Avdelningen erbjuder amningshandledning enligt programmet för ett babyvänligt sjukhus. Det finns alltid barnmorskor, anestesiläkare, förlossningsläkare och barnläkare på plats dygnet runt som ser till att du och ditt barn mår bra. Kejsarsnittet görs på samma avdelning.

4.ÖVERVAKNINGSENHETEN FÖR NYFÖDDA - VAAVA

INT

- Barnmorskan Laura förevisar Vaava avdelningen.
- Sari och Laura sköter om en nyfödd
- skyltar
- barnmorskor som går i korridor, in genom dörr etc.
- eventuellt, nyfödd rullas i vagn in till Vaava

Barnmorska, Laura:

Ibland behöver nyfödda extra övervakning efter förlossning. Vi har två platser för nyfödda på övervakningsenheten som också kallas för Vaava från finskans Vastasyntyneiden valvontayksikkö. Övervakningsenheten ligger i omedelbar närhet av förlossningssalarna och BB-vårdavdelningen på andra våningen. På avdelningen vårdas nyfödda med olika problem:

- Blodsockerproblem
- Infektioner
- Andningssvårigheter
- Adaptionstörningar

Berättarröst:

På avdelningen arbetar sjukskötare, barnmorskor och barnläkare. Föräldrarna till nyfödda får vara hos sin baby så mycket de vill. Hudkontakten är mycket viktig och föräldrarna har möjlighet att hålla sitt barn hud mot hud även om de är på den här avdelningen.

Varje familj får individuell handledning och information enligt familjens behov. Vi lyssnar även på era önskemål och följer dem i mån av möjlighet.

5.BB-VÅRDAVDELNING

INT

- Barnmorskan Laura visar ett rum på BB-vårdavdelningen
- matsalen
- 1-2 personers rum

-skyltar

Barnmorska, Laura:

Ca 2 timmar efter förlossningen får du flyttas till BB-vårdavdelningen med ditt barn. Vid kejsarsnitt kommer du till avdelningen från uppvaket. BB-vårdavdelningen är i omedelbar närhet av förlossningssalarna och övervakningsenheten för nyfödda. På BB-vårdavdelningen finns familjerum och 2 personers rum. Alla lämpar sig som familjerum. Vårdtiden på BB-vårdavdelningen är vanligen 2 dagar efter förlossningen, men kan vara kortare eller längre beroende på hur babyn och mamman mår.

Berättarröst:

Vårt mål är att stöda och stärka relationen mellan dig och ditt barn. Du får hjälp med babyvården och med amningen så att du känner dig trygg när du åker hem.

Familjer som behöver amningshandledning sköts på polikliniska mottagningen tills babyn är upp till ett halvt års ålder.

Barnmorska, Laura:

Vid frågor om vårdstigen för gravida går det alltid att ringa till Lojo sjukhus. Hejdå!

6.SLUT

EXT

-Lojo Sjukhus

HUS Logo?

Esittelyvideo. Käsikirjoitus, suomenkielinen versio.

Presentationsvideo / Esittelyvideo

Vårdstigen för gravid kvinna vid Lojo sjukhus
Synnyttäjän polku Lohjan sairaalassa

Bildsättning / Kuvat

- Introduktionsbilder/Hus logo
- Mödrapolikliniken / Äitiyspoliklinikka
- Förlossningsavdelning / Synnytyssosasto
- BB-vårdavdelning / Lapsivuodeosasto
- Övervakningsenhet för nyfödda, Vaava
- EXT, sjukhusets byggnad, natur

Berättarröst (VO) / Kertoja (VO)

Intervju med barnmorska som berättar om vårdstigen. / Kätilön haastattelu
Barnmorska, Laura Zwegyberg

1.INTRO, 5-10sek

HUS Logo

EXT, kuvia

Lohjan sairaala

INT, kuvia

Vauvamyönteisyssertifikaatti, synnytyssosaston kyltit, mahd. käytäväkuvia matkalta toiseen kerrokseen.

