

”Den lilla väskan som man säger att man ska packa och ha i hallen, den fanns ju inte”

En kvalitativ studie om mammors upplevelser att föda prematurt

Sara Sjöskog & Pauliina Sundberg

Examensarbete för (YH)-examen social- och hälsovård

Utbildningen sjukskötare (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Sara Sjöskog och Pauliina Sundberg

Utbildning och ort: sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Ståhl - Levón

Titel: Den lilla väskan som man säger att man ska ha i hallen, den fanns ju inte” – en kvalitativ studie om mammors upplevelser att föda prematurt

Datum 5.5.2019 Sidantal 42

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse om mammornas upplevelser att föda prematurt och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation. Vi vill även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården. Vi vill även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården på en neonatalavdelning, det vill säga på en avdelning för sjuka nyfödda barn.

I bakgrunden förklaras vad prematuritet betyder och frågor som vem räknas som prematur och varför vissa mammor föder för tidigt. Det finns även med statistik för prematuritet, exempelvis hur många av alla barn som föds i Finland föds prematurt. För att läsaren ska förstå hur omfattande neonatalvården kan vara, beskrivs även i bakgrunden vilka sjukdomar som barnet kan drabbas av samt vad som är grundläggande för en god vård för det lilla barnet och hur en familjecentreradvård har effekter för familjen.

Studien är baserad på podcasts och vi har hört, transkriberat och analyserat resultat ifrån poddarna. Vi valde fyra stycken mammor som berättade om sina unika berättelser men som ändå såg livet på samma sätt mitt uppe i sin familjs kris. Mammorna beskriver att de kände rädsla, oro och att det var psykiskt tungt. Under hela tiden på sjukhuset kändes det överkligt och nedstämt. Trots dessa negativa känslor fanns det hos varje mamma ett hopp om att barnet ska överleva.

Språk: svenska

Nyckelord: prematur, nyfödda, mammor, neonatologi, känslor

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Sara Sjöskog ja Pauliina Sundberg

Koulutus ja paikkakunta: sairaanhoitaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Anita Ståhl - Levón

Nimike: Pieni laukku, jonka sanot sinun pitäisi pakata ja olla oven edessä,
se ei ollut siellä-laadullinen
tutkimus äidin kokemuksista ennenaikaisen ruokinnan aikaansaamiseksi

Päivämäärä 5.5.2019 Sivumäärä 42

Liitteet 1

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada syvempi käsitys äitien kokemuksista ennenaikaisesta synnytyksestä, ja mitä tunteita tämäntyyppisen kriisin aikana herää. Haluamme myös saada lisää tietoa siitä, miten äidit kokevat hoidon tuen neontataaliosastolla eli sairaiden vastasyntyneiden osastolla.

Taustalla selitämme, mitä ennenaikaisuus merkitsee, kuka lasketaan ennenaikaseksi ja miksi jotkut äidit synnyttävät ennenaikaisesti. Meillä on jopa tilastoja ennenaikaisuudesta, esimerkiksi kuinka moni Suomessa syntyneistä lapsista on syntynyt ennenaikaisesti. Jotta lukija ymmärtäisi, kuinka laaja hoito neonatologiassa olla, olemme taustalla selvittäneet, mistä sairauksista lapsi voi kärsiä, mikä on olennaisen tärkeää pienen lapsen hyvän hoidon kannalta ja miten perhekeskeinen hoito vaikuttaa perheeseen.

Olemme tehneet podcasteihin perustuvan tutkimuksen, jossa kuuntelimme, kirjoitimme ja analysoimme tuloksia kuuntelumme perusteella. Valitsimme neljä äitiä, jotka kertoivat ainutlaatuisista tarinoistaan, ja jotka kuitenkin näkivät elämän samalla tavalla perheen kriisin keskellä. Äidit kertoivat, että he tunsivat pelkoa, huolta ja aika oli henkisesti raskasta. Aika sairaalassa tuntui epärealistiselta ja masentavalta. Näistä negatiivisista tunteista huolimatta oli jokaisella äidillä toivoa että lapsi selviytyy.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: keskonen, vastasyntynyt, äidit, neonatologia, tunteet

BACHELOR'S THESIS

Author: Sara Sjöskog and Pauliina Sundberg

Degree Programme: nursing, Vasa

Supervisor(s): Anita Ståhl-Levón

Title: "The small bag that they say should be in the hall, it wasn't there" –
a qualitative study about mothers experiences to give birth too early

Date 5.5.2019

Number of pages 42

Appendices 1

Abstract

The purpose of this bachelor's thesis is to get a deeper understanding about mother's experiences giving birth prematurely and what kind of feelings that comes up in this kind of situation. We also want to get more knowledge about how mothers experience the support from the care on a neonatal unit which is a unit for sick and newly born children.

The background explains what premature means, and questions like which babies count as a premature and why some mothers get birth too early. There is also statistics about premature, for example, of all children that get born in Finland, how many is born prematurely? We want the reader to understand how extensive the care on a neonatal unit can be, so we have also mentioned what kind of sicknesses the child can appear to have, also the essentials for a good care to the child and how a family centered care have effects on the whole family.

The study is based on podcasts, and we have heard, transcribed and analyzed the result from the podcasts. We chose four mothers who told their unique stories, but who also saw the life on the same way in the middle of a crisis. The mothers describe fear, concern and that it was mentally heavy. It felt unreal and they felt down during the whole time at the hospital. Even though these negative feelings, there were always found a hope among every mother that their child would survive.

Language: Swedish

Keywords: premature, new born, mothers, neonatology, feelings

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Teoretisk bakgrund	2
3.1	Fostrets utveckling	3
3.2	Orsaker till tidig födsel.....	5
3.3	Havandeskapsförgiftning	6
3.3.1	Graviditetsdiabetes.....	6
3.3.2	Flerbördsgraviditet.....	7
3.3.3	Stress	7
3.3.4	Komplikationer i moderkakan	7
3.3.5	Betydande övervikt hos mamman	8
3.4	Risk för sjukdomar.....	8
3.4.1	Asfyxi	8
3.4.2	Apnéer.....	10
3.4.3	Bronkopulmonell dysplasi (BDP).....	11
3.4.4	Prematuritets-retinopati (ROP).....	11
3.4.5	Kardiovaskulära problem.....	12
3.4.6	Gulsot.....	12
3.5	Omvårdnad och behandling.....	13
3.5.1	Hygien	13
3.5.2	Nutrition.....	13
3.5.3	Respiratorbehandling och kuvös.....	14
3.6	Mammornas självförtroende och stöd	14
3.7	Mammors upplevelse av sjukhusvistelsen	16
3.8	Etik inom sjukvården	16
3.9	Familjecentrerad vård	17
3.10	NIDCAP	19
3.11	Amningens betydelse för mamman	21
3.11.1	Amningsobservationer av sjuka nyfödda barn.....	22
3.12	Kängurumetoden	23
3.13	Övergången från sjukhus till att få komma hem	23
4	Teoretisk utgångspunkt.....	24
4.1	Anknytningsteorin	25
5	Metod	27
5.1	Kvalitativ metod.....	27
5.2	Val av informanter	28

5.3	Datainsamlingsmetod.....	28
5.4	Dataanalys.....	29
6	Etiska överväganden.....	29
7	Resultat	30
7.1	Upplevda känslor före inskrivning.....	30
7.2	Upplevda känslor under sjukhustiden	31
7.3	Upplevda känslor efter utskrivning	33
7.4	Upplevelse av vården.....	34
8	Spegling mot bakgrund och vårdteori.....	34
9	Metoddiskussion.....	37
10	Resultatdiskussion	38
11	Källförteckning	40
12	Bilagor	43

1 Inledning

Detta arbete handlar om mammors upplevelser att få prematurer (för tidigt födda barn) eftersom det är viktigt att inom vården känna till känslprocesser som kan uppstå hos mamman vid en så speciell och jobbig situation som denna. Att få ett prematurt barn kan i många fall leda till långa sjukhusvistelser och många oroligheter för anhöriga. Detta kan väcka många olika känslotillstånd hos föräldrarna, därför anser vi att det är viktigt att förstå hur mamman upplever dessa svåra situationer.

Studien är baserat på podcasts. Det finns många podcasts i dagens läge med många olika ämnen. Efter en del sökningar hittades många intressanta podcasts inom det ämne som valts till studien. Dessa podcasts kan vara väldigt hjälpsamma och ge stöd för mamman som är i en liknande eller samma situation och får känna att de inte är ensamma om att föda före graviditetsvecka 37. I de podcasts som valts ut så berättar mamman väldigt ingående om sin graviditet och förlossning samt eventuella komplikationer som uppstått. Mamman får prata fritt om det känslsamma ämnet med intervjuaren. Genom att analysera dessa poddar fås det fram en bättre förståelse för mamman som fått ett prematurt barn. Som vårdare bör man inse hur viktigt det är att förstå hur situationen upplevs från patientens sida. På vissa ställen i texten används ordet "poddar" istället för podcasts för att göra texten mera svensk.

Att bli förälder är ofta något många längtar efter och som man förbereder sig på i nio månader. Blir barnet fött för tidigt, rubbas den planen som föräldrarna tänkt sig och mitt i allt är barnet där utan att mamman eller pappan känner sig förberedda. Föräldrarna har dessutom vissa förväntningar och bygger upp en bild hur det kommer vara att bli småbarnsförälder. Att starta föräldraskapet med många sjukhusvistelser och att bara vistas med barnet i sjukhusmiljö är en annan bild än vad föräldrarna har tänkt sig. Situationen de nu befinner sig i är helt främmande och inget de kunnat och hunnit förbereda sig på. Får föräldrarna under graviditeten reda på att barnet troligtvis kommer bli för tidigt fött så finns det en chans för föräldrarna att kunna börja bearbeta informationen. Känslor som uppstår hos föräldrarna i samband med beskedet är bland annat sorg, och de kan få svårigheter att knyta an till barnet. Därför är alltid stöd, information och förtroende från vårdpersonalen extra viktigt. (Jackson & Wigert, 2013, 35 - 37)

Ämnet prematur intresserar båda korrespondenterna och det är ett ämne som kan diskuteras mycket. Det är inte lätt att föda ett barn så pass tidigt att man inte vet hur barnet kommer klara sig i framtiden. Detta kan ta hårt på både mamman, pappan och hela familjen. Vi vill få

en djupare förståelse om mammornas upplevelser att föda prematurt och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation. Vi vill även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse om mammornas upplevelser att föda prematurt och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation. Vi vill även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården.

Våra frågeställningar i vårt examensarbete är:

Vilka känslor upplever en mamma som fött ett prematurt barn?

Hur upplever mammorna stödet från vården?

3 Teoretisk bakgrund

I bakgrunden förklaras vad prematur betyder, varför vissa mammor föder för tidigt, vilka sjukdomar barnet riskerar att få, samt hur situationen påverkar mammans och barnets anknytning till varandra. Eftersom fostret och fostrets organ inte är fullt utvecklade för det ofta med sig större risk att barnet får följsjukdomar. Denna tid är påfrestande för föräldrarna och studien vill framförallt lyfta fram vilka känslor som uppkommer i en sådan situation.

Prematur betyder för tidigt född och det första som man tänker på är att barnet är liten i storleken. Jämfört med normalt nyfödda är prematurer både små och sköra. Men den största utmaningen i vården är inte den lilla storleken utan kroppsmognaden, vilket beror mest på graviditetsveckan. Kroppens skydd är den tunna huden som till och med kan verka genomskinlig, vilken är speciellt på de extremt tidigt födda. Huden är också väldigt röd i färgen och dess blodkärl syns tydligt. Kroppens omognad gör att prematuren blir mer mottaglig för infektionsbakterier. (Stolt, Yliherva & Parikka, 2017, 10)

Den normala graviditetslängden är 39+5 veckor vilket betyder att man varit gravid i 39 veckor och fem dagar. Då väger barnet i genomsnitt 3500 gram. Enligt THL:s perinatalstatistik föddes det 50 851 barn i Finland år 2017. Av dem föddes 5,9 % det vill säga cirka 3000 barn under vecka 37, vilket då räknas som prematurt. Samma år föddes 420

små prematurer, vilket betyder barn som vägde under 1500g. Med tvillinggraviditet är 36 veckor den genomsnittliga graviditetslängden och den genomsnittliga vikten är 2500g. En trillinggraviditet varar i genomsnitt 32 veckor, men det är väldigt sällan det händer i Finland. (Se bilaga 1) World Health Organisation, WHO uppskattade slutet av 2015 att det föds 15 miljoner prematurer årligen. Antalet tidiga födselar per land kan variera mellan 5 – 18 %. Vanligaste orsaken dödligheten för barn under fem år beror på någon komplikation som kommit i samband med den tidiga födseln. (Stolt, et al. 2017, 10 - 12)

Finland ligger på andra plats när det gäller överlevnaden av prematura barn. I Finland överlever 88 % av alla prematurer, bara Japan är bättre, där överlever 93 %. I den forskning som gjorts granskades små prematurer som fötts mellan vecka 24 - 29. Man jämförde överlevnaden av prematurer i 11 olika i-länder. Finland, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Sverige, Schweiz, Japan, Israel, Spanien, Italien och Storbritannien. (Vainikainen, 2017) (Helenius, Sjörs, & Shah, 2017)

Det finns tre olika typer av prematur. *Lätt prematur* kallas det barn som blivit född mellan graviditetsvecka 32-36. Dessa barn har sällan några större problem. Lungorna kan i undantagsfall vara för omogna så att de behöver hjälp med andningen. Problemet hos dessa barn är att de kan ha svårigheter med att äta själva. Före 34-35 graviditetsveckan kan de inte suga, så de behöver få hjälp med sondmatning. De kan även ha det svårt att reglera kroppstemperaturen, därför kan de få ligga i en kuvös. Hos de flesta fall läggs ändå barnet i säng utan några större problem. *Måttligt prematur* är de barn med en graviditetslängd på 28-31 graviditetsveckor. De flesta barn i denna grupp har outvecklade lungor och behöver därför respiratorbehandling. Dock behövs ofta respiratorn endast under en kort period. *Extremt prematura barn* är födda före 28 graviditetsveckan. Lungorna är outvecklade i de flesta fall och de behöver då respiratorbehandling eller en CPAP behandling. En CPAP anses vara skonsammare åt barnet och speciellt för lungorna. (Saugstad, 1999, 42 - 43)

3.1 Fostrets utveckling

Fostret växer snabbare under första hälften av graviditeten än den andra halvan och foster med manligt kön är ofta större än de kvinnliga. När fostret är färdigutvecklat är skillnaden mellan könen cirka 130 gram. Man följer med fostrets intrauterina tillväxt (in i livmodern) med hjälp av ultraljud. Alla foster följer ett mönster i tillväxten. Men ofta är de barn som föds prematurt, ca en tredjedel, tillväxthämmande. Man kan känna fosterrörelser efter tjugonde graviditetsveckan, men ultraljud har visat att fostret rör sig aktivt mycket tidigare.

