



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2018

Introduktion

Den regionala gruppen för preventiv kvinnohälsovård bildades i december 2008.

Syftet med gruppens arbete är att göra fördjupade analyser och arbeta fram förbättringsmöjligheter av de i verksamheten ingående delarna såsom mödrahälsovård, föräldrastöd, familjeplanering, preventivmedelsrådgivning och cervixcancerprevention.

Siffror i 2018 års rapport baseras på uppgifter framtagna ur graviditetsregistret, obstetrixliggaren samt rapport från respektive verksamhet, se under respektive diagram för källhänvisning.

Under 2014/2015 genomfördes en nationell sammanslagning av flera olika register. Det gamla mödrahälsovårdsregistret inkluderades i ett graviditetsregister tillsammans med förlossnings- och fostermedicin data. Historiska data är sedan 2015 utbytta jfr med tidigare rapporter, då all data genererats centralt där källan är graviditetsregistret. Under vissa tidsperioder har västra + centrala Östergötland rapporterats som en enhet beroende på hur datauttaget sett ut vid den tidpunkten.

År 2018 förlöstes 11 873 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa förvårdades 97 % (9640 inskrivna) på regionens mödrahälsovårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 94,5-98,2%. En möjlig felkälla i siffrorna är att förlossningsantalen innefattar alla förlösta patienter ex. turister eller riskgravida från andra orter som inte är inskrivna på förlossningsortens MVC.

Gruppen består av:

Mödrahälsöversörsläkarna i regionen:

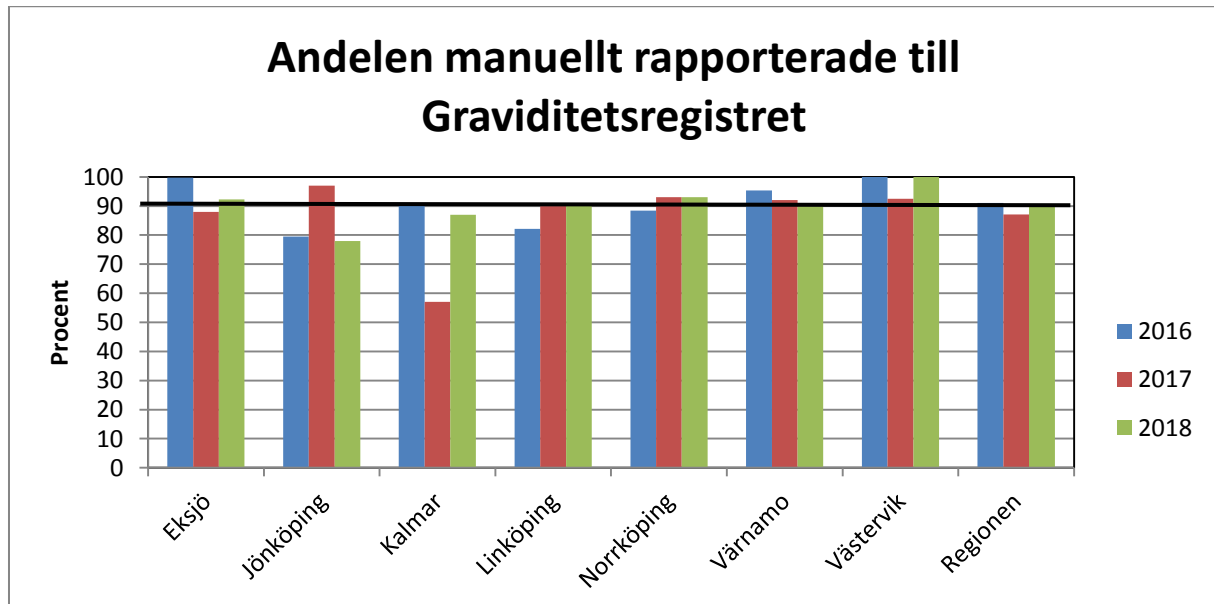
Eva Lis Råsberg Eksjö
Ulrika Laurelii Jönköping
Maria Eriksson Kalmar
Caroline Lilliecreutz Linköping
Birgitta Zdolsek Norrköping
Katarina Blomstrand Värnamo
Maria Engman Västervik