Lohjan sairaalan yhteystiedot näkyviin alapalkkiin koko videon ajan tai niin että ne nousevat esiin tietyissä kohdissa.

Kertoja:

Lohjan sairaalassa on mm. äitiyspoliklinikka, synnytyssosasto, lapsivuodeosasto ja vastasyntyneiden valvontayksikkö.

2. ÄITIYSPOLI

INT

Kuvanasettelu:

- Äitiyspolin tilat
- Kätilö Laura Zwegyberg tulee tervehtimään katsojaa
- Laura kertoo lyhyesti äitipolista
- Asiakas odottaa ultraan pääsyä
- Ultraääni

Kätilö, Laura:

Hei, olen Laura Zwegyberg ja esittelen sinulle tilamme täällä Lohjan synnytyssairaalassa. Raskaana olevan naisen hoitopolku alkaa äitiyspoliklinikalta. Äitiyspoliklinikka on täällä 2. kerroksessa. Äitiyspoliklinikalla työskentelee lääkäri ja kaksi kätilöä, jotka saat tavata ja joiden kanssa voit keskustella raskautteen liittyvistä kysymyksistä.

Laura pyytää asiakkaan sisään tutkimuhuoneeseen. Ultraääni.

Kertoja/vaihtoehtoisesti Laura kuvassa tai VO:

Ensikäynti äitiyspoliklinikalla on yleensä 1. ultraääni seulontatutkimus, joka tehdään alkuraskaudessa raskausviikolla 10+0 – 13+6.

Kertoja/vaihtoehtoisesti Laura kuvassa tai VO:

Ensimmäisen uä- tutkimuksen yhteydessä selvitetään raskauden kesto / laskettu aika, sikiöiden lukumäärä ja sydänäännet.

Sikiön rakenteita voidaan tarkistella pääpiirteittäin ja niskaturvotus mitataan. Lisääntynyt niskaturvotus voi merkitä suurentunutta kromosomipoikkeavuuden tai rakennepoikkeavuuden riskiä.

Toinen ultraäänitutkimus, nk. 2. rakennetutkimus tehdään viikoilla 18-21. Tässä tutkimuksessa voidaan todeta noin kolme neljästä sikiön merkittävästä rakennepoikkeavuudesta. Ultraäänen avulla voidaan arvioida myös vauvan vointia, kokoa ja tarjontaa.

Kertoja, jatkuu:

Äitiyspolin asiakkaana sinulla on mahdollisuus tavata hoitohenkilökuntaa useamman kerran raskautesi aikana. Voit saada vastauksia mieltäsi askarruttaviin, raskauteen ja synnytykseen liittyviin kysymyksiin.

Riskiraskauksia seurataan tiheämpään myös äitiyspolilla, neuvolaseurantojen lisäksi. Sairaalamme tarjoaa synnyttäjille mahdollisuuden varata ajan tutustumiskäynnille synnytysosastollemme ja palvelua saat sekä suomen että ruotsin kielellä. Puolisosi tai tukihenkilö on myös tervetullut mukaan tutustumiskäynnille.

3.SYNNYTYSSALI

INT

- Kättilö Laura näyttää tien synnytyssaliin
- Laura kertoo lyhyesti synnytyssaleista ja niiden toiminnasta
- Synnytyssali 3
- Amme, jonne lasketaan vettä
- rekvisiittaa, jumppapalloja, guasha-kampa, kipukampoja, TENS-laite jne.
- kättilöitä käytävällä kävelemässä, menossa ovesta jne.

Kättilö, Laura:

Synnytyssalit ovat samassa kerroksessa kuin äitiyspoliklinikkakin, 2. kerroksessa. Kun synnytyksen aika koittaa, on hyvä soittaa synnytysosastolle ja ilmoittaa tulostansa. Viikkoraja osastollamme hoidettaville synnytyksille on H 35+0. Jokainen synnyttämään saapuva perhe saa tietoa ja ohjausta oman vointinsa ja tarpeensa mukaan. Meillä on kolme viihtyisää ja rauhallista synnytyssalia, joissa kaikissa on ammeet, joita voidaan käyttää kivunlievitykseen avautumisvaiheessa. Myös vesisynnytys on sairaalassamme mahdollista.