Koordinationen förbättras och runt graviditetsvecka 16 kan alla typer av rörelser som det nyfödda barnet har identifieras. Fostret reagerar på sinnesintryck i livmodern. Fostret kan exempelvis börja röra sig vid beröring av magen. Fostret reagerar på ljus- och ljudimpulser efter graviditetsvecka 20 - 24. Om ett foster efter graviditetsvecka 28 utsätts för upprepade stimuli, kan det visa tecken på inläring. Det kallas för habitulering. Det har visat sig att om man exponerar fostret för exempelvis en viss sorts musik så kan barnet senare reagera på musiken efter födseln. Förut trodde man att foster inte känner smärta, men det har visat sig att fostret känner smärta från och med vecka 24, men fostret är inte då medveten om smärtan. (Hagberg, Marsal & Westgren, 2008)

Ett stort problem hos prematura barn är att lungorna inte är färdigutvecklade. Fostret utvecklar ett kapillärt kärlsystem i lungorna som kan göra gasutbyte möjligt efter graviditetsvecka 22. Alveoler utvecklas ända fram till födseln i tre till fyra omgångar. I alveolerna finns cylindriskt epitel som vid barnets första andetag förändras till platt epitel. Vid graviditetsvecka 23 - 24 är fostrets alveoler och luftvägar vätskefyllda. Lipoproteiner bildas i lungorna som gör att lungorna efter födseln kan utvidgas. Ända fram till graviditetsvecka 34 kan det finnas för lite lipoproteiner som ofta leder till lungkomplikationer hos prematurer. Vid hot om för tidig förlossning kan man ge steroider åt mamman för att stimulera lungornas utveckling hos fostret. Utvecklingen av den gastrointestinala kanalen (mag- och tarmkanalen) är i princip färdig redan runt 20:nde graviditetsveckan. Tarmvilli och längden av tunn- och tjocktarmen har utvecklats efter vecka 16. Den funktionella utmognaden samt körtlar fortsätter fosterlivet ut, och även efter födseln. Fostrets njurar bildas fram till graviditetsvecka 34 - 36. Tidigt under andra trimestern börjar urinproduktionen och det kan med säkerhet bevisas vid vecka 16, då man ser via ultraljud hur fostrets urinblåsa fylls och töms. I femte graviditetsveckan börjar ovarier och testiklar utvecklas. Sedan efter två veckor börjar Y-kromosomen utvecklas till testikel eller X-kromosomen till ovarier. Yttre genitalier kan man börja se föst med säkerhet vid tredje graviditetsmånaden. Huden på fostret är transparent i början av andra trimestern. Fostret utvecklar naglar och håret börjar växa efter graviditetsvecka 16 och då blir också huden skrynklig och rödaktig. Fjunliknande hår börjar utvecklas på huden och även underhudsfett börjar samlas. Ögonen börjar öppnas och hudrynkor börjar försvinna vid graviditetsvecka 28. (Hagberg, et al. 2008, 40–51)

3.2 Orsaker till tidig födsel

Generellt finns det inga direkta orsaker varför somliga mammor föder för tidigt men det man vet är att vissa faktorer kan påverka. De flesta fallen till att barnet föds för tidigt beror på att det är någon inflammation i mammans livmoder som medför tidiga värkar. Svaghet och missbildning och samt lossning av moderkakan kan bli en livshotande situation för barnet och mamman. Bakgrundssjukdomar kan vara avgörande. Om mamman lider av t.ex. diabetes, urinvägsinfektion eller njursjukdomar som påverkar fostret kan det sätta igång en förlossning. I somliga fall växer inte fostret i den takt som det borde och måste därför komma ut tidigare. Det är viktigt att moderkakan fungerar som den ska annars kan moderkakan inte ge tillräckligt med syre eller näring till fostret. Om moderkakan lossnar före beräknad förlossning är risken stor att barnet föds för tidigt i akut kejsarsnitt på grund av syrebristen. (Saugstad, 1999) Flerbördsgraviditeter, vaginal blödning under graviditet, lågt BMI, sköldkörtelproblem, högt blodtryck samt astma är associerade med en större risk att få för tidigt födda. Om mamman lider av psykisk stress eller om hon röker kan det också medföra en större risk. (Lilliecrutz, Larèn, Sydsjö & Josefsson, 2016) I vissa fall behöver det inte vara ”fel” på mamman utan fostret kan ha en infektion eller missbildning som leder till att det föds för tidigt. Det viktiga att komma ihåg är att det inte alltid finns någon egentlig orsak varför barnet föds för tidigt. Mamman kan vara orolig att det är hennes ”fel” att barnet fötts för tidigt men sällan kan mamman påverka denna process att barnet vill ut tidigare än beräknat. (Saugstad, 1999)

Kan man göra något för att hindra att barnet föds prematurt? I dagens läge är det ett stort intresse att förbättra diagnostiken av hotande prematura födslar. Kvinnor som har kända riskfaktorer (som vi nämnt ovan) har ändå en ganska liten risk att föda prematurt, och cirka 50 % av alla mödrar som föder ett prematurt barn saknar fortfarande riskfaktorer. Regelbundna cervixkontroller, registrering av värkar hemma och täta kontroller hos polikliniken hos mammor med riskfaktorer har prövats med måttlig effekt. En del mammor kan ha så kallade falska värkar och då är det viktigt att identifiera dessa falska värkar så att mamman inte utsätts för onödig påfrestande vård. (Hagberg, et al. 2008, 441 - 442)

I Finland är prematurförlossningar få (ca sex procent) jämfört med andra länder t.ex. USA (11 %). För tidig födsel kan bero på att sammandragnings värkar spontant sätter igång eller för tidig vattenavgång. Ibland är man tvungen att göra tidigt akut kejsarsnitt för att mammans eller fostrets hälsa är i fara. Exempel på sådana situationer är havandeskapsförgiftning eller om mammans eventuella bakgrundssjukdomar påverkar graviditeten. Ca 70 % av de tidiga

förlossningarna sker spontant och hälften av dem beror på att fostervattnet går för tidigt. 30 % beror på medicinska orsaker.(Stolt, et al. 2017, 17)

3.3 Havandeskapsförgiftning

Havandeskapsförgiftning eller preeklampsi är ett tillstånd när den gravida har ett ökat blodtryck samt protein i urinen och svullnad. Symtom på preeklampsi är att blodvolymen, hjärtats minutvolym och hjärtslagen är ofta minskat, samt att pulsen ökar. Svår hypertoni det vill säga högt blodtryck under graviditeten är farligt för både mamman och barnet, speciellt om det medför blodkoagulationsstörningar eller andra blodcirkulationsstörningar. Det kan ske förändringar med blodkärlen i moderkakan som leder till att blodtillförseln till fostret är minskat vilket ytterligare kan leda till att fostret växer långsammare. Bästa vården mot preeklampsi är förlossning som planeras så snart det bara är möjligt för fostret och det leder oftast till att barnet ofta föds för tidigt. (Kaaja, 2018)

Det finns ännu ingen konkret förklaring till vad som är orsaken till preeklampsi men det man vet är att moderkakan inte fungerar som den ska. Professor Stefan Hansson och hans forskargrupp har forskat i nästan 20 år för att försöka hitta svaret. Enligt Hansson beror det på att det finns för mycket fritt hemoglobin från fostret, vilket är giftigt och kan orsaka svåra skador på vävnader. När det fria hemoglobinet når mammans blodbanor skadas hennes njurar och kärlväggar. (Hansson, 2018)

3.3.1 Graviditetsdiabetes

Bukspottskörteln producerar hormonet insulin för att sänka sockerhalten i blodet. När en kvinna är gravid, framförallt senare under sin graviditet producerar moderkakan hormoner som gör att hon har en minskad känslighet för insulinet, så nu måste bukspottskörteln producera mer insulin för att blodsockret ska vara stabilt. Om bukspottskörteln inte kan producera tillräckligt med insulin leder det till att blodsockret stiger och mamman utvecklar graviditetsdiabetes. (Diabetesförbundet, 2018)

Mammans förhöjda blodsockerhalt leder till att glukos går via moderkakan till fostret. Fostret måste själv ta hand om den stigande blodsockerhalten och öka insulinproduktionen. Detta leder till att barnets vikt ökar kraftigt och risken för förlossningskomplikationer hos barnet och mamman ökar, som för tidig förlossning, kejsarsnitt, hjärtmissbildningar samt preeklampsi. (Diabetesförbundet, 2018) (Hansson, 2010)

3.3.2 Flerbördsgraviditet

De senaste 20 åren har flerbördsgraviditeter, det vill säga tvillinggraviditeter fördubblats. Orsaken till detta är att kvinnor blir i dagens samhälle gravida i en högre ålder och att användningen av infertilbehandling ökat. Risker med flerbördsgraviditet är att barnen föds för tidigt. Samma risker finns om man pratar om trillinggraviditeter. Då kommer familjen med stor sannolikhet vara tvungen att ta hand om tre små barn som kan vara sjuka. (Moëll & Gustafsson, 2011, 111)

3.3.3 Stress

Om mamman känner sig stressad eller har psykiskt tungt under graviditeten finns risken för tidig födsel. Enligt Ann Josefsson som överläkare vid Linköpings Universitetssjukhus så påverkas stressen mer än vad man förr trott och uppfattat. Stresshormonet som produceras går via blodet till fostret som får hög puls och känner oro och rastlöshet. (Nestor, 2015) En ny forskning från Neuroscience 2018, en konferens som hjärnforskarna årligen deltar i visar att den gravida mammans stress påverkar fostrets hjärna och utveckling. Riskerna finns också för att barnet ska få någon form av autism. (Nestor, 2015)

3.3.4 Komplikationer i moderkakan

Det är viktigt att moderkakan fungerar som den ska annars kan moderkakan inte ge tillräckligt med syre eller näring till fostret. Om moderkakan lossnar (Abruptio placentae) före beräknad födsel är risken stor att barnet föds för tidigt i akut kejsarsnitt på grund av syrebristen. (Saugstad, 1999) Varför kvinnans moderkaka lossnar beror på hennes blodkärl. Varför moderkakan ibland kan lossna är ännu oklart, men om de minsta blodkärlen i livmoderväggen och livmodern har förändringar kan vara en stor betydelse. Kvinnor med havandeskapsförgiftning, med bland annat högt blodtryck har en större risk för moderkaksavlossning. Om moderkakan lossnat i tidigare graviditeter är sannolikheten stor att det sker åter igen. (vårmsorg.se)

Placenta Accreta är en annan moderkakskomplikation. Placenta accreta är ett allvarligt graviditetstillstånd som uppstår när moderkakan (placantan) växer för djupt in i livmodern och fastnar. Moderkakan kan tränga in sig i livmoderns muskler eller växa genom livmodern. Placenta accreta kan göra så att värkarna börjar för tidigt och om det orsakar blödning kan man behöva ta ut barnet i förtid. (Mayo Clinic, 2018)

Placenta previa är ett tillstånd när moderkakan täcker och ligger precis vid livmoderns inre öppning. Orsaken till tillståndet kan vara att ägget som blivit befruktat har fäst sig vid nedre delen av livmodern. En annan orsak kan vara flerbördsgraviditet då moderkakan är ovanligt stor. Har mamman placenta previa kan hon blöda under hela graviditeten och hon rekommenderas att inte göra aktiviteter som kan starta sammandragningar såsom sex, användning av tampong eller löpning. (Mayo Clinic, 2018)

3.3.5 Betydande övervikt hos mamman

En svensk studie som publicerades visar att gravida kvinnor med övervikt eller fetma har en större risk att föda för tidigt. Ju högre hennes BMI är desto högre risk är hon föder för tidigt samt extremt för tidigt. Att föda för tidigt eller extremt för tidigt är fortfarande liten men på befolkningsnivå är det mycket viktiga fynd. En mycket stor del står för spädbarnsdöd- och sjuklighet i höginkomstländerna i och med tidigt födda barn. Studien gjordes från år 1992 till 2010 och resultatet visade att kvinnor som var överviktiga hade 25% högre risk att föda extremt för tidigt än de kvinnor som var normalviktiga. Kvinnor med fetma hade upp till 60 % ökad risk. (Cnattingius.S, Villamor.E, Johansson.S, 2013)

3.4 Risk för sjukdomar

Ju tidigare barnet är fött, desto större risk är det att barnet får någon typ av kroniska eller allvarliga sjukdomar. Prematurer som fötts efter vecka 32 har en bättre prognos och risken för komplikationer är inte längre lika stor, förutsatt att barnet inte fått någon missbildning eller grundläggande sjukdom. Barn födda före vecka 28 räknas till extremt prematura barn och har en krävande och långvarig vårdtid framför sig. Följande sjukdomar och tillstånd kan förekomma hos prematura barn.

3.4.1 Asfyxi

Asfyxi är ett tillstånd då barnet inte har någon puls. Gasutbytet hos barnet är upphävt, vilket medför syrebrist, koldioxidförgiftning och acidosis, det vill säga när kroppen ansamlar för mycket koldioxid och inte kan göra sig av med det, vilket leder till att pH-värdet i blodet blir för surt. (Allen, Cherney & Boskey, 2017)

Fostret eller barnet har konstanta eller återkommande perioder av syrebrist. Asfyxi kan förekomma före förlossningen (prenatalt), under förlossningen (intrapartal) samt efter förlossningen (postnatalt). Orsaker varför fostret kan drabbas av asfyxi före förlossningen

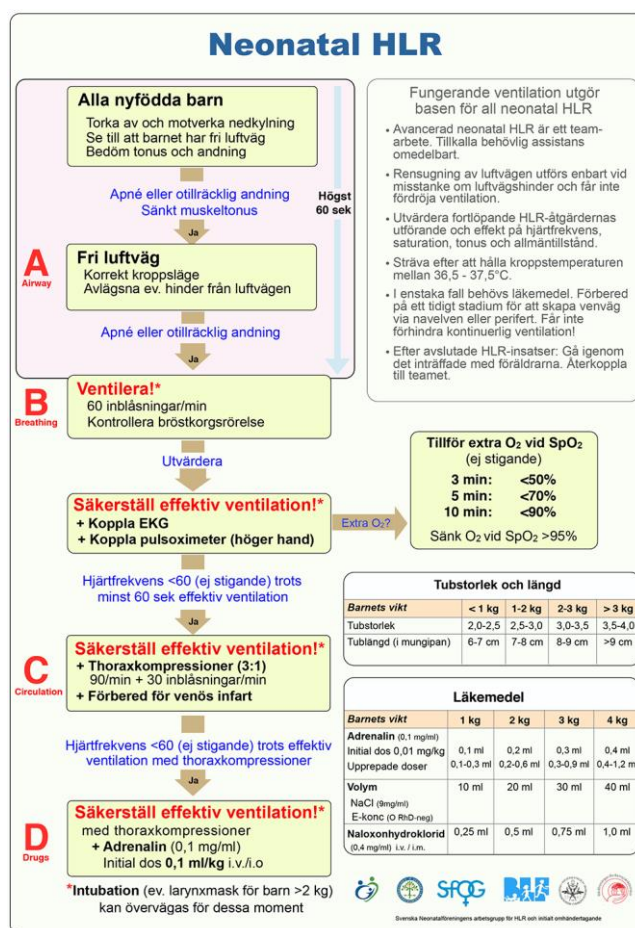
kan vara för att placentan inte fungerar som den ska eller om den gravida har en infektion i kroppen. Asfyxi under förlossningen sker oftast akut. Orsakerna kan vara att placentan lossnar eller olika navelsträngskomplikationer, det vill säga om navelsträngen hamnat runt barnets hals, om det bildats knutar på navelsträngen samt om navelsträngen hamnat framför barnet i förlossningskanalen. För tidigt födda har en större risk att drabbas av asfyxi än barn som är fullgångna. Postnatal asfyxi kan uppkomma om neonatal-HLR (hjärt- och lungräddning) inte gjorts korrekt eller om barnet föds med missbildningar i övre luftvägarna som förhindrar en normal andning. Om barnet inte återhämtar sig från sin dåliga syresättning kan det leda till apnéer. (Moëll & Gustafsson, 2011, 113)

Neonatal hjärt- och lungräddning (HLR)

Nyfödda som kräver återupplivning (neonatal HLR) är cirka en procent. Man kan dela in riskfaktorerna till neonatal HLR i två tillstånd, antepartala och intrapartala tillstånd. Riskfaktorerna som hör under dessa rubriker tyder på att barnet kan behöva neonatal-HLR. Till de antepartala riskfaktorerna hör: riskfaktorer hos den gravida kvinnan; maternell diabetes, havandeskapsförgiftning, högt blodtryck, fetma (BMI>35), blödningar, infektion hos modern, sjukdom hos modern, polyhydramnios (för mycket fostervatten), tidig eller långvarig vattenavgång, om modern inte har haft kontakt med mödravårdscentralen samt missbruk hos modern. Riskfaktorer hos fostret; överburet barn, tvillingar, trillingar eller fyrlingar, lätt för tiden, tung för tiden samt missbildningar, immunisering och anemi hos fostret. Till de intrapartala riskfaktorerna hör: riskfaktorer hos den gravida kvinnan; akut eller urakut kejsarsnitt, sugklocka eller tång, avvikande bjudning, tecken på infektion, långvarig vattenavgång (>18 timmar). Riskfaktorer hos fostret; bradykardi hos fostret, påverkad CTG-kurva, läkemedel till mamman senare än 4 timmar före förlossningen, mekonium i fostervattnet (avföring), navelsträngs prolaps, placentaavlossning, placenta praevia och blödning. (Moëll & Gustafsson, 2011)

Ett friskt, fullgånget barn ska skrika efter förlossningen och upprätta en effektiv och regelbunden andning, samt ha en god muskeltonus inom en halv minut. Hos de allra flesta nyfödda sker detta och de torkas av och läggs på mammans mage under varma dukar för att förhindra avkylning. Om det finns avvikelser av detta hos det nyfödda barnet eller om fostervattnet är mekoniumfärgat ska barnet föras till ett ”återupplivningsbord” omedelbart, så att man kan påbörja neonatal-HLR. Barnet läggs då på rygg med huvudet lätt åtkomligt på bordet. Man börjar med att ta bort blöta handdukar och att torka av barnet för att förhindra avkylning. Efteråt upprättar man fria luftvägar och noterar om barnet andas. Maskventilation

påbörjas om barnet inte andas. Man använder sig antingen av en laerdalblåsa (andningsblåsa) eller en neo-puff (T-stycksventilator). Man ventilerar i 30 sekunder och sen bedömer man på nytt andningen, hjärtfrekvensen, tonusen och färgen på barnet. Om hjärtfrekvensen är över 100 slag/minut och barnet börjar få färg, men har en oregelbunden och ytlig andning, kan man varsamt stimulera andningen med stimulering på kroppen. Om hjärtfrekvensen är under 100 slag/minut och barnet inte andas fortsätter man med ventilationen. Utvärdering görs var trettionde sekund. Visar barnet direkt vid födseln tecken på allvarlig och långvarig asfyxi bör intubation ske omedelbart. Kliniska tecken är om barnet har en vitgul färg, är helt slappt och har en mycket långsam eller oförekomlig hjärtfrekvens. (Moëll & Gustafsson, 2011, 114-118) Bilden nedan finns överallt som affischer på neonatalavdelningar, förlossningar och i operationssalar.