Verksamhetscheferrepresentant Catarina Notelid-Claus

IT-samordnare Meg Wigmo



Hälsovård i samband med graviditet

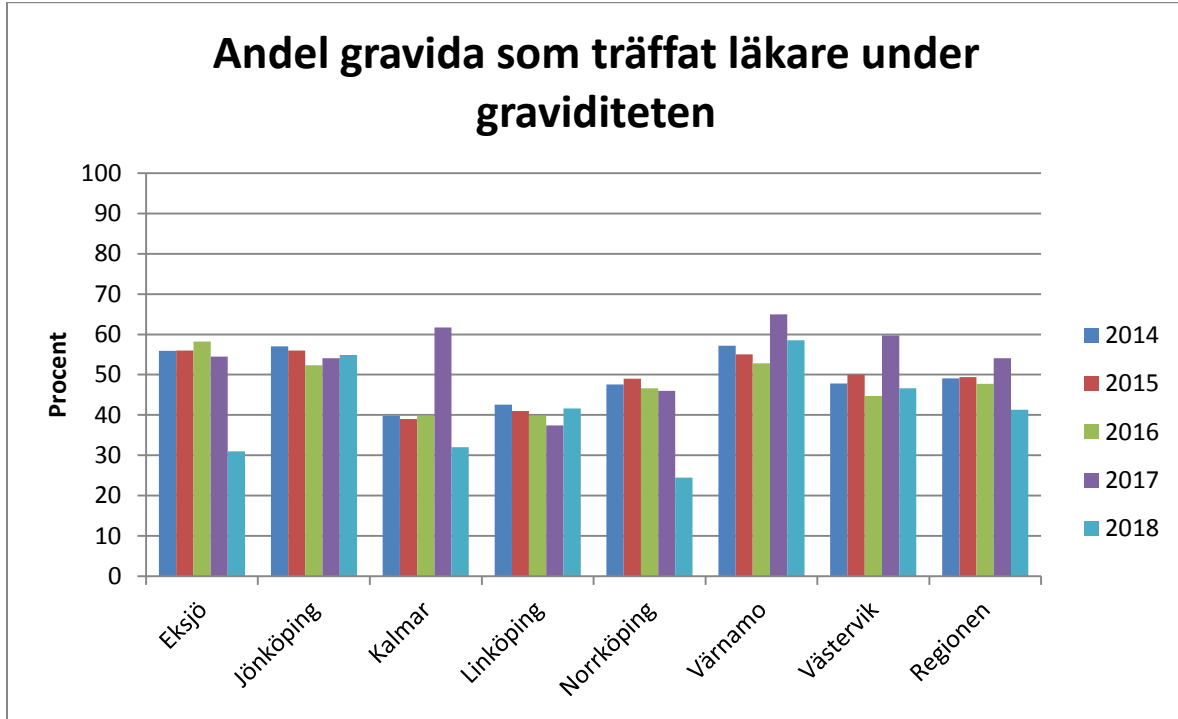


Målvärde > 90%

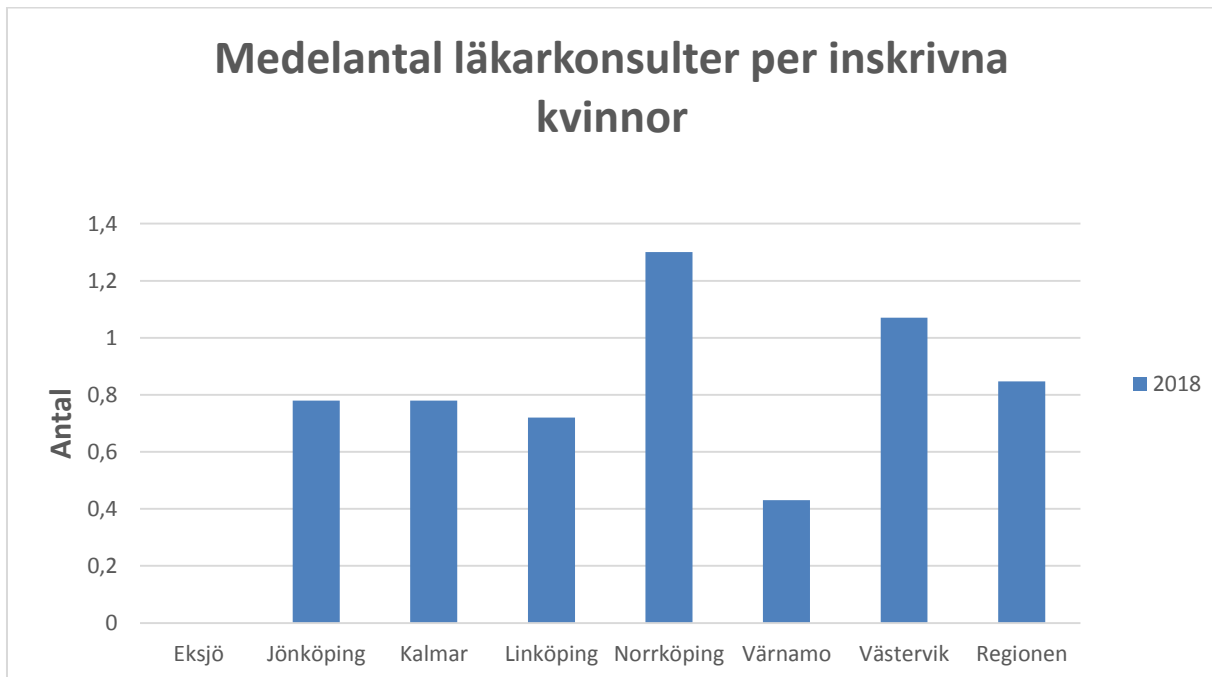
Källa: Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Det är av stor vikt att samtliga parametrar anges i den gravida kvinnans journal för att säkert kunna tolka datauttag, identifiera förbättringsområden och följa förändring. Från och med år 2016 sker överföring av data till graviditetsregistret både manuellt och automatiskt från den gravida kvinnans journal i Obstetrix. I rapporten redovisas andelen manuellt rapporterade till registret då den manuella inmatningen är viktig för att säkerställa en korrekt tolkning av data. Det är angeläget att det under hela året sker en kontinuerlig kontroll av att data inmatas.

En möjlig felkälla är de graviditeter som är räknade som inskrivningar i Obstetrix och som sedan slutar i missfall, som inte rapporterats in. Den bästa variabeln är den som kommer i samband med graviditetsregistrets årsrapport i början av hösten, alltså den fullständiga täckningsgraden som bygger på antal födda barn jämfört med inrapporterade data till graviditetsregistret.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad



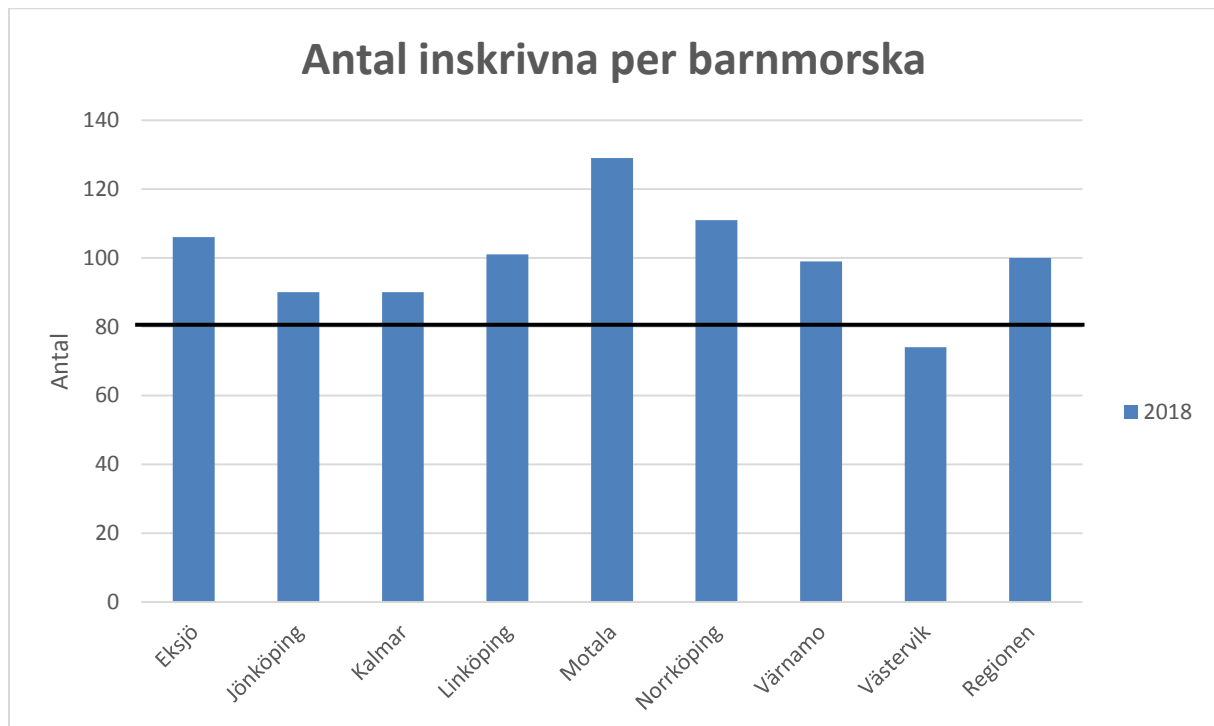
Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

Tidigare år tittade vi på medelantal besök hos barnmorska under en graviditet, men då detta värde låg konstant har vi sedan 2014 valt att titta på besök hos läkare.

Vad som avses med parametern är att se hur stor andel av de gravida som har träffat en läkare under sin graviditet, pga. graviditetsrelaterade besvär, oavsett var besöket skett. Värdet speglar då inte i första hand tillgång till läkare på KVH utan vårdtyngd.

Variationen mellan orterna kan bero på att vi har olika uppbyggda organisationer, där man på vissa orter använder sig mer av diskussionsronder eller ”konsultationer” med läkare istället för personliga besök. Men naturligtvis också hur sjuka patienter vi handlägger och tillgång till läkartider.