Kertoja:

Sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat saatavilla vuorokauden ympäri.

(Kertoo jotain kivunlievitysmenetelmistä?)

Äidin ja lapsen välinen ihokontakti on tärkeää, ja sitä tuetaan heti synnytyksen jälkeen. Osasto tarjoaa imetysohjausta vauvamyönteisyysohjelman mukaisesti. Paikalla on vuorokauden ympäri aina kätilöitä, synnytyslääkäreitä, lastenlääkäreitä ja anestesialääkäreitä, jotka varmistavat että sinä ja lapsesi voitte hyvin. Myös sektiot hoidetaan samalla osastolla.

4.VASTASYNTYNEEN VALVONTAYKSIKKÖ - VAAVA

INT

-Kätilö Laura esittelee Vaavaa

-Sari ja Laura hoitavat vastasyntynyttä

-kylttejä

-kätilöitä käytävällä kävelemässä, menossa ovesta jne.

-mahd. vastasyntynyt, joka kuljetetaan sängyllä vaavaan

Kätilö, Laura:

Joskus vastasyntynyt tarvitsee tehostettua valvontaa synnytyksen jälkeen. Tätä varten meiltä löytyy kaksipaikkainen vastasyntyneiden valvontayksikkö, Vaava, joka sijaitsee synnytyssalien ja lapsivuodeosaston välittömässä läheisyydessä toisessa kerroksessa. Yksikössä hoidetaan vastasyntyneitä eri ongelmien vuoksi:

- Verensokeriongelmat
- Infektiot
- Hengitysvaikeudet
- Sopeutumisvaikeudet

Kertoja:

Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, kätilöitä ja lastenlääkäreitä. Vanhemmat saavat olla vastasyntyneensä kanssa niin paljon kuin haluavat. Ihokontakti on tärkeää, ja vanhemmilla on mahdollisuus pitää vauvaansa ihokontaktissa myös tällä osastolla. Jokainen perhe saa tukea ja neuvoja omien tarpeidensa mukaan. Kuuntelemme myös toiveitanne ja pyrimme ne toteuttamaan mahdollisuuksien rajoissa.

5.LAPSIVUODEOSASTO

INT

- Kätilö Laura esittelee huoneen lapsivuodeosastolla
- ruokasali
- perhehuoneet, 2-hengen huoneet
- kylttejä

Kätilö, Laura:

Noin kahden tunnin kuluttua synnytyksestä perhe saa siirtyä synnytyssalista lapsivuodeosastolle. Mikäli sinulle on tehty sektio, siirryt lapsivuodeosastolle heräämön kautta. Lapsivuodeosasto on synnytyssalien ja vaava-yksikön välittömässä läheisyydessä. Lapsivuodeosastolla on perhehuoneita ja kahden hengen huoneita. 2 Hengen huone voidaan tarvittaessa muuttaa perhehuoneeksi. Keskimääräinen hoitoaika lapsivuodeosastolla on 2 päivää synnytyksestä, mutta vaihtelee yksilöllisesti äidin ja vauvan voinnin huomioiden ottaen.

Kertoja:

Tavoitteemme on vahvistaa suhdettanne syntyneeseen lapseen. Saatte apua vauvanhoidossa ja ohjausta imetyksessä, jotta tuntisitte olonne turvaliseksi kotiutuessanne. Imetysohjausta tarvitsevia perheitä hoidetaan polikliinisillä vastaanotoilla tarpeen mukaan aina siihen saakka kunnes vauva on puolivuotias.

Kätilö, Laura:

Odottajan hoitopolkuun liittyvissä kysymyksissä voit aina soittaa Lohjan sairaalaan. Heippa!

6.LOPPU

EXT

-Lohjan Sairaala

HUS Logo?

Bilaga 5: Länk till presentationsvideo på nätet

Lohjan sairaala, osasto 2. Längd: 8:22

<https://www.youtube.com/watch?v=wZhw8lhzYeA&feature=youtu.be>