Figur 1 (Neonatal HLR, neohlrutbildning.se)

3.4.2 Apnéer

Lungorna hos det prematura barnet är inte färdigutvecklade vid födseln, och därför kan inte barnet andas normalt. Största orsaken till omogna lungor hos prematurer är surfaktantbrist. En CPAP (continous positive airway pressure) kan användas även åt de minsta prematurerna

för att hjälpa till med andningen. På så vis behöver man inte intubera barnet om inte syrgasbehovet eller andningsbesvären ökar. Barn som är mycket för tidigt födda kan lida av apnéer och har då 10 - 20 sekunders andningsuppehåll när de sover. (Lagercrantz, Hellström-Westas & Norman 2008, s.89-96) Detta beror på att barnen som är födda för tidigt ofta har ett omoget andningscentrum var andningen styr och regleras ifrån, detta andningscentrum ligger i hjärnans förlängda märm. Om barnet har andningsuppehåll krävs ofta inget mer än en lätt strykning över ryggen, eller att man skakar kuvösen lätt för att barnet ska börja andas igen. Medicin som stimulerar andningen ges om andningsuppehållen blir längre så att barnet påverkas av dem, exempelvis om pulsen sjunker, och hudfärgen ändras. (Saugstad, 1999, 59)

3.4.3 Bronkopulmonell dysplasi (BDP)

Bronkopulmonell dysplasi (BDP) är en sjukdom som förekommer hos ungefär en tredjedel av de mycket premature barnen. För att få diagnosen BDP krävs det att barnet har behov av syrgas i mer än 28 dagar och syrgasbehov vid en ålder som motsvarar 36 graviditetsveckor. Sjukdomen delas in i lindrig, medelsvår och svår BDP. (Lagercrantz, Hellström-Westas & Norman, 2008 s. 89-96) BDP innebär att lungorna blir förstörda för att det växer bindväv i lungblåsorna (alveolerna) gasutbytet försämras då och lungorna blir stelare. Koldioxidhalten i blodet stiger hos barnet, eftersom de stela lungorna inte klarar av att ventilerar ut koldioxiden. Det finns en större risk för barn som haft BDP att få luftvägsinfektioner i småbarnsåren. Det har även hittats ett samband mellan BDP och astma i tonåren eller tidig vuxen ålder. (Saugstad, 1999, 68-70)

3.4.4 Prematuritets-retinopati (ROP)

Prematuritetsretinopati kan drabba för tidigt födda och innebär näthinneförändringar. Blodkärlen i näthinnan kan växa fel och det leder i sin tur till ärrbildning och blödningar i ögonen. Om tillståndet inte behandlas kan det i värsta fall leda till att barnet blir synskadat. På friska ögon är insidan täckt av näthinnan. Hos ett tidigt fött barn är den delen inte fullt utvecklat och den främre delen av ögat saknar blodkärl. Så området mellan var det finns kärl och var det inte finns kärl uppkommer ROP. Ett barn som föds för mycket tidigt t.ex. i vecka 24 har de retinala kärlen bara haft nio till tio veckor på sig att växa istället för 25-26 veckor som normalt behövs för nybildning av blodkärl i hela näthinnan. (Lagercrantz, s.412) Orsaken är ännu oklar, men det man vet är att risken ökar för ROP ju hur liten och hur tidigt fött barnet är. Hos de flesta barn försvinner näthinneförändringarna spontant utan att lämna

ärrbildning, men vissa barn kräver ändå några behandlingar efter att det försvunnit. Man behandlar ROP med laser, injektionsbehandling eller mediciner lite beroende på hur omfattande skadorna är. (Lindgärde, 2018)

Om man ser tillbaka på historien så finns det en koppling mellan prematuritetsretinopati och syrgasbehandling. Under flera årtionden har det forskats i varför vissa prematurer blivit blinda och man har kommit fram till att exponeringen av för mycket syrgas skadar ögonen. Men eftersom de flesta prematura barnen behöver syrgas för att utvecklas har det varit svårt att komma fram till vad som är rätt mängd. I dagens läge regleras syrgasmängderna noga och det finns metoder som kan kontrollera syrgasbehovet enskilt. (Saugstad, 1999, 93-97)

De som är i riskzonen för att utveckla ROP är barn som föds före vecka 31. De som föds före vecka 27 är risken till och med mer än 50 procent. Dessa barn ska undersökas med en till två veckors mellanrum. Undersökningen görs på neonatalmottagningen eller på ögonmottagningen. (Lindgärde, 2018)

3.4.5 Kardiovaskulära problem

Det prematura barnet kan även ha kardiovaskulära problem, såsom pulmonell hypertension och lågt blodtryck. Ett förhöjt tryck i lungcirkulationen behöver bara vid undantagsfall behandlas, eftersom trycket sällan är högre än systemblodtrycket. Om behandling behövs, använder man sig av inhalation av kväveoxid. Blodtrycket hos barnet är lägre desto yngre och omognare barnet är. Ofta handlar det om att den cirkulerande blodvolymen är för liten, och därför rekommenderas det att innan man påbörjar blodtrycksökande behandling, ger en volyminfusion eller blodtransfusion. (Lagercrantz, Hellström-Westas & Norman, 2008, 89-96)

3.4.6 Gulsot

Ikterus, det vill säga gulsot syns på ca 60 % av alla nyfödda. Det är ett vanligt tillstånd med god prognos. Detta förutsätter att gulsoten upptäcks i tid och att man gör en korrekt utredning och rätt behandling. Det är för höga bilirubinnivåer som samlats i kroppen hos barnet som bidrar till gulsot. Bilirubin kan vid höga nivåer ge permanenta skador på hjärnan och nervcellerna. I stort sett alla nyfödda utvecklar fysiologisk ikterus med lite för hög halt bilirubin i blodet. Nivån på bilirubinet är hos barnet högst vid tredje till fjärde levnadsdygnet och några dygn senare hos för tidigt födda barn. Detta innebär att många

nyfödda barn har hunnit komma hem när gulsoten kommer fram. Barnen utvecklar ikterus eftersom Hb hos nyfödda är högt och nedbrytningen sker snabbt. Hemoglobin bryts ned och frisätts. En annan orsak är att leverns metabolism av bilirubin inte fungerar under barnets första dagar. Gulsoten kommer fram när blodets bilirubinnivå är över 80-120 mikromol/l. Det finns bilirubinkurvor på BB och neonatalavdelningar som ska följas. Som behandling av gulsot använder man sig mestadels av ljusbehandling. Då får en så stor del av barnets kropp som möjligt exponeras för en ljuslampa. Bilirubinet bryts då av ljuset till lumirubin och fotobilirubin. Dessa är vattenlösliga och kan då utsöndras via gallan och urinen. Vid exempel svår infektion, behandling efter syrebrist eller för tidig födelse ska behandlingen inledas vid lägre nivå av bilirubin, eftersom barnets centrala nervsystem är känsligare vid dessa tillstånd. Blodbyte kan göras om nivåerna av bilirubin anses vara så höga att det kan vara toxiskt för barnet. Genom blodbytet får man då bort antikropparna och bilirubinhalten sänks. (Moëll & Gustafsson, 2011, 127-129)

3.5 Omvårdnad och behandling

Att föräldrarna får ha en roll i omvårdnaden och behandlingen är viktigt både för föräldrarna och barnet. På samma gång bildar de en anknytning sinsemellan och föräldrarna får känna sig delaktiga i vården, även om barnet är sjukt och måste vårdas på sjukhus. Det är viktigt att låta föräldrarna hjälpa till så mycket de kan, byta blöjor, mata och omvårda, och att de också kan bilda en daglig rutin i den situation de befinner sig i. (Karin Jackson & Helena Wigert, 2013)

3.5.1 Hygien

Prematura barn är mycket infektionskänsliga och det är oerhört viktigt med goda hygienrutiner. Ringar, klockor och andra smycken hör inte hemma på en neonatalavdelning. För att undvika spridning av infektioner krävs det god handhygien med tvål och vatten, handsprit inför varje vårdåtgärd samt handskar inför viktigare vårdåtgärder. För vårdpersonalen gäller det att ha skyddsrock och handskar för varje vårdåtgärd. (Lagercrantz, et al. 2008)

3.5.2 Nutrition

Nutritionen är a och o inom vård av sjuka nyfödda. Målet med nutritionen är att optimera barnet chanser att kunna få en bra tillväxtkurva. Dessutom minskar en god nutrition neurologiska skador. De prematurer som är stabila behöver inte ha någon annan

näringsstillförsel än bröstmjolk. Mycket prematura barn har inte tillräckliga energidepåer och behöver därför glukos efter födseln. För att hindra tidig hypoglykemi påbörjar man genast efter födseln infusion av glukos. Redan på första dagen påbörjas infusioner som innehåller både protein, fett, vitaminer och mineraler. Så tidigt som möjligt börjar man även ge små mängder bröstmjolk via sond för att stimulera mag-, och tarmkanalen. Därefter ökas mängden beroende på hur barnet mår. (Lagercrantz, et al. 2008)

3.5.3 Respiratorbehandling och kuvös

En respirator hjälper barnet med andningen om barnet saknar kraft att andas själv, eller om barnets lungor är så omogna att de inte klarar av att mätta blodet med syre. Respiratorn är en maskin som blåser ner luft i patientens luftvägar med ett visst tryck. Är lungorna omogna så hjälper respiratorn till med att hålla lungblåsorna utspända, vilket underlättar gasutbytet. Från blodgasanalyserna har man samtidigt möjlighet att ordinera en exakt mängd syrgas. (Saugstad, 1999, 132-133) Det är svårt för det för tidigt födda barnet att upprätthålla en normal kroppstemperatur, på grund av att barnet saknar värmereglerande underhudsfett och brunt fett. Kroppsytan är även för stor i jämförelse med kroppsvolymen. Barnet vårdas därför i en kuvös, då kan man justera temperaturen så barnets temperatur hålls normal. Metabolismen ökar om barnet har för kallt, och energi förbrukas till värmeavgivning om barnet har för varmt. (Lagercrantz, et al. 2008, 89-96)

3.6 Mammornas självförtroende och stöd

Att föda prematur och framförallt ett extremt tidigt fött barn är jobbigt för mamman och de andra familjemedlemmarna. Självförtroendet och självkänslan kan ta hårt på en och det är viktigt att få emotionellt stöd. Känslor som oro, skuld, chock och känslan av att inte vara till hjälp är påfrestande och stressande. (Duthoid, 2012). Om barnet är litet eller sjukt är kontakten till det mycket annorlunda. Barnet ser inte ut som de tänkt sig, eller beter sig inte som de tänkt sig. Att våga hoppas att allt kommer ordna sig och gå bra är inte heller alltid lätt. Det finns risk att man känslomässigt stänger av, för att skydda sig från sorgen om man skulle mista barnet. Man har bevisat att det ändå är bättre för föräldrarna och deras psykiska hälsa att knyta an barnet och sörja ifall det värsta tänkbara skulle hända. Föräldrarna kan idag engagera sig i vården på sjukhuset. (Hagberg, et al. 2008, 136)

Om föräldrarna har det tungt att klara av vardagen har man möjlighet till terapi i samband med hem- och poliklinikbesök. Vid behov kan avdelningarna och poliklinikerna ordna en

barnpsykiatrisk sjukskötare. Huvudsaken är att föräldrarna får samtalsstöd omgående. Det finns också stödgrupper med familjer som är i samma eller liknande situation i livet. Ett exempel på varför det är så viktigt med omedelbar hjälp är att mammor till prematurer löper en större risk att få depression, det visar en studie från Melbourne's Royal Women's Hospital. Mammor som inte får omedelbart stöd efter förlossningen av prematur är fem gånger mer benägna att drabbas av depression än de som får hjälp, till och med åtta år efter barnet fötts. (Milligan, 2016)

En graviditet har olika faser, både medicinskt och psykologiskt. Om man ser på graviditeten medicinskt så delas graviditeten in i tre trimestrar, eller perioder. Ur ett psykologiskt perspektiv så är graviditeten indelad i en känslomässig sammansmältning med fostret tidigt i graviditeten, en gradvis särskiljning från fostret och till sist en pågående separation från fostret. När barnet föds för tidigt befinner sig kvinnan oftast i den andra trimestern, och är psykologiskt sett i särskiljningsfasen, det vill säga mamman håller på att försöka skilja fostret som en egen individ. Hon är därför inte redo att skiljas från fostret varken psykologiskt eller fysiskt. Många kvinnor beskriver detta som en stor tomhet. (Jackson & Wigert, 2013, 33-34)

Enligt en studie av Fleury, Parpinelli och Makuch (2014) om mammans förhållande till det prematura barnet, känner mammorna ofta svårigheter med att separeras från barnet direkt vid födseln. Mammorna är ofta oroliga över det prematura barnets situation och kan då bli rädda att närma sig barnet. De känner en stor begäran att hålla barnet och om de får göra det så blir mamman lugnare. Även om det prematura barnet är ömtåligt finns det stor vikt med närheten. Det är viktigt att förklara att även om det inte alltid går att hålla babyn så kan mamman röra barnet och se och prata med barnet. Detta har stor vikt för anknytningen mellan mamman och barnet. Personalen uppmuntrade mammorna att vara nära barnet. De var alltid där för mammorna när de kände svårigheter med att få kontakt, det kan också bero på sjukhusmiljön. När mamman med tiden får spendera mer tid med barnet börjar mamman identifiera sig själv som mamma till barnet, blir mer säker i rollen som mamma och i den nuvarande situationen. Barnet har ett behov att vara nära mamman och få mammans vård. Enligt studien kan mammans känslor och närhet bidra till barnets välmående och tillfrisknande. Det observerades även att vissa mammor hade svårt att få kontakt med barnet, att beröra och bry sig om barnet eftersom de är osäkra och rädda att skada barnet. Många mammor fick även skuld-känslor för att ha fött ett för tidigt barn, och för att barnet behöver sjukhusvård. Dessa mammor började ifrågasätta sig själv om det är deras fel, om de gjort

något fel under graviditeten eller om deras kropp inte är tillräckligt i form att föda en hälsosam baby. (Fleury, Parpinelli & Makuch, 2014)

3.7 Mammors upplevelse av sjukhusvistelsen

När ens barn är länge på en vårdavdelning är det mycket som förändras i familjens liv. Det ändrar på rutiner, vanor och de börjar sakna det “vanliga” livet hemma. Det kan vara väldigt svårt för mamman att komma in i de nya rutinerna på sjukhuset. Man förknippar sjukhus med sjukdom och lidande, och har kanske därför också svårt att slappna av i sjukhusmiljön. Mamman måste finna sig en situation var hon inte är sitt barns “nummer ett”. Det är sjukhuspersonalen som har huvudansvaret för att barnet ska må bra och överleva. Mamman känner ändå att stanna på sjukhuset är hennes sätt att göra vad hon kan för barnet i denna svåra situation, och hon åker inte från sjukhuset utan sitt barn i sina armar. (Lagercrantz, et al. 2008)