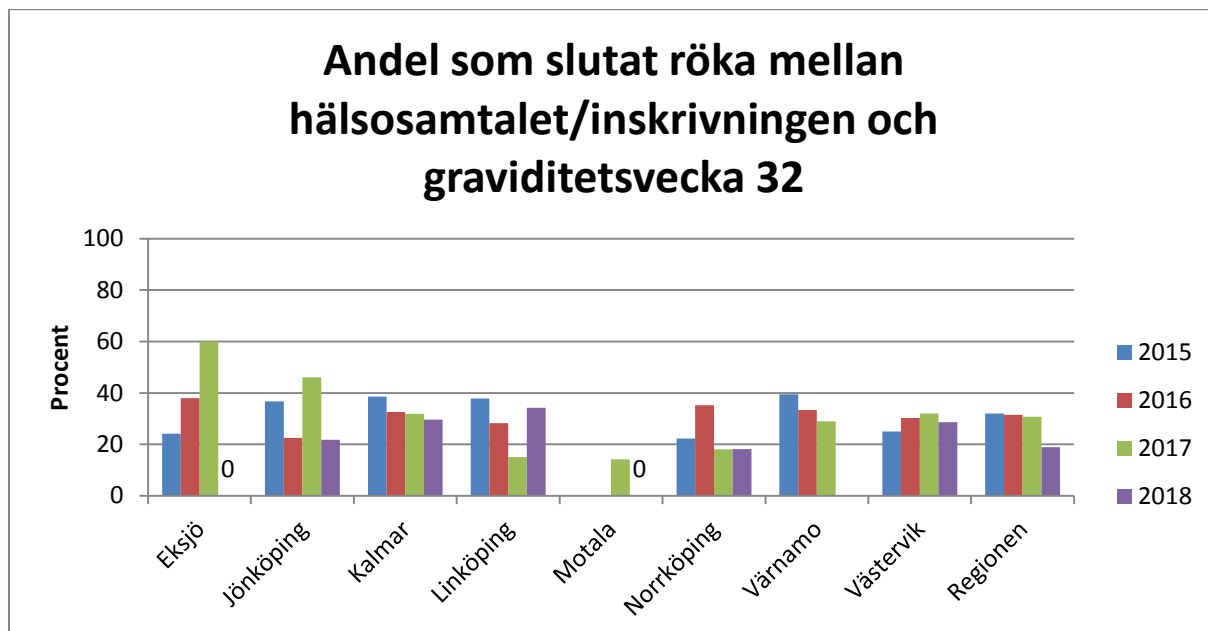
Från i år tar vi även med medeltal konsulter per inskriven kvinna, för att få en bättre bild. Eksjö kunde inte få fram siffran detta år, men kommer kunna få med den till inskrivna 2019.



Målvärde: 80 inskrivna per heltidstjänst barnmorska (enligt rekommendation i ARG-rapport nr 59 "Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa")

Källa: Obstetrix MVC-liggare

Antalet inskrivna per barnmorsketjänst varierar inom regionen ; 74-129. De olika siffrorna kan möjligen till viss del bero på andelen övriga arbetsuppgifter som, utöver mödrahälsovård och föräldrastöd, ingår i barnmorskans uppdrag t ex gynekologisk cellprovskontroll, preventivmedelsrådgivning, utåtriktat arbete och ungdomsmottagning. God bemanning inom mödrahälsovården behövs för en rimlig arbetsbelastning och därmed hög patientsäkerhet.



Antal som röker vid inskrivning/ antal som röker i v 32

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik
2018	42/41	55/43	27/19	35/23	88/72	43/38	35/25