En studie från 2018 visar att mammor känner nedstämdhet, skyldighet, rädsla, hopp och frustration efter att det premature barnet varit inne på vårdavdelning. De kan uppleva en intensiv krisperiod eftersom de hade förväntat sig ett hälsosamt barn. Mammor har också refererat till händelsen som en dramatisk händelse och som stressfullt, ångestfullt och frustrerande. Men det har även visats att en mamma kan känna sig starkare, mer tolerant och mer tålmodig efter att ha genomgått en sådan upplevelse. De överkommer rädsor som de oroar sig över innan graviditeten. (Almeida, Morais, Lima & Silva, 2018)

3.8 Etik inom sjukvården

I dagens läge kan allt sjukare och omognare barn överleva. Detta leder till oftare överväganden av etiska dilemman, såsom om intensivvården kan fortsätta eller om man ska börja på med intensivvård eller inte. Som i så många andra situationer är alltid god kommunikation och information viktigt för att så lite missnöje som möjligt ska uppstå. Mamman och pappan ska få känna sin egen delaktighet i beslut om vården, det är viktigt att personalen tar hänsyn till föräldrarnas åsikt, även fast det inte är de som ska ta beslutet. Svåra beslut tas aldrig ensam, all berörd personal ska konsulteras innan ett beslut tas. (Lagercrantz, et al. 2008, 515)

En grundläggande utgångspunkt för etiska överväganden är människors lika värde. Enligt biologin så skapas förutsättningen för en ny människa vid befruktningen, men när ett mänskligt liv börjar är svårt att utpeka och det finns många uppfattningar om detta. När ett

liv börjar tidigare än planerat är det också viktigt att tänka på de etiska värdena både för mamman och barnet. Barnet är sjukt och även mamman mår inte bra efter förlossningen. Man pratar om att det är handlingens konsekvenser som avgör rätt och fel. Det betyder i vanliga fall att man inte får bidra någon till smärta. Men om det ändå sättet att förhindra ett ännu större lidande är genom smärta, anses det ändå vara okej. Detta har en stor betydelse för sjukvården. Man gör allt i sin kraft som sjukskötare att patienten inte ska lida, men, som redan nämnt, ibland krävs lidande för att förhindra lidandet. (statens medicinsk-etiska råd, 2018).

3.9 Familjecentrerad vård

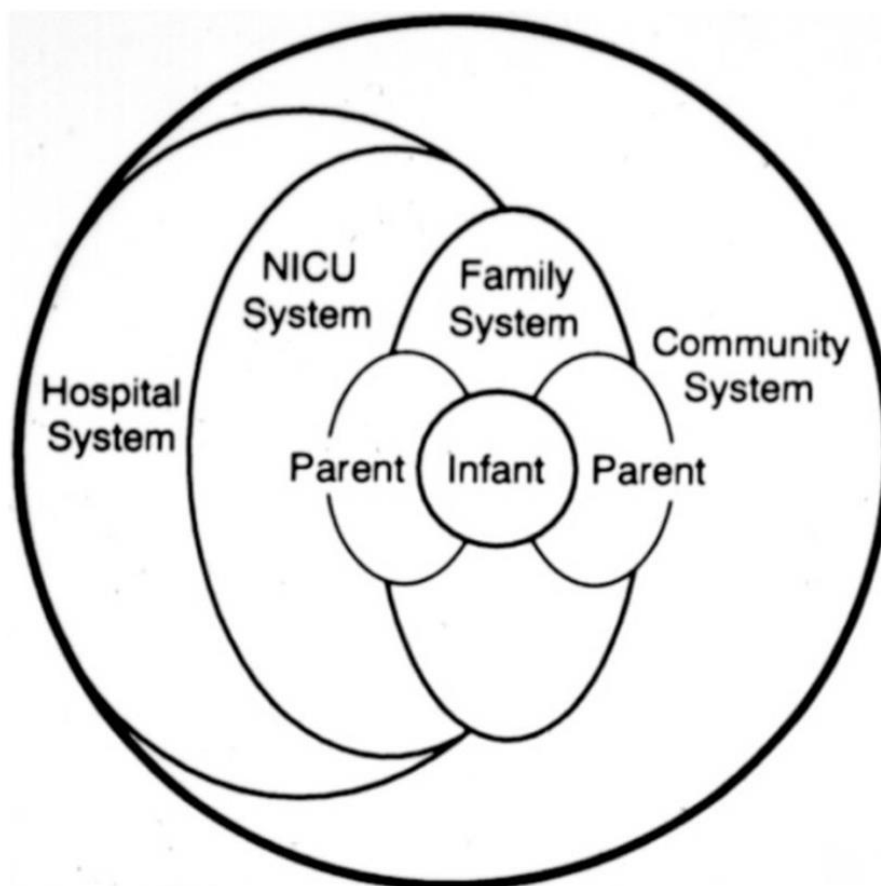
Familjecentrerad neonatalvård innebär och kan beskrivas som vägledning för föräldrarna. Barnets föräldrar och anhöriga har en aktiv roll i det egna barnets omvårdnad på sjukhuset, både emotionellt och praktiskt. För att detta ska bli möjligt bör personalen ge mycket stöd och vägledning till föräldrarna. Familjecentrerad vård kan beskrivas som personcentrerad vård, det vill säga att man fokuserar på patienten framför sjukdomen samt att arbetet ligger på en fungerande relation mellan patient, föräldrarna och vårdpersonal. Det har visat sig att effekter av miljön på barnets utveckling har en stor påverkan vården. Viktiga grundprinciper inom familjecentrerad vård är att föräldrar och barnet/barnen inte skiljs åt, samarbetet mellan vårdpersonal och föräldrarna fungerar, att personalen respekterar familjens behov så långt som möjligt, när det gäller etnicitet, kultur och socioekonomi. Vårdpersonalen uppmuntrar föräldrarna att ta ansvar för barnets omvårdnad, all information delas med föräldrarna om det inte går emot sekretesslagen, föräldrarnas känslomässiga behov tas i beaktande. (Lagercrantz, et al.2008)

Föräldrarna bör inte skiljas från sitt barn eftersom de är barnets fasta punkt. I FN:s konvention behandlas barnets rätt att vårdas av sina föräldrar och att barn inte ska skiljas från sina föräldrar mot deras vilja. Även om det krävs intensivvård efter förlossningen finns det ändå möjlighet att undvika separation mellan föräldrar och barn. Till exempel ett barn med andningssvårigheter eller dålig saturation (syresättningen i blodet) som inte kräver kuvöstransport kan ändå transporteras i kängurupositionen det vill säga hud mot hud efter att man stabiliserat barnet. Hud mot hud kan göras med en förälder eller annan anhörig i säng eller i rullstol. Barnen med CPAP kan också transporteras i kängurupositionen och övervakas på samma sätt som om barnet skulle vara på avdelningen.(Lagercrantz, et al.2008)

Den första timmen efter barnet fötts är avgörande för hur anknytningen mellan föräldrarna och barnet utvecklas. Även om mamman behöver krävande vård efter förlossningen så är det viktigt att hon får känna och se på barnet innan de är tvungna att skilja sig från varandra. När barnet kommer in på avdelningen behöver den andra partnern information om att hur viktigt det är att han eller hon är just där. För att minska oron mellan föräldrarna kan vårdpersonalen hålla kontakt med mamman. En bra sak är att föreslå partnern att ringa och berätta om det som händer och skicka bilder på deras barn. Om barnet är tvungen att transporteras och föräldrarna har inte möjlighet att följa med kan man idag tack vare avancerad teknologi skicka sms och bilder till föräldrarna för att informera hur barnet mår under hela transporten, även flygtransporter. (Lagercrantz, et al.2008)

Det blir allt vanligare att neonatalavdelningar och BB samarbetar. Det innebär att mamman kan få BB-vård på neonatalavdelningen. Att ge en vårdmiljö var det är möjligt att hela familjen kan bo tillsammans kan bidra till kortare vårdtid och minskad sjuklighet för barnen. För att detta ska vara möjligt krävs det att avdelningarna har utrymmen för föräldrarna så att de kan äta, sova och vila. Vård i familjerum ger föräldrarna större möjlighet att de får känna sig självständiga utan att ha kontakt med andra föräldrapar. (Lagercrantz, et al.2008)

Forskning visar att både vårdpersonal och föräldrar uppskattar och håller med om innehållet och vad allt med familjecentrerad vård innebär. Det är också viktigt att de medverkar i beslut. Föräldrarna lär sig snabbt att uppmärksamma förändringar hos sitt barn och kan därför ha värdefull information till exempel läkarronder. Att föräldrarna är med på läkarronden underlättar kommunikationen mellan läkare, sjukskötare och föräldrar. Då får också alla de som närvarar samma information. Den stressen som föräldrarna upplever har en negativ påverkan på interaktionen mellan förälder och barn. På avdelningen finns det kuratorer nästan dygnet runt och till alla föräldrar erbjuds det psykosocialt stöd samt stöd i anknytningsprocessen. Bilden på nästa sida beskriver hur föräldrarna, neonatalavdelningens miljö, sjukhuset och samhället stöder det individuella barnet. (Lagercrantz, et al.2008)



Figur 2 (Irish neonatal health alliance.2017)

3.10 NIDCAP

NIDCAP står för The Nexborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, ett utvecklingsstödande program för barn och familjer inom neonatalvård. NIDCAP är en relationsbaserad omvårdnadsmodell som grundar sig på fostrets och prematurens utveckling i samspel med miljön. Det beskriver det ömtåliga och svaga barnets sätt att kommunicera via sitt beteende, sin förmåga att hantera stimuli och föräldrarnas reaktioner på att föräldrskapet började för tidigt. Denna modell hjälper alla som är delaktiga i barnets omvårdnad att observera och tolka det för tidigt födda barnets beteende.

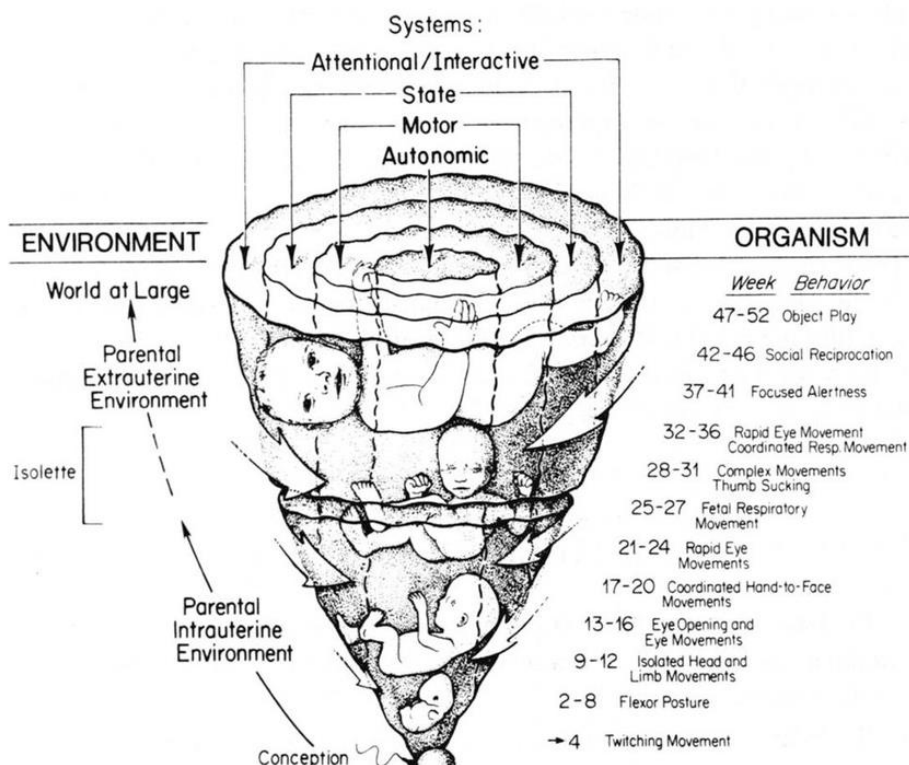
Centralt i NIDCAP är omvårdnaden av hjärnan och syftet är att skydda barnets hjärna under en mycket känslig utvecklingsfas. Kunskap om fostrets neurologiska mognad är viktig för att förstå prematurens känslighet. Vårdmiljö, vårdhandlingar och sättet som man bemöter barnet på har en stor betydelse för hur barnets nervbanor skapas. I programmet finns det riktlinjer för hur man på bästa möjliga sätt kan stödja det enskilda barnets utveckling och familjens medverkan i vården. Många länder har succesivt blivit introducerade av detta

program från 90-talet och det används nu i nästa över hela världen. (Karin Jackson & Helena Wigert, 2013, 77 - 79)

Grundkonceptet med teorin är att barnets beteende tolkas och beskrivs utifrån fem olika delsystem från mitten av cirkeln ut. (se bild nedan): Autonomiska, motoriska, vakenhetsreglerande samt uppmärksamhet och samspel. Det autonoma eller fysiologiska systemet tolkar andning, cirkulation, hudfärg, temperatur och mag- och tarmsystem. Det motoriska systemet tolkar barnets kroppsställning och rörelser. Sömn- och vakenhetsgrad tolkas i det tredje delsystemet – det vakenhetsreglerande systemet. Det fjärde systemet är för uppmärksamhet och samspel som tolkar barnets förmåga att samspela med omvärlden, där barnet tar syn och ljudintryck från miljön och människor. Det sista som hör till delsystemet men som inte man ser tydligt i bilden är det självreglerande systemet handlar om att hantera sinnesintryck och reglera sin tillvaro.

NIDCAP baserar sig på upprepande detaljerade systematiska observationer av prematurens beteende före, under och efter vårdåtgärder. Exempel på vårdåtgärder är provtagning, blöjbyte, matning eller någon undersökning. Observationerna baserar sig då på de nämnda delsystemen. Man fokuserar på hur barnet reagerar inom delsystemen på varje vårdåtgärd och om det sker miljöombyten. Personen som observerar iakttar från alla delsystem i två minuters intervall och antecknar reaktionerna. Det man observerar är bland annat hjärtfrekvens, syremättnad i blodet och andra värden. Man noterar också hur barnets bädd är bäddad och vilka påverkande faktorer barnet har. Att observera barnet också före och efter vårdåtgärd kan man se hur barnet själv reglerar och hanterar situationen.

MODEL OF THE SYNACTIVE ORGANIZATION OF BEHAVIORAL DEVELOPMENT



Figur 3 (Kleberg, A. 2015)

Vårdmodellen visar att vårdpersonalen ska observera barnets reaktioner på omvärlden och vården. Samma behandling passar inte alla barn och vissa barn klarar av mer stress än andra. Det är barnet som ska visa med sitt sätt att kommunicera vad som är bäst för henne/honom för att minska stressen.

Effekterna av NIDCAP har visat sig ha positiva kortsiktiga effekter på allvarliga tillstånd som bronkopulmonell dysplasi (fördröjd utveckling av alveoler och lungkärl på grund av lungornas omognad), samt minskad NEC och bättre situation för familjen. Till de långsiktiga effekterna hör barnens kognition, beteende och motorik visar forskning. (Lagercranz, et al. 2015, 474 – 482)

3.11 Amningens betydelse för mamman

I familjevården får mammorna mycket hjälp med amningen och är det en viktig grundsten i familjecentrerad vård. Frågan om amning och bröstmjölken kan vara känslig fast det inte ska vara det. Frågan leder till tanken att man inte ska lägga skuld på de mammor som antingen

inte vill eller kan amma. En mamma med prematur möter många utmaningar om att växa i sin roll som mamma. Det är viktigt för henne att inse hur viktig och oersättlig för barnet. Fast barnet är litet lyckas de flesta mammorna komma igång med amningen. Ibland på egen hand och ibland med lite vägledning.

Det är viktigt att informera mammorna om bröstmjölken betydelse. Mjölken är särskilt anpassad till barnet när det gäller matsmältningen och näringen. Mammans mjölk ger en bättre tillväxt än mjölk som är donerat från andra mammor. Ett barn som är prematurt tolererar bröstmjölk bättre än mjölkersättning fast ersättningen är gjord för omogna barn. Utan tvekan är mammans egen mjölk ger barnet mer skydd mot infektioner, t.ex. neonatal sepsis (blodförgiftning) eller NEC (livshotande inflammatorisk tarmsjukdom). Att barnet har tillgång till bröstmjölk hjälper även ögonen/synen och skyddar mot ROP. (se s. 13) Amningen är även lugnande och fungerar som smärtlindring vid vårdåtgärder.

Många kvinnor ser amning som en naturlig del i mammarollen och den synen ändras inte bara för att barnet är prematurt eller sjukt. Det kan medföra att mamman överraskas av att förväntningarna och verkligheten inte blev riktigt som det var tänkt. Det kan vara så att mamman har problem att komma igång med amningen och måste vänta med att börja med det om barnet behöver intensivvård. Något som mammor har nämnt är att amningen har bidragit till anknytningen mellan henne och barnet för att de känt en speciell känsla av samhörighet och tillfredsställelse. Att amma och ha hudkontakt med barnet har beskrivits betydelsefullt för mammor på neonatalavdelningen och används i första hand för att känna att man är en riktig mamma. Om man har eller haft ett sjukt barn är amningen det som får tillvaron att bli mer normal, trots barnet inte har ett riktigt moget amningsbeteende ännu. Amningen är viktig för både barnets vård och för mammans välmående. (Jackson & Wigert, 2013, 125-136)

3.11.1 Amningsobservationer av sjuka nyfödda barn

Vårdpersonalen på neonatalavdelningen har en viktig uppgift med att lära och ge råd till mamman för att amningen ska fungera. Det brukar finnas så kallade amningsombud på avdelningen. De ska kunna sitta med mamman eller båda föräldrarna och observera barnet tillsammans och på samma gång berätta vad som kan hjälpa till en bra amning. Amningsproblem kan förebyggas genom att endast lägga barnet intill bröstet. Detta stärker mammans självförtroende. (Jackson & Wigert, 2013, 137)

3.12 Kängurumetoden

Kängurumetoden, eller hud-mot-hud metoden har visat sig vara väldigt effektiv inom neonatalvården. Man har sett framsteg med att använda sig av kängurumetoden både med underburna och fullgångna barn. Detta är en metod som föräldrarna bra kan göra både hemma och på sjukhuset. Man lägger alltså barnet, utan kläder på mammans eller pappans bröst under deras kläder. Föräldrarna känner närhet och ömhet gentemot barnet, det kan även stärka förhållandet mellan föräldrarna. Man har även gjort studier som visat att kängurumetoden minskar risken för depressiva symtom hos föräldrarna efter förlossningen. Kängurumetoden håller luftvägarna fria hos barnet och det stimulerar även andningen. Föräldrar har beskrivit att genom kängurumetoden har deras mamma- eller papparoll blivit starkare, det beskrivs som en oerhört naturlig och stark upplevelse som framkallar lugn och stillhet. (Jackson & Wigert 2013, 97-101)

Redan efter en till två timmar efter förlossningen ska man uppmuntra mamman att ha avbruten hud mot hudkontakt med sitt barn. Hudkontakt förbättrar barnets hälsa och komfort och barnet blir lugnare, stabilare och skriker mindre än barn som ligger i säng efter förlossningen. Det har visat sig i studier att barn som fått mycket kroppskontakt har bättre tillväxtutveckling. Barn som vårdas med CPAP kan så snart läget är stabilt sitta i känguru hos sin förälder. Miljön då borde vara lugn, rummet ska vara varmt och dragfritt. Undvik höga ljud och starka lampor. (Lagercranz, et al. 2015, 128)

3.13 Övergången från sjukhus till att få komma hem

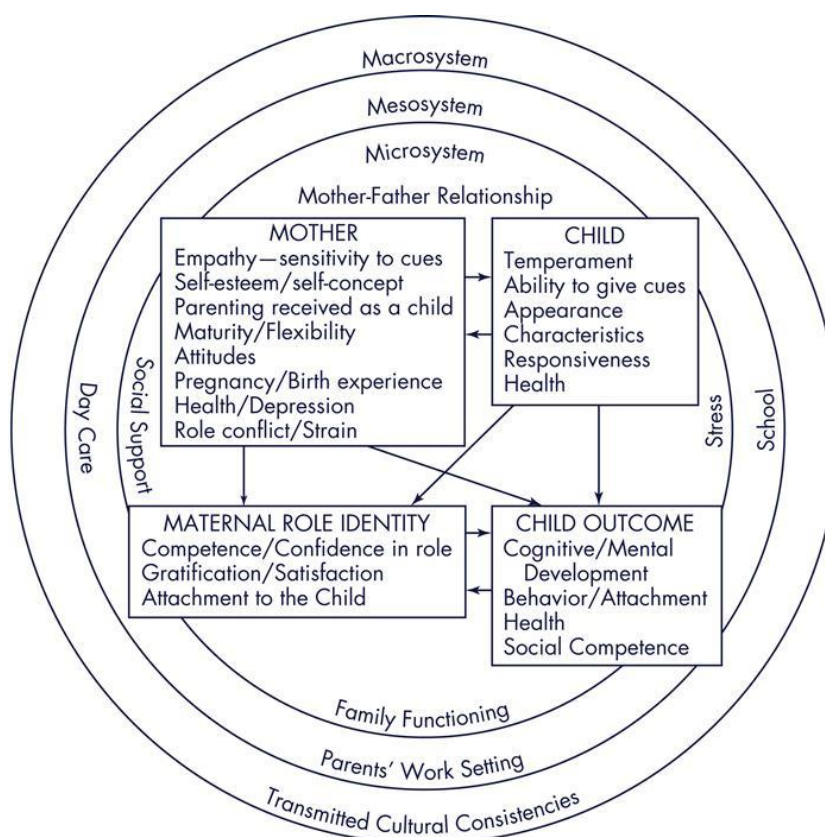
Tack vare sjukhusansluten hemsjukvård blir vårdtiden på sjukhuset kortare genom att fortsätta vården i hemmet. Det underlättar alla i familjen och framförallt föräldrarna som då kommer snabbare in i sin föräldraroll. Att komma hem efter en lång sjukhusperiod innebär nya utmaningar för föräldrarna eftersom det är en stor omställning från att ha varit på en avdelning med kunnig personal dygnet runt till att komma hem och känna att det är nu man har sitt barn helt för sig själv och måste kunna ta hand om det precis som att de skulle vara från början ett friskt och fullgånget barn. Det är ett måste att skapa goda förutsättningar för familjen att åka hem och att föräldrarna känner sig säkra och redo att ta hem sitt barn. (Lagercrantz, et al. 2015, 463)

Att vara hemma kan ge blandade känslor. Det är en lättnad att vara hemma men innebär på samma gång psykiska utmaningar. Det är inte bara den första tiden hemma som kan vara jobbig utan också en tid efter hemgång. Viktigt då är att vårdpersonalen och föräldrarna har

en god kommunikation var vårdpersonalen är lyhörd och förstår föräldrarnas behov. Kommunikationen kvarstår länge efter utskrivning men ändå upplever föräldrarna att de inte får tillräckligt med stöd och känner stress och osäkerhet med att ta hand om barnet själv. Det är först när barnet är mellan ett och två år som föräldrarna känner minskad stress och börja lita på sig själv och bli säkrare på sin föräldraroll. (Jackson & Wigert 2013, 169-172)

4 Teoretisk utgångspunkt

Vi har valt oss av Ramona Mercers teori "maternal role attainment" som teoretisk utgångspunkt. Mercer var bland annat översköterska inom pediatrik och sjuksköterska på avdelningar för nyfödda. Hon hade mycket erfarenhet inom vårdandet av småbarnsmödrar. Detta gav henne en stabil grund till sin teori "maternal role attainment". Hon utvecklade teorin som en referensram för sjuksköterskor så att de ska kunna hjälpa till med att stärka moderns moderliga identitet. Teorin kan användas under graviditeten och postnatalt för att hjälpa modern anknyta sig med barnet. Det har också visat sig vara hjälpsamt till föräldrar som adopterat barn, har fosterbarn, eller andra som är i en sådan situation som anses vara "otraditionell". (se figuren nedan)



Figur 4 Model of Maternal Role Attainment. (Alligood, 2018, 434).

Modellen som Mercer skapat hjälper modern utveckla ett band till barnet som i sin tur hjälper barnet att anknyta sig till modern. Modellen hjälper med andra ord mor och barn relationen under barnets uppväxt. Processen i ”the maternal role attainment theory” har fyra steg: förväntansfull (anticipatory), formell (formal), informell (informal) och personell (personal). Det förväntansfulla steget behandlar den sociala och psykologiska adaptationen till den moderliga rollen. Man förbereder sig till att bli mor. Här inkluderar man lärande av förväntningar och man kan fantasera om den moderliga rollen. Det formella steget behandlar övertagandet av den moderliga rollen vid födseln. Moderns roll är ofta tagen för givet och är inlärd av samhället och sociala kretsar. Det informella steget kommer när modern utvecklar hennes egna metoder för mödrarollen som passar henne, och som inte hör till den sociala strukturen. Det personliga steget är glädjen av mödrar skapet, modern finner harmoni, självkänsla och kompetens i den moderliga rollen. (Petiprin, 2016) (Alligood, 2018, 438)

Mercer har placerat sin modell tillsammans med Bronfenbrenners (1979) ”nested circles” som beskriver ett *microsystem*, *mesosystem* och *macrosystem* (se figur 4). I modellen som föreslogs av Mercer år 2000 hade hon ändrat den andra cirkelns *exosystem* till *mesosystem*. Bronfenbrenners teori säger följande: 1. Med *microsystem* menas de levnadsförhållanden var den moderskapliga rollen förekommer. Där inkluderar man familjeuppgifter, mor- och farrelation, socialt stöd, ekonomisk status och familjevärderingar. Dessa variabler styr övergången till moderskapet. När det nya barnet föds så inkluderas hen till familjesystemet. Familjen anses vara ett halvt slutet system som upprätthåller gränser och kontroll över utbyte mellan familjesystemet och andra sociala system. (Mercer, 1990). 2. Mesosystemet täcker, influerar och integrerar med *microsystemet*. Mesosystemet samspelar med utvecklingen av den moderliga rollen och barnet. Det inkluderar daghem, skola, arbete och andra enheter inom samhället. 3. Macrosystemet refererar till de stereotyper som finns i särskilda kulturer eller kulturella stadgan. Det inkluderar social, politisk och kulturella influenser på de andra två systemen. (Alligood, 2018, 437-438)

4.1 Anknytningsteorin

Eftersom studien handlar mycket om anknytning och känslomässiga relationer mellan mamman och barnet, benämns även den kända anknytningsteorin av John Bowlby som en teoretisk utgångspunkt. Bowlby jobbade som barnpsykiatriker och barnterapeut på Child Guidance Clinic i London och fick därifrån startskottet att börja utveckla en egen teoribildning. Han blev inspirerad av undersökningar och började tidigt bli intresserad av de

psykiska följder som små barn kan få vid separation av barnets mamma. Han jämförde att separationen från mamman är lika tungt för barnet med att en vuxen människa går igenom en svår förlust. Av dessa observationer fick Bowlby ett WHO-uppdrag som expert i frågor gällande hemlösa barn och därmed kunde han då vidare och utreda sina egna frågeställningar som han varit med om att väcka.

Begreppet anknytning definieras som att stå i förbindelse med någon större helhet. Begreppet anknytning används inom utvecklingspsykologin, med betoning på betydelsen av något mindre som är beroende av och hänger ihop med något större. Teorin behandlar även samspelet mellan omvårdnad och anknytning. Samspelet omfattar föräldrarnas, eller någon annan omvårdnadsperson, med benägenhet, vilja och förmåga att stödja barnet och dess behov, samt att skydda, trösta och ge trygghet.

I hans huvudrapport, som publicerades 1951 påpekade att en tidig separation från mamman har en skadlig påverkan på barnets psykiska utveckling. Detta väckte blandade reaktioner och diskussioner. Å ena sidan satte det fart på rejäla förändringar i frågor som gällde omhändertagande och vård av små barn på olika sjukhus och institutioner. Å andra sidan medförde det stridigheter, som gällde själva definitionen om "modersdeprivation" det vill säga mer effekten då barnet inte får ömhet och omsorg från en vuxen person samt dess generalisering. Det började uppstå massor med diskussioner om huruvida en tidig separation från modern kan få bestående följder på barnets psykiska hälsa eller om följderna upphör om och när barnet och modern återförenas.

Förutom de känslomässiga och vetenskapliga aspekterna av dessa strider måste man även ta upp de politiska aspekterna tas i beaktande. Från 1950- till 1970- talet såg man fortfarande mamman som den personen i familjen som var lämpligaste att ta hand om det nyfödda barnet. Samtidigt började politiker se kvinnor som en viktig resurs som var nödvändig för ett lands ekonomiska tillväxt. Kvinnorna hade själva under samma period ökat med sin framgång och frigörelse och börjat kräva en förändrad syn på kvinnorollen i samhället. Bowlbys slutsatser blev uppfattade som att mor och barn var tvungna att vara oskiljaktiga under de första åren för att inte påverka barnets psykiska utveckling, vilket förstäligt inte var så välkomnande.

Utvecklingen av teorin är Bowlbys iakttagelser som gjordes hos bl.a. unga människor med kriminell belastning som hade vuxit upp med svåra familjeförhållanden skilda från sina mammor. Dessa iakttagelser gjorde så att han började intressera sig för andra barn som tvingats separera sig från sina mammor. (Perris, 1996, 12-13, 21)

5 Metod

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse om mammornas upplevelser att föda prematurt och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation. Vi vill även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården. Studien är baserad på en kvalitativ metod eftersom det passar bäst till denna typ av studie. I den tidiga fasen av studien var tanken att göra en intervjustudie med öppna frågor. Detta ändrades när vi fick reda på att man kan göra en studie baserad på podcasts, det vill säga ljudfiler där det finns en intervjuare samt en gäst som i detta fall är mammorna som berättar sina upplevelser och känslor om att föda ett för tidigt barn. En podcast är en ljudfil man kan ladda ner till sin mobil, dator eller surfplatta. I princip är det ett radioprogram med säsonger och avsnitt som man kan ladda ner och lyssna på när man vill, var man vill. Delvis har fenomenet ursprungligen kommit från bloggar. Vanligt är det att två personer i en podcast eller en person som leder intervjuer med olika gäster varje avsnitt. Det finns massor med olika genrer inom podcastvärlden, bland annat om humor, hälsa och livsstil, journalistik till exempel om rättegångar och mord samt olika intervju-podcasts. Även om det är en podcast räknas det fortfarande som en kvalitativ intervjustudie eftersom i avsnitten, som är cirka en timme långa, finns en eller två som intervjuar och som går in i ämnet på djupet. (Hindsberg, 2014) (Callne & Jacobsson, 2016)

5.1 Kvalitativ metod

Denna studie är en kvalitativ intervjustudie. Genom att använda poddar som metod vill vi få reda på personens känslor och upplevelser, vad som är sanning för personen i fråga. Man utgår från att verkligheten kan uppfattas på olika sätt av olika personer och därför finns det ingen korrekt sanning. (Hedin, 2011) Vi har valt att lyssna på ett fåtal poddar men vi satsar på att se djupare kring det vi har. Korrespondenterna har valt att göra en studie baserad på poddar för att båda är flitiga podcastlyssnare och det verkade intressant och spännande att göra ett arbete som är baserat på en metod som inte speciellt många använt sig av. Det finns mycket material i en pod vilket är intressant och man får ta del av svåra men fina historier.

När man använder sig av kvalitativ metod så försöker man finna kategorier, beskrivningar eller modeller som på bästa vis beskriver det man vill få fram i sitt arbete. (Eklund, u.å) Genom en kvalitativ metod vill vi beskriva hur egenskaperna hos något är utformat. Fokus är på en öppen och mångsidig kunskap och utgår från studieobjektens perspektiv. I en kvalitativ metod studeras enbart en eller några miljöer och de observeras som en helhet. Man

har ofta ett nära förhållande till det man studerar och man sätter sig in i arbetet och ämnet på djupet. (Eklund, u.å)

5.2 Val av informanter

Först var tanken att rikta in arbetet på mammor som fött prematurer i det extremt prematura stadiet, (född innan vecka 28) eftersom dessa barn har ofta några eller flera komplikationer och detta är väldigt tungt för familjen. Det var väldigt svårt att hitta poddar om barn födda inom dessa veckor så istället är arbetet nu riktat in på barn födda vecka 31 eller tidigare. Arbetet handlar om mammans sida av situationen och därför nämns inte pappan, Risken finns också att arbetet blir för stort om arbetet inkluderar papporna.