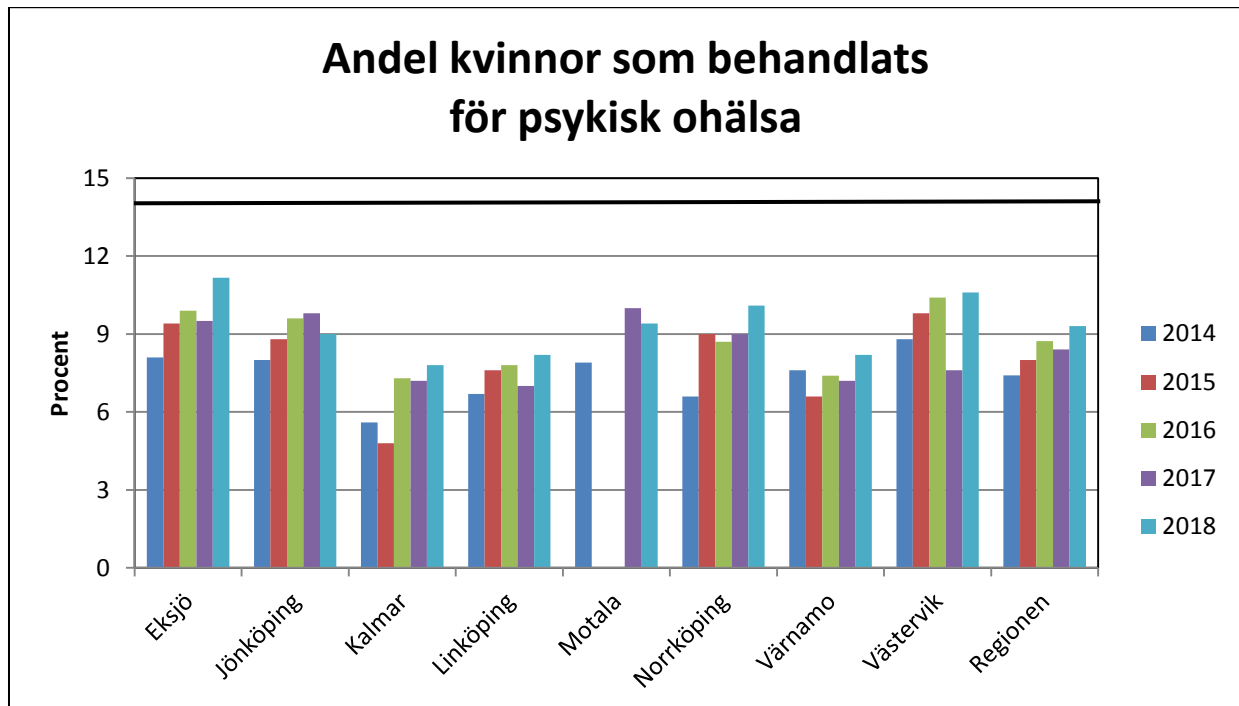
Med rökning menas daglig rökning, oavsett mängden cigaretter. För gravida och ammande ingår även mer sporadisk rökning. Rökning under graviditet innebär ökad risk för intrauterin tillväxthämning, intrauterin fosterdöd, ektopisk graviditet, missfall, prematurbörd, ablatio placenta samt plötslig spädbarnsdöd.

Alla gravida kvinnor tillfrågas om tobaksbruk vid första besök (alternativt vid gruppinformation)/inskrivning hos barnmorska, liksom tobaksbruk i familjen. Motiverande samtal (MI) används för att motivera till tobaksfrihet. Information ges om tobakens negativa effekter på graviditeten liksom vad passiv rökning innebär samt att nikotinersättningsmedel ej rekommenderas. Fördjupat samtal erbjuds om möjligt vid större tobaksbruk och bedömning görs ifall extra tillväxtultraljud i graviditetsvecka 32 ska göras. Som stöd för tobaksfrihet informeras kvinnan om ”Sluta Röka Linjen”, vårdguidens app-tjänst ”Rökfri” samt tillgängliga tobaksavvänjare. Enligt Medicinska födelseregistret registreras tobaksvanor vid tre tillfällen; tre månader före graviditet, vid inskrivningen i mödrahälsovården och i graviditetsvecka 30-32. Största andelen som slutar röka, gör det innan inskrivningen. I regionen har vi målet att få alla kvinnor att sluta röka mellan hälsosamtalet/inskrivningen och

graviditetsvecka 32. Ett delmål är att 60 % slutar under denna tid. Felkällan kan dock vara väsentlig då uppgifter om rökning ej är fullständig för graviditetsvecka 32.

I rapporten för 2018 har vi valt att ändra andel (%) till antal för att se hur många kvinnor som verkligen slutar röka mellan inskrivningen och graviditetsvecka 32. Procentsatsen finns också med som tillägg till denna information.

Förbättringspotential; fler MI utbildade läkare och barnmorskor samt samarbete med enheter som arbetar med tobaksavvänjning. Rökning ska belysas vid varje besök både inom öppen- och slutenvården.



Målvärde: 14%

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.