I processen att välja relevanta poddar har vi läst igenom flera beskrivningar, för att sedan välja de poddar som låter relevanta för arbetet. Forumet som använts heter Acast. Det är en app och webbtjänst som publicerar poddar i alla möjliga kategorier. Till studien valdes fyra poddar som fyller upp våra kriterier inför vårt examensarbete. I de poddar som valts är barnen födda i olika veckor, men alla är födda under vecka 31. I de poddar som analyserats berättar fyra mammor om sina erfarenheter om att föda för tidigt. Mamman i första podden födde tvillingar i vecka 25+4. Det var hennes första barn och de vägde 882g samt 942g vid födseln. Tvillingarna föddes naturligt, alltså vaginalt. Två av mammorna, från andra och fjärde podden hade ett barn tidigare. De hade båda fött sitt första barn inom utsatt tid. Båda födde också sina prematurer genom kejsarsnitt. Mamman från andra podden födde sitt barn i vecka 23+4 och barnet vägde 560g. Mamman från fjärde podden födde i vecka 24+3 och barnet vägde 730g. Mamman i tredje podden födde sitt första barn. Barnet är född i vecka 30+1 och vägde 1051g. Även detta barn är fött genom kejsarsnitt.

5.3 Datainsamlingsmetod

Vid insamling av materialet från poddarna har i baktanken funnits arbetets frågeställning och syfte. Vi har transkriberat fyra olika poddar, alltså intervjuer med fyra olika mammor som har fött innan vecka 31, enligt denna metod: Allt material har skrivits ner ordagrant, men vi hoppar över upprepningar av enskilda ord och otydligt tal. Vi markerar vem som säger vad, och börja varje ny fråga eller svar med ny rad. Med är även information om vem som gjort poddarna och vem som intervjuas, ålder, namn, intervjudatum etc. Denna information kommer inte fram i det slutgiltiga arbetet. Materialet är uppdelat i olika kategorier, bland

annat upplevelse av vården och känslor före inskrivningen, och sedan tillförs egna kommentarer och vi ser om vi får svar på våra frågeställningar och syfte.

5.4 Dataanalys

Poddarna har transkriberats och lästs igenom flera gånger för att inte missa något viktigt. Allt har skrivits ner allt från poddarna för att sedan sortera ut vad som var relevant för frågeställningarna. Materialet behandlas konfidentiellt och det kommer inte ut i arbetet vilka poddar som använts.

I arbetet används innehållsanalys som analyseringsmetod. Det är en metod man använder sig av för att konfrontera fakta och problem och gör det till data och en analys. Begreppet innehållsanalys är i sig ett ganska omfattande begrepp, men kort beskrivet så använder man sig av observation, analys och förklaring. En innehållsanalys syftar på att beskriva och förklara den grundläggande frågan man vill ha svar på. Det man ofta vill ha svar på är: vem säger vad, hur, till vem och vad är effekten? Man kan dela in forskningsprocessen av en innehållsanalys i fem olika steg. Man börjar med att formulera en forskningsfråga. Sedan utvecklar man en arbetshypotes som ska hjälpa till att svara på forskningsfrågan. Sedan görs en operationalisering av arbetshypotesen, vilket betyder att man gör begreppen användbara för observation och mätning av fakta. Efteråt sker en prövning av hypotesen och man jämför hypotesen mot relevant data som sedan visar om hypotesen accepteras, förkastas eller ändras. Till sist blir det försök till generalisering vilket ofta leder till nya forskningsfrågor och hypoteser. (Bryder,1985)

6 Etiska överväganden

För att göra en god vetenskaplig forskning är nyckelorden hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, dokumenteringen och presentationen av resultatet. Forskningen ska planeras, genomföras och rapporteras korrekt. I vårt arbete har vi tagit hänsyn till forskningsetiska delegationens etiska råd (2012). Vi har strävat efter att vara noggranna och göra vårt arbete med omsorg, och insamlingen av data har gjorts grundligt. Forskningen ska anses trovärdig, ärligt och rättvis. I arbetet bedöms och speglar med bakgrunden för att se hur relevant fakta som fått fram. (Forskningsetiska delegationer, 2012)

Eftersom poddarna är offentliga anses det etiskt rätt att använda det som material i vårt arbete. De poddar som använts är helt anonyma i arbetet. Det nämns inga namn och poddarna går inte att spåra. Det material som fått från poddarna har skrivits ner i ett gemensamt dokument. Efter analyseringen raderas dokumentet från våra datorer och vår gemensamma fil. Vi har inte haft kontakt med de mammor som medverkar i poddarna, eftersom de är från offentliga forum, och mammornas syfte med poddarna är att sprida informationen vidare. Att föda prematurt är ett ämne som många mammor vill ha mera information av och speciellt om de själva är i en likadan situation. Informationen i detta arbete kan också vara hjälpsamt till mammor som känner sig fundersamma. Innehållet intresserar oss båda och under arbetets gång har vi fått bredare kunskap om ämnet, vilket kan stöda oss båda i framtiden.

7 Resultat

I detta kapitel analyseras det material som samlats ihop i olika kategorier, baserat på syftet och frågeställningarna i detta arbete. Eftersom syftet med arbetet är att få en djupare förståelse i mammors upplevelse att föda prematurt, och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation, har materialet delats upp i känslor innan inskrivning, under sjukhusvistelsen och efter utskrivning. Syftet är också att få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården. Så en kategori beskriver bemötandet av vårdpersonalen.

Vi har transkriberat de fyra poddarna som används i arbetet, och sedan valt ut kategorier. Känslor innan inskrivning, under sjukhusvistelsen, efter utskrivning och upplevelse av vården. Citat från poddarna har valts ut för att sedan sätta in dem i en tabell för att sedan analysera vilka centrala ord som kommer fram och sedan diskuterat resultatet.

7.1 Upplevda känslor före inskrivning

Enligt de mammor som har intervjuats så är känslan innan behandling nervöst, oroligt och mycket känns oklart. Ofta kan mamman känna på sig om något är fel och då också ta kontakt till rådgivningen och där ser de om barnet inte kommer gå fullt ut i graviditetslängd. Det kan också hända att till exempel vattnet går hemma och mamman förstår inte vad som händer eftersom det är allt för tidigt fortfarande och man får då kontakta rådgivning.

“kände jag väl nånting att det var nåt som inte riktigt stämde”

“när man vet att nånting stämmer ju inte riktigt, men man vet inte vad.”

Vissa mammor kan på förhand få veta att de kommer föda för tidigt. Då kan de hinna förbereda sig lite inför en tidig förlossning och hinna få information om vad som händer med bebisen och att den kanske måste vara i kuvös och få en hel del extra behandling. Men de kan ändå omöjligt veta exakt när barnet kommer komma, eftersom varje dag, varje timme i magen räknas. Beskedet sker då ofta snabbt att de ska föda och tanken hinner inte alltid med och mamman är i chocktillstånd. När en mamma föder sitt barn för tidigt så är inte kroppen mogen varken psykiskt eller fysiskt för en förlossning, detta kan leda till att mamman har svårt att skiljas från fostret.

“Och det är ju en jättekonstig upplevelse det där. Att man förbereds inför nånting men inte är mentalt förberedd liksom.”

Mamman kan även känna oro för barnet hur det ska klara sig utanför magen. Hon är medveten om vilka riskerna är med att föda ett barn prematurt och hon kanske funderar över saker som kommer barnet få några livshotade skador? Eller hur kommer det klara sig senare i livet?

“Alltså det var nästan lite obehagligt för man kände hur ska en så liten person klara sig utanför magen.”

Ord som uppkommer i berättelserna som beskriver mammans känsla före inskrivningen är bland annat “chockartat”, “livrädd” och “obehagligt”.

“Jag skakade och jag grät och jag var bara såhär uuh, helt upprorstillstånd, livrädd.”

Mammorna beskriver att de inte hinner tänka så mycket för att allting händer så snabbt. Ena stunden är allting frid och fröjd och i andra stunden ligger mammorna plötsligt på sjukhuset och blir informerad att bebisen vill komma ut eller är tvungen att komma ut långt före beräknad förlossnings datum.

7.2 Upplevda känslor under sjukhustiden

Känslan en förälder upplever när ens barn blir behandlat för något kan man egentligen inte beskriva med ord. Några ord som mammorna själv har använt är “konstigt” “onaturligt” och “rädsla”. Det blir ofta långa sjukhusvistelser och familjen bor också ofta en längre tid på sjukhus. Barnet får inte vara hos föräldrarna hela tiden eftersom det är så skört, och behöver vara i kuvös och kopplad till en massa slangar. Detta upplevs som konstigt och onaturligt och det sätter föräldrarna i ständig oro.

“det var ju också konstigt att se honom med det där. En liten liten bebis med så mycket slangar och grejer.”

Det finns som tur mycket föräldrarna kan hjälpa till med, fastän bebisen är på avdelning. De kan lära sig byta blöjor och mata bebisen. Sen kan de använda sig av kängurumetoden, som nämns i alla våra berättelser. Då använder man sig av hud mot hud metoden och har bebisen på sitt bröst. Detta hjälper bebisen att känna sig lugn och trygg, och hjälper även föräldrarna att känna närhet och samhörighet med sitt barn. Föräldrarna får se allt möjligt och lära sig mycket nytt under denna period som barnet är på sjukhus. De blir väldigt insatta i barnets sjukdomar, och ofta kretsar allt bara runt sjukdom och väntan på det bättre. Detta beskrivs som psykiskt påfrestande av mamman.

“eftersom de är väldigt sköra så händer det ju grejer, så är det ju bara. Och föräldrarna måste vara med på den här berg- och dalbanan och det är ju väldigt psykiskt påfrestande.”

Det är lätthänt att mamman börjar jämföra sig med föräldrar som får ta hem sina bebisar med det samma, och dem som inte har några sjukdomar. Därför försöker man ofta undvika att sätta mamman på BB med alla de andra “vanliga” mammorna som har sin bebis med sig hela tiden. Detta beror förstås på vilket sjukhus man är på och hur neonatalavdelningen ser ut där, men det är viktigt att ta hänsyn till mamman eftersom det är en väldigt känslig period för henne och hela familjen.

“alltså man blev lätt bitter på världen utanför och alla lyckliga jäkla föräldrar som satt där med sina 40 veckors bebisar och kunde åka hem imorgon”

Även om det finns en lycka över det väntade barnet så har mamman svårt att slappna av och faktiskt njuta av den nya bebis. Situationen är helt något annat än förväntat och situationen känns onaturligt. Mamman är tacksam och lycklig men har ändå svårt att känna en stor glädje eftersom det är mycket sjukdom och sorgsenhet samtidigt. Man bara går och väntar på att barnet blir friskare så man får gå hem till vardagen.

“Alltså det blir ju som så onaturligt allting. Så att, det är klart att vi var glada. Vi var otroligt glada och tacksamma att hon var där och att hon levde, det var ju fantastiskt. Men samtidigt svårt, att känna...Yess.”

7.3 Upplevda känslor efter utskrivning

När äntligen den dagen föräldrarna väntat på kommer, är det ingenting annat man tänker på än att äntligen få gå in i bebisbubblan på riktigt och få starta vardagen med sin nya familj. Mammorna känner hopp när sjukhusvistelsen börjar komma till sin ända. De känner sig osäkra men ändå en lättnad när de får beskedet att få åka hem.

“när de va som jobbigast så kände man även om de var skit och helvete just nu så är vi ändå på den platsen var det är bäst att vara på just nu”

Barnet har haft full övervakning dygnet runt i flera dygn, kanske till och med veckor. Mitt i allt ska sonden, infarter och all övervakning tas bort var man kunnat se bland annat syresättningen i blodet, puls och blodtryck. Nu är det och viktigt för föräldrarna att de redan är självständiga, har börjat lära känna sitt barn och förstå de olika signalerna deras barn ger. Föräldrarna har fått så mycket proffshjälp och stöd på avdelningarna med amningen, nutritionen och allt vad det innebär med ett spädbarns helhetsvård så att komma hem är ganska överväldigande eftersom det åter igen blir en liten chock när man inser att man ska kunna ta hand om det lilla barnet själv nu. Det gäller att nu att få vardagen att rulla på samma sätt som när en familj med ett friskt barn som inte behövt ha en lång period med intensivvård. Vårdpersonalen har i uppgift att förklara att det är viktigt att släppa sjukhusmiljön och börja vara runt barnet som att det skulle ha blivit fött fullgånget.

“jag njuter ju inte av den här bebistiden. Jag vill se när han börjar skolan. Det är där jag vill vara. För då ska allt vara i sin ordning och oron ha lättat.”

Vissa mammor förklarar att det är svårt att gå ut och att de inte känner att de vågar och andra vill bara att bebistiden ska vara över och se när ens barn börjar skolan, för då allt är som det ska. I efterhand är mammorna ändå tacksamma och ser något ljus. Fast det har varit tufft att vara på sjukhuset så vet de ändå att det var den bästa platsen för barnen att vara där just den tiden.

“jag tror om man har gått igenom nåt sånt här och klarat det då ska det till jätligt mycket för att liksom för man blivit så otroligt stark i sin, i sitt liv.”

7.4 Upplevelse av vården

Alla mammor nämner att de fått stöd från vården och att de är nöjda med den vård de fått. Personalen anses vara professionell och kunnig, vilket är viktigt för att mamman ska känna sig trygg och låta dem göra beslut gällande hennes barn.

“Så dom vet ju bäst så är det ju bara. Och det var väldigt skönt.”

“man kan inte göra nånting. Mer än att bara lita på att dom gör ju vad dom kan. Och dom är ju fantastiska.”

Det är viktigt att mamman blir involverad i vården och vet vad som händer. Det känns även tryggare för mamman om hon förstår de termer som används på sjukhuset och att hon får förklarat åt sig vad olika ingrepp och mediciner innebär för hennes barn. Stödet från sköterskorna är enormt viktigt och många gånger bildas det en god relation mellan vårdare och patient eftersom det är långa vårdtider.

“sen hade jag en fantastisk sköterska som satt jämte mig och bara sådär, pratade lugnt och fint och berättade vad dom gjorde och sådär och att nu ska detta ske. A, fantastisk verkligen. Ett stort stöd.”

“Sen tycker jag också att den här personalen som jobbade på neo för att de så härliga för att de var inte bara det att de vårdade våra barn 24 om dygnet, de tog ju hand om oss också”

Det upplevs ibland som att man är väldigt själv i den situation man befinner sig i, speciellt efter att man kommit hem från sjukhuset. Då ska man börja klara sig själv och ha eget ansvar för barnet. Det kan kännas som ingen annan heller vet vad som ska göras och om man behöver hjälp är det svårare än när man var inne på avdelningen.

“Och det var mycket att BVC hänvisade till sjukhuset och sjukhuset hänvisade till BVC, e så man står liksom lite.. ensam i detdär.”

8 Spegling mot bakgrund och vårdteori

I detta kapitel speglas och jämförs resultatet med materialet i bakgrunden och vårdteorierna. De kategorier som uppkommit i de berättelser som analyserats diskuteras här och blir jämförda med resultatet och vårdteorin.

Upplevda känslor före inskrivningen

Mammorna beskriver mycket rädsla och oro både före, under och efter sjukhustiden. De oroar sig för hur barnet kommer att må och hur barnet ska klara sig, både under sjukhustiden men också efteråt. Både rädsla och oro är ord som uppkommer emellanåt hos alla mammors berättelser. Innan inskrivningen är oron stor för hur barnet ska klara sig om det föds för tidigt. Mammorna känner också på sig att något inte stämmer redan innan de vet att de kommer föda prematurl, och det oroar dem också. Det finns olika stadier i en graviditet, både fysiskt och psykiskt, vilket vi nämnde i kap 3.5 s.16. När barnet föds innan planerat förlossningsdatum är mamman fortfarande i den andra trimestern, och är psykologiskt sett i särskiljningsfasen, dvs. mamman håller på att försöka skilja fostret som en egen individ. Hon är därför inte redo att skiljas från fostret varken psykologiskt eller fysiskt. (Jackson & Wigert, 2013)

Upplevda känslor under sjukhustiden

Sjukhusvistelsen är en intensiv period i hela familjens liv. Almeida m.fl. (2018) Beskriver att det kan vara väldigt svårt för mamman att komma in i sjukhusets rutiner och att det även kan vara svårt att slappna av i sjukhusmiljön eftersom sjukhus ofta förknippas med sjukdom och lidande. Under sjukhusvistelsen är det mycket oro och rädsla i samband med olika ingrepp och behandlingar barnet är med om. Det kan också kännas konstigt och det är svårt för mammorna att sätta ord på vissa situationer familjen och framförallt barnet är med om under sjukhustiden. Mamman finner sig även i en situation var hon inte är den personen som ansvarar för sitt barn längre, hon lägger all sin tillit till sjukhuspersonalen. I våra berättelser berättar mammorna hur intensiv perioden på sjukhuset är. De lägger all sin tillit till sjukskötarna och läkarna, och litar på att de gör allt i sin makt för hennes barn. Mamman får vara så delaktig i vårdandet av barnet som möjligt vilket gör att hon känner sig behövd och på så sätt får stärkt sin mammaroll. Mamman bildar en vardag på sjukhuset, och får en god relation till sjukskötarna som vårdar barnet.

I en studie av Fleury m.fl. (2014) förklarar de vikten med närheten från mamman till barnet under sjukhusvistelsen. Det är betydligt för barnets välmående men också mamman själv. Enligt studien kan mammans känslor och närhet bidra till barnets välmående och tillfrisknande. Det är viktigt att mamman får identifiera sig som mamma till barnet och bekanta sig med mammarollen. Detta har vi också sett i alla de berättelser vi tagit del av. Mamman får vara hos barnet så mycket som möjligt, och den omtalade kängurumetoden hjälper mamman att anknyta till barnet på samma gång som det håller barnet lugn. Amningen är också viktig vid anknytningen mellan mor och barn. I bakgrunden beskrivs amningens

betydelse för mamman och barnet. En mamma med prematur möter många utmaningar om att växa i sin roll som mamma. Det är viktigt för henne att inse hur viktig och oersättlig amningen är för barnet. Fast barnet är litet lyckas de flesta mammorna komma igång med amningen. Ibland på egen hand och ibland med lite vägledning. Även i kapitlet om familjecentrerad vård nämns det att det uppkommer ofta en negativ stress som har en negativ verkan på interaktionen mellan mamma och barn. Enligt berättelserna har mammorna inte upplevt en negativ stress som påverkar närheten. Dock har de varit snabba på att lära känna sitt barn och känna igen deras signaler och förändringar som uppstår vis barnets tillstånd. I Mercers teori som beskrivs i bakgrunden, berättar hon om hur sjuksköterskor ska kunna hjälpa till med att stärka moderns moderliga identitet. Teorin kan användas under graviditeten och postnatalet för att hjälpa modern att anknyta sig med barnet. Hon berättar om det förväntansfulla steget, som behandlar den sociala och psykologiska adaptationen till den moderliga rollen. Närhet har en stor roll i Mercers teori, eftersom det är närheten som bidrar till en god mor och barn relation.

Det kommer fram i berättelserna att mamman känner ofta en avund gentemot de andra mammorna. Det är inte lätt när man själv är i en svår situation och man hör om andra mammor som har friska barn och som får gå hem bara några dagar efter förlossningen. Då kan det kännas extra tungt att inte få ha barnet hos sig hela tiden och att barnet måste vara på sjukhus en längre tid. Speciellt svårt var det för mamman om hon såg andra mammor som är tillsammans med sina bebisar, exempelvis på BB. Eftersom det inte var tänkt att barnet skulle må dåligt, och eftersom mamman kanske inte har fått förbereda sig på hur de kommande veckorna eller månaderna kommer se ut, är det också lätt att avundsjuka uppstår. Med hjälp av Mercers teori kan man till viss del styra mammans lärande av förväntningar och man kan fantisera om den moderliga rollen tillsammans med henne och försöka se den positiva sidan av alltihop.

Upplevda känslor efter utskrivning

Efter utskrivningen kommer oron och rädslan upp i samband med att de ska hem från sjukhuset. Mamman är rädd för hur de ska klara sig utan all sjukvårdspersonal som är tillgängliga dygnet runt. Barnet är fortfarande litet, och ofta är det inte helt frisk och väldigt infektiöskänsligt den första tiden hemma. Den familjecentrerade vård som vi berättat om i bakgrunden är därför mycket viktig att ta i beaktande. Det är viktigt att sjuksköterskorna beskriver och vägleder föräldrarna för att de ska känna sig lugnare och kunna hantera den oro och rädsla som uppkommer, både före, under och efter sjukhusvistelsen. Det ska inte

kännas som ett stort steg att ta kontakt om det är något mamman funderar över. Man kan även jämföra med Mercers teori även här som hjälper att ge mamman det stöd och den information hon behöver för att bearbeta situationen hon är i. Teorin hjälper också mamman att hitta glädjen och självkänslan i moderskapet.

Almeida m.fl. (2018) beskriver att efter det prematura barnet varit på en vårdavdelning så känner sig mamman starkare, mer tolerant och mer tålmodig än tidigare. Hon har då varit med om en intensiv krisperiod som beskrivs som dramatisk, stressfull och ångestfylld. I slutändan har detta gjort gott för mamman och hon har vuxit som person. Mammorna i våra berättelser bekräftar detta med att berätta hur det känns som att man blir starkare i sitt liv efter en sådan här intensiv och jobbig upplevelse som de faktiskt beskriver det.

Upplevelse av vården

Mammorna i våra berättelser är generellt väldigt nöjda med den vård de fått. De beskriver gott bemötande och tillit till personalen, vilket är väldigt viktigt. Mamman känner att hon blir tagen på allvar, och att sjukskötaren eller läkaren förklarar lugnt vad som händer och hur de kommer gå till väga med vissa ingrepp eller dylikt. Mammorna är säkra på att personalen på sjukhuset gör allt de kan för att barnet ska må bra, och mamman beskriver detta som skönt och fantastiskt. Något som också nämns i våra berättelser är ensamhet. Ibland kan det kännas svårt för mamman att veta vart hon ska vända sig, sjukhuset eller barnavårdscentralen. På sjukhuset vill de att hon ska vända sig till barnavårdscentralen och vice versa. Då uppstår en situation som gör att mamman känner att hon inte får den hjälp hon behöver och förtjänar.

9 Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att få en djupare förståelse om mammornas upplevelser att föda prematurt och vilka känslor som uppkommer i en sådan situation. Vi ville även få mer kunskap om hur mammorna upplever stödet från vården. Vi valde att göra en kvalitativ innehållsanalys och som redan nämnt så var tanken först en intervjustudie, innan vi visste att man kan använda sig av poddar. Att använda sig av poddar som datainsamlingsmetod var enligt oss ett väldigt bra val. Poddarna innehöll den information vi sökte efter och informationen kändes även relevant. Mammorna beskriver med fria ord sina upplevelser och vi har försökt vara noggranna och tolka rätt. Processen att hitta relevanta podcasts, transkribera och analysera de podcasts som valts tog längre än det var tänkt från första

början. Dock är vi ändå nöjda med det material som samlats in och tycker att data som kommit fram är informativ. Poddarna har transkriberats på samma sätt som det vore intervjuer, och sedan är de upplagda i kategorier och en tabell för analysering.

I bakgrunden satsas det mycket på “mindre” rubriker som inte kommer fram ordentligt eller har någon stor relevans i resultatet. Det har varit svårt att i början hitta relevant information och att veta vad exakt vad som ska tas med i bakgrunden. Det var egentligen efter vi lyssnat på poddarna som bilden blev klarare om vad som är relevant till vår bakgrund. Om studien skulle göras igen skulle vi ha först lyssnat på poddarna och skrivit ner vad som nämns mycket och ofta där, t.ex. om CPAP för att sen kunna skriva och fördjupa oss mer i ämnet i fråga.

Eftersom de poddar som har analyserats är från Sverige så kan man diskutera vad som är relevant här i Finland och vad som är relevant där. Mycket här i Norden är väldigt lika gällande sjukvård, men det finns ändå vissa skiljaktigheter. Därför är det bra att ta i beaktande att materialet är från Sverige och inte från Finland. De böcker och den information som använts är för det mesta också från Sverige eftersom det för oss svenskspråkiga är lättare att hitta information därifrån. Trots det så har vi försökt vara väldigt kritiska till alla källor och tänkt från ett finländskt perspektiv.

10 Resultatdiskussion

Vi ville ha svar på vilka känslor upplever en mamma som fött ett prematurt barn och hur mammorna upplever stödet från vården för att få en fördjupad förståelse om mammornas känslor att föda för tidigt.

Det vi kommit fram till i vår studie är att de känslor som uppkommer hos en mamma som fött prematurt kan ofta vara ganska negativa. Det nämns mycket rädsla och oro, och det är också väldigt psykiskt tungt, det känns överkligt och mamman känner också mycket nedstämdhet. Trots dessa negativa känslor fanns det hos varje mamma ett hopp. En tro på att allt kommer bli bättre. De litade på vårdpersonalen och att de gör sitt allra bästa för barnet. Detta beskriver vår andra frågeställning: Hur mammorna upplever stödet från vården. Upplevelsen om stödet från vårdpersonalen var bra, till och med bättre än tänkt. Det var en mamma som berättade att hon är väldigt tacksam för att hon bor just i Sverige. Om hon bott i något annat land, var som helst, så finns det inga garantier att hennes barn skulle klarat sig.

Hon skulle inte vilja att hennes barn vårdas på något annat ställe än där hon varit, och detta är ett väldigt bra betyg till sjukhuset.

De teorier som beskrivs i vårt arbete är Mercers "maternal role attainment" och Bowlbys anknytningsteori. Mercers teori beskriver hur vårdpersonalen kan hjälpa mamman och barnet att knyta an, även i "onaturliga" familjesituationer, exempelvis vid adoption eller surrogatmamma. Att föda prematurt kan även kännas som en "onaturlig" situation och på så vis tänkte vi att denna teori passar vårt arbete. Mercers teori är väldigt fascinerande och det var intressant att jämföra våra svar med hennes teori.

Bowlbys anknytningsteori väckte oss också intresse och vi tänkte det kan vara intressant att spegla till en mer psykologisk teori. I Bowlbys anknytningsteori beskrivs det hur tidig separation från mamman har en skadlig påverkan på barnets psykiska utveckling. Teorin behandlar även samspelet mellan omvårdnad och anknytning. Samspelet omfattar föräldrarnas, eller någon annan omvårdnadsperson, med benägenhet, vilja och förmåga att stödja barnet och dess behov, samt att skydda, trösta och ge trygghet. Mammornas berättelser förklarar hur vårdpersonalen förklarade att det var viktigt att vara nära sitt barn och att familjevården och amning hade betydande effekt på anknytningen. Deras självförtroende och mammarollen stärktes enligt mammorna själva.

I vår studie beskrivs det om relativt kortsiktiga känslprocesser som mammorna hade före, under, inför hemgång och kort efter sjukhustiden. I en eventuell vidare studie skulle det vara intressant att sätta fokus på vad som hände sedan, alltså på ett mera långsiktigt resultat. Man skulle kunna nu intervjua mammor som har fött för tidigt men där barnen är idag i skolåldern och fråga hur de ser tillbaka på tiden idag. Då har de haft tid att landa och kan kanske blicka tillbaka och se på ett annat sätt än vad de gjorde när barnet endast var ett år gamla och man hade inte kunnat se hur framtiden skulle se ut. Möjligen skulle man nu följa mer hur hemsjukvården upplevdes och vårdöverlämningen till barnhälsovården.

11 Källförteckning

Allen,S. Cherney,K. & Boskey,E. 2017.

[online] *Acidosis* <https://www.healthline.com/health/acidosis> [hämtat: 10.12.2018]

Allgood,M. 2018. *Nursing theorists and their work* . Missouri: elsevier

Almeida,C. Morais,A. Lima,K & Silva,A. 2018. *Daily routine of accompanying mothers in the neonatal*

intensive care unit [Online] <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ceaa24ce-a2cb-4fc3-acd0-21bd43547f67%40sessionmgr101> [Hämtat: 10.04.2019]

Aroseus,F.

2013. *Bowlbys anknytningssteori* [online] <https://lattattlara.com/utvecklingspsykologi/bowlbys-anknytningssteori/> [hämtat: 21.01.2019]

Babyhjälp. 2018. [Online]

<https://www.babyhjalp.se/prematur/> [hämtat: 24.11.2018]

Bryder,T. 1985. *Innehållsanalys som idé och metod* Åbo. Finland: Åbo akademis kopieringscentral

Callne,L. & Jacobsson,J.

2016. *Sveriges Radio* [online] <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspxprogramid=98&artikel=6463818> [Hämtat: 04.12.2018]

Cnattingius,S, Villamor,E, Johansson,S, 2013. [online] *Maternal obesity and risk of preterm delivery* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23757084?otool=karolib&tool=karolinska> [hämtat: 22.01.2019]

Diabetesförbundet. 2017.

[online] *Graviditetsdiabetes* <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/graviditetsdiabetes/> [hämtat: 10.12.2018]

Duthoit,M. 2012. *Föräldrars oro efter en prematur förlossning - mätt med baby and You skalan*. [online]

https://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06225/published/1538571282159/resourceId/24178327/content/Föräldrars%20oro%20efter%20en%20prematur%20förlossning.pdf [hämtat: 24.10.2018]

Eklund,G. u.å. *Forskningsmetodik – kvalitativa*

metoder. [online] <https://www.vasa.abo.fi/users/geklund/PDF/SpecPed%20II-PP%20-%20Webb.pdf> [hämtat 16.4.2019]

Fleury,C. Parpinelli,M. & Makuch,M. 2014. *Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study*. [online]

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-313> [Hämtat: 24.10.2018]

Forskningsenhetliga delegationen. 2012.

[online] <https://www.vastuullinentiede.fi/sv/forskningsarbetet/oppen-vetenskap-och-forskningsetik> [hämtat 16.4.2019]

Hagberg, H. Marsal, K. Westgren, M. 2008 *Obstetrik*. Sverige: studentlitteratur

Hansson, S. 2017. *Protein kan lösa gåtan med havandeskapsförgiftning*

[online] <https://www.life-time.se/forskning/protein-kan-losa-gatan-med-havandeskapsforgiftning/> [hämtat: 10.12.2018]

Hansson, U. 2010. *Diabetes och*

graviditet [online] <http://www.medinsikt.se/gynekologi/graviditetskomplikationer/6> [hämtat: 10.12.2018]

Hedin, A. 2011. *En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*. [online]

<https://studentportalen.uu.se/uusp-filearea-tool/download.action?nodeId=459535&toolAttachmentId=108197> [hämtat: 24.10.2018]

Helenius, K. Sjörs, G. & Shah, P. 2017. *Survival in very preterm infants: An international comparison of 10 national neonatal networks*. [Online]

https://www.se-neonatal.es/Portals/0/SEN-1500/RED-INEO_2017.pdf?fbclid=IwAR3TK2kdEiKU7sd8ViNfUDFBTKAsA4dItJcGYHxx_qlCIlywhKQaHPdtezU [Hämtat: 24.20.2018]

Hindsberg, M. 2014. *Så här lyssnar du*

på poddar [online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2014/10/23/sa-har-lyssnar-du-pa-poddar> [hämtat: 04.12.2018]

Irish neonatal health alliance. 2017 [online]

<http://www.inha.ie/wp-content/uploads/Maternity-Leave-Review-Document.pdf> [hämtat 16.4.2019]

Jackson, K. & Wigert, H. 2013. *Familjecentrerad vård*. Sverige: studentlitteratur

Kaaha, R. 2018. *Raskausajan hypertensiivinen*

kriisi [online] https://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01420&p_haku=pr-e-eklampsia [hämtat: 10.12.2018]

Kleberg, A. 2015. *Familjecentreret neonatalsygepleje – vad skal vi gøre mere af?*

[online] http://www.neonatal.dk/media/25474/odense_nov_2015_handouts.pdf_agnetakleberg.pdf [hämtat 16.4.2019]

Lagercrantz, H. Helström-Westas, L. & Norman, M.

2008 *Neonatologi*. Sverige: studentlitteratur

Lilliecreutz, C. Larèn, J. Sydsjö, G & Josefsson, A.

2016. *Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth*. [Online]

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0775-x> [Hämtat: 24.10.2018]

- Lindgärde, G. 2018. *Prematuritetsretinopati, S:t Eriks Ögonsjukhus* <https://www.sankterik.se/patient/sjukdomar-och-besvar/prematuritetsretinopati> [online] [hämtat: 24.4.2019]
- Mayo Clinic. 2018. [online] *Placenta Accreta* <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/placenta-accreta/symptoms-causes/syc-20376431> [Hämtat: 22.01.2019]
- Moëll,C & Gustafsson,J. 2011. *Pediatric*. Stockholm: Liber
- Neonatal HLR u.å. [online] <http://neohlrutbildning.se/index.php/hlr-utbildning/neonatal-hlr/neohlr-steg-foer-steg> [Hämtat: 16.4.2019]
- Nestor,L 2015 [online] <https://stress.se/sa-paverkar-stress-fostret-nar-du-ar-gravid/> [hämtat: 15.1.2019]
- Perris.C. 1996. *Ett band för livet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Petiprin,A. 2016. [online] <http://nursing-theory.org/theories-and-models/mercer-maternal-role-attainment-theory.php> [hämtat: 9.12.2018]
- Psykologiguiden. u.å. <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=Tavistock%20Centre> [hämtat: 21.1.2019]
- Saugstad, O.1999. *När barnet föds för tidigt*. Norge: Luther forlag
- Statens medicinsk-etiska råd. 2018. *Etik. - En introduktion* [online] [http://www.smer.se/wp-content/uploads/2018/06/Etik.-En-introduktion WEB.pdf](http://www.smer.se/wp-content/uploads/2018/06/Etik.-En-introduktion_WEB.pdf) [hämtat 16.4.2019]
- Stolt,S. Yliherva,A. Parikka,V. Haataja,L. & Lehtonen,L. Toim. 2017. *Keskosen hoito ja kehitys*. Tallinn: Duodecim.
- Söderberg,A. 2018. [online] Gravid och stressad? Så kan det påverka fostret [hämtat 15.1.2019]
- Terveyskylä.u.å.. [online] [https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/problem-under-graviditeten/preeklampsi-\(havandeskapsf%C3%B6rgiftning\)](https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/problem-under-graviditeten/preeklampsi-(havandeskapsf%C3%B6rgiftning)) [hämtat: 24.10.2018].
- THL, 2017 *Synnyttäjät ja synnytykset* [online] https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Tr38_18Liitetaulukot.pdf [hämtat: 29.4.2019]
- Vainikainen,T. 2017. *Egentliga finlands sjukvårdsdistrikt*. [online] <http://www.vsshp.fi/sv/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sidor/Finlands-prematurvard-en-av-de-basta-i-varlden.aspx> [Hämtat:24.02.2018].
- Vårdomsorg.se. u.å. [online] <http://xn--vrdomsorg-52a.se/sjukdomar-och-rad/omraden/sjukdomar-och-besvar/for-tidig-avlossning-av-moderkakan-653> [hämtat 16.1.2019]

12 Bilagor

Bilaga 1

Synnyttäjät ja synnytykset 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Föderskor och förlösnningar 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Parturients and deliveries 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Synnyttäjät, synnytykset / Föderskor, förlösnningar / Parturients, deliveries		1987	1990	1995	2000	2005	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Synnyttäjät / Föderskor / Parturients	N	59 397	64 960	62 192	55 851	56 960	58 025	60 422	59 384	59 039	57 728	57 019	55 007	52 870	50 151
Keski-ikä, kaikki / Medelålder, alla / Mean age, all		28,9	29,1	29,7	29,9	30,0	30,0	30,1	30,2	30,3	30,4	30,5	30,6	30,7	30,9
ensisynnyttäjät / förstföderskor / primiparas		26,5	26,8	27,5	27,6	27,9	28,0	28,2	28,4	28,4	28,5	28,6	28,8	29,0	29,2
Alle 20 v. / Under 20 år / Under 20 years	%	3,2	2,8	2,5	2,9	2,8	2,5	2,3	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7	1,6	1,4
Yli 35 v. / Over 35 år / 35 years and over	%	13,3	13,9	15,1	16,4	19,0	18,5	18,0	18,7	19,5	20,0	20,4	20,8	22,0	22,5
Naimisissa / Gifta / Married	%	80,0	74,2	66,8	58,2	59,9	59,3	57,8	57,9	57,7	57,3	55,8	54,6	54,5	54,0
Avoliitossa / Samboende / Cohabiting (1)	%	12,0	17,6	22,3	28,3	33,4	32,8	32,5	32,0	31,9	33,3	33,9	35,9	35,6	36,6
Muut / Andra / Others	%	5,9	6,8	11,0	12,7	8,8	7,8	9,4	9,8	10,2	9,3	10,0	9,1	9,4	9,1
Tuntematon / Okänt / Unknown	%	1,8	0,9	0,4	1,4	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3
Aiempiä raskauksia / Tidigare graviditeter / Previous pregnancies	0	%	30,3	30,1	30,2	31,1	32,6	32,1	32,2	31,5	31,6	31,5	32,1	32,3	31,7
	3+	%	17,0	18,3	19,5	20,1	19,5	19,3	19,8	20,1	20,4	20,5	20,4	20,3	21,0
Aiempiä synnytyksiä / Tidigare förlösnningar / Previous deliveries	0	%	39,8	39,0	38,7	40,4	42,4	42,0	42,2	41,2	41,3	40,7	41,0	41,6	40,8
	3+	%	8,0	8,5	9,6	10,0	9,9	9,8	9,7	10,0	10,0	10,1	9,9	9,7	10,3
Aiempi / Tidigare / Previous keskenmeno / missfall / miscarriage	%	16,8	18,0	19,8	20,3	20,7	20,7	21,2	21,6	21,9	21,9	21,7	21,9	22,5	22,4
keskeytys / abort / induced abortion	%	14,6	..	..	12,6	12,6	12,4	12,7	12,9	12,9	12,6	12,5	12,6	12,6	12,4
kohdunulkoinen raskaus / extrauterin graviditet / extrauterine pregnancy	%	1,7	..	..	2,0	1,6	1,7	1,5	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,7	1,7
Ennenaikaisia synnytyksiä (< 37 viikkoa) / Prematura förlösnningar (<37 veckor) / Premature births (<37 weeks)	N	3 071	3 215	3 174	3 138	2 912	2 957	3 119	2 985	2 997	2 958	3 038	2 917	2 728	2 644
	%	5,2	4,9	5,1	5,6	5,1	5,1	5,2	5,0	5,1	5,1	5,3	5,3	5,2	5,3
Painoindeksi / Viktindex / Body mass index	keskiarvo	..	..	..	..	..	24,2	24,4	24,5	24,5	24,6	24,5	24,6	24,7	24,8
Sokerirasitustesti patologinen / Glukosbelastning patologisk	%	..	..	..	..	..	9,5	11,2	12,5	12,7	15,0	15,9	15,9	17,5	19,0
Pathological glucose tolerance test	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Raskausdiabetes (Dg O24.4) / Graviditetsdiabetes / Pregnancy diabetes	..	..	..	..	..	..	6,4	7,0	8,9	9,3	10,5	11,2	11,5	12,6	15,6
Lihavat synnyttäjät (BMI ≥ 30) / feta föderskor / obese	%	..	..	..	..	..	11,2	12	12,6	12,8	13,3	13,1	13,2	13,6	14,4
Raskauden aikana tupakoinnista / Rökare / Smokers	%	15,5	16,0	15,1	14,8	14,9	15,1	15,5	15,8	16,6	16,0	15,3	14,7	14,2	12,5
raskauden alussa tupakoinnin lopettaneet / slutat röka i början av graviditeten / quit smoking at the early stages of pregnancy	%	..	..	9,3	11,7	22,2	28,5	35,7	39,2	41,9	43,8	46,2	48,8	49,2	49,7
Tarkastuskäyntejä yhteensä / Kontrollbesök totalt / Antenatal visits, total	keskiarvo	15,2	15,0	16,0	16,9	16,8	16,7	15,6	15,8	15,9	15,6	14,7	14,2	14,1	13,8
1. käynnin ajankohta / 1:a besökets tidpunkt / Time of first visit	(viikkoa / veckor / weeks)	keskiarvo	10,1	9,8	9,8	9,7	9,5	9,5	9,1	9,1	9,1	9,3	9,6	9,7	9,9
Poliklinikkäyntejä / Kontrollbesök på sjukhusets poliklinik / Visits to outpatient clinic	keskiarvo	..	2,3	2,6	2,9	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,5	3,5	3,5	3,3	3,4
Monisikiöiset synnytykset / Flerbörd / Multiple births per 100 000 synnyttäjää / föderskor / parturients	N	655	785	900	908	852	898	937	859	806	790	777	744	738	698
kaksoset / tvillingar / twins	/100 000	1 103	1 208	1 447	1 626	1 496	1 548	1 551	1 447	1 365	1 368	1 363	1 353	1 396	1 392
kolmoset jne / trillingar osv / triplets etc	/100 000	1 086	1 170	1 404	1 610	1 483	1 530	1 529	1 423	1 345	1 356	1 349	1 338	1 386	1 382
	N	10	25	27	9	7	10	13	14	12	7	8	8	5	5
	/100 000	17	38	43	16	12	17	22	24	20	12	14	15	9	10

Vastasytynneet 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Nyfödda barn 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Newborns 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2007, 2010–2017

Syntyneet lapset		1987	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nyfödda barn / Births																	
Syntyneitä, yhteensä / Födda, total / Births, total ⁽¹⁾	N	60 063	65 770	63 119	56 768	57 819	58 933	59 801	60 790	61 372	60 257	59 857	58 525	57 805	55 759	53 614	50 854
Elävänä syntyneitä / Levande födda / Live births	N	59 736	65 455	62 817	56 538	57 635	58 727	59 607	60 583	61 192	60 094	59 693	58 373	57 640	55 588	53 453	50 710
Yleinen hedelmällisyysluku / Allmänt fruktsamhetstal / General fertility rate /1000 ⁽²⁾		47,5	52,0	49,5	46,4	48,9	50,1	50,9	51,7	52,3	51,5	51,3	50,3	49,9	48,3	46,6	44,4
Syntyneitä, pojat / Födda, pojkar / Births, boys	N	30 756	33 649	32 223	29 273	29 432	30 243	30 543	30 997	31 517	30 683	30 489	30 087	29 567	28 621	27 217	25 930
	%	51,2	51,2	51,1	51,6	50,9	51,3	51,1	51,0	51,4	50,9	50,9	51,4	51,1	51,3	50,8	51,0
kaksoiset	N	1 290	1 520	1 746	1 798	1 690	1 776	1 716	1 700	1 848	1 690	1 588	1 566	1 538	1 472	1 466	1 386
kolmoset	%	2,1	2,3	2,8	3,2	2,9	3,0	2,9	2,8	3,0	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7
neloiset	N	27	75	81	27	21	30	27	33	39	42	36	21	21	21	24	15
	%	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-
Kuolleena syntyneet / Dödfödda / Stillbirths	N	327	315	302	230	185	206	194	207	180	163	164	152	166	171	161	144
/1 000 synt.		5,4	4,8	4,8	4,1	3,2	3,5	3,2	3,4	2,9	2,7	2,7	2,6	2,9	3,1	3,0	2,8
Kuollut alle 7 vrk ikäisenä / Döda före 7 dygn	N	195	202	133	98	103	97	96	94	68	78	71	51	62	55	58	55
Died before age of 7 days	/1 000 synt.	3,2	3,1	2,1	1,7	1,8	1,6	1,6	1,5	1,1	1,3	1,2	0,9	1,1	1,0	1,1	1,1
Perinataalikuolleisuus / Perinatal dödlighet / Perinatal mortality ⁽³⁾	N	522	517	435	328	288	303	290	301	248	241	235	203	228	226	219	199
/1 000 synt.		8,7	7,9	6,9	5,8	5,0	5,1	4,8	5,0	4,0	4,0	3,9	3,5	3,9	4,1	4,1	3,9
Imeväiskuolleisuus / Spädbarnsdödlighet / Infant mortality ⁽⁴⁾	N	355	371	245	205	175	163	161	163	135	140	135	104	125	97	97	96*
/1 000 elävänä synt.		5,9	5,7	3,9	3,6	3,0	2,8	2,7	2,7	2,2	2,3	2,3	1,8	2,2	1,7	1,8	1,9
Ennenaikaisesti syntyneitä (< 37 rk) / Gestationslängd < 37 veckor / Gestational age (<37 wk)	N	3 339	3 563	3 610	3 600	3 297	3 387	3 442	3 466	3 569	3 396	3 387	3 355	3 434	3 318	3 080	3 008
Keskipaino / Medelvikt / Mean weight	%	5,6	5,4	5,7	6,3	5,7	5,7	5,8	5,7	5,8	5,6	5,7	5,7	5,9	6,0	5,7	5,9
Kaikki / Alla / All	g / gr	3 548	3 552	3 539	3 515	3 505	3 491	3 491	3 483	3 485	3 495	3 498	3 496	3 488	3 485	3 495	3 498
Pojat / Pojkar / Boys	g / gr	3 608	3 616	3 601	3 576	3 559	3 551	3 550	3 543	3 540	3 555	3 559	3 559	3 545	3 541	3 548	3 554
Tytöt / Flickor / Girls	g / gr	3 485	3 485	3 474	3 451	3 449	3 428	3 429	3 421	3 427	3 433	3 436	3 431	3 429	3 425	3 441	3 439
Paino / Vikt / Weight	≥ 4500 g / gr	N	2 163	2 595	2 251	1 864	1 684	1 532	1 537	1 493	1 553	1 476	1 520	1 500	1 348	1 259	1 209
	%	3,6	3,9	3,6	3,3	2,9	2,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,5	2,6	2,3	2,3	2,4	2,4
≥ 4000 g / gr	N	12 061	13 407	12 659	10 774	10 319	10 060	10 075	9 840	10 225	10 261	10 131	9 756	9 468	8 906	9 008	8 517
	%	20,1	20,4	20,1	19,0	17,8	17,1	16,8	16,2	16,7	17,0	16,9	16,7	16,4	16,0	16,8	16,7
< 2500 g / gr	N	2 349	2 576	2 691	2 599	2 496	2 645	2 580	2 737	2 760	2 567	2 530	2 479	2 506	2 446	2 295	2 208
	%	3,9	3,9	4,3	4,6	4,3	4,5	4,3	4,5	4,5	4,3	4,2	4,2	4,3	4,4	4,3	4,3
< 1500 g / gr	N	557	549	586	538	482	501	533	511	498	505	439	426	422	434	383	374
	%	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7
< 1000 g / gr	N	277	273	291	237	210	218	243	261	222	230	196	180	170	198	172	174
	%	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Pienet keskoset - Små prematurer	N	554	563	577	577,0	515	533	547	553	533	557	498	470	473	491	417	420
Small premature infants ⁽⁵⁾	%	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8
Lasten hoitotoimenpiteitä / Åtgärder på nyfödda																	
Treatments to newborn children																	
Antibioottihoito/ Antibiotikabehandling/ Antibiotics	%	..	..	2,8	3,7	5,6	5,8	6,2	6,2	6,2	6,5	6,4	6,3	6,5	5,9	3,8	4,4
Valohoito/ Ljusbehandling/ Phototherapy	%	..	..	5,9	6,2	6,8	6,4	6,9	5,7	5,3	5,6	6,3	6,8	7,1	7,3	6,3	6,8
Verenvaihto/ Blodbyte/ Exchange transfusion	%	..	..	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Respiraattori/ Respiratorbehandling/ Respirator care	%	..	..	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	0,5
Teho- tai valvontaos./ Intensivvårds- eller observationsavd. / Intensive care or observation unit	%			8,2	9,7	12,4	11,3	11,0	9,6	9,6	11,1	11,1	11,8	11,8	11,4	11,8	11,8
Lapsi kotona viikon iässä / Barnet hemma i en veckas ålder / Child at home at the age of one week	%	75,9	83,2	91,8	92,3	92,2	92,8	93,5	92,4	92,8	92,5	93,0	94,2	94,2	94,0	94,2	93,5