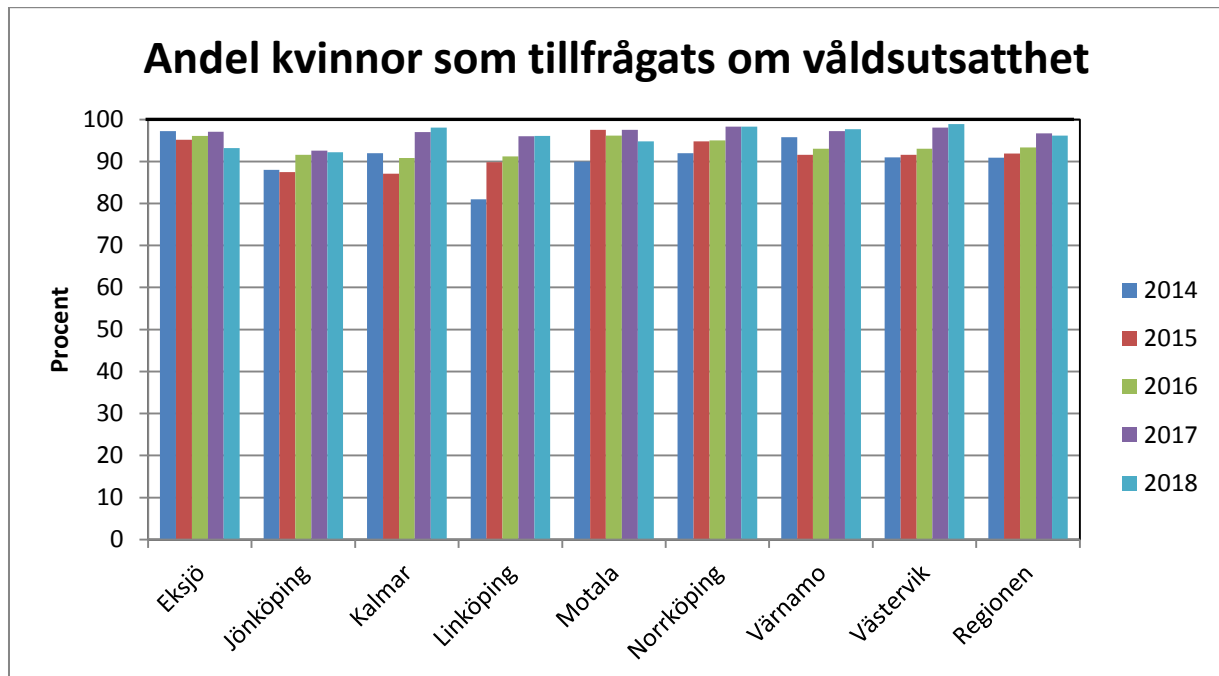
Av socialstyrelsens kunskapsstöd fram går att psykisk ohälsa särskilt ska uppmärksammas inom mödrahälsovården. Psykisk ohälsa är bla associerat med ökad risk för försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet.

Var tredje kvinna mellan 16-24 år och var fjärde kvinna mellan 25-34 år lider av psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, oro och ångest (Socialstyrelsen). MHV möter därför ett stort antal kvinnor med psykisk ohälsa. Enligt en svensk studie av L Andersson et al(AmJObGy 2003) förekom psykisk sjukdom hos 14% av de gravida kvinnorna.

Det är en utmaning att identifiera dessa kvinnor och troligen är gruppen med psykisk ohälsa underdiagnostiserad. Målet är att hitta alla för att kunna erbjuda en bra och effektiv behandling. Screening av depressionssymptom sker vid inskrivningen i Östergötland med en depressionsskala (EPDS) och i region Kalmar och Jönköping använder med EPDS vid behov.

Behandlingen som avses i denna statistik gäller både medicinsk och psykologisk behandling under graviditeten oavsett vem som är vårdgivare (t.ex. mödrahälsovården, vårdcentralen) eller vem som har initierat behandlingen. Extra stödbesök hos patientansvarig barnmorska ingår dock inte.

Sedan 2014 (7,4%) till 2018 (9,3%) har allt fler gravida kvinnor i SÖ regionen erhållit behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet vilket är bra och tyder på att vi hittar fler. Uppmärksamma psykisk ohälsa vid riskbedömningen för att hitta fler är ytterligare en möjlig förbättring samt att utvidga hälsodeklarationen med frågor kring psykisk ohälsa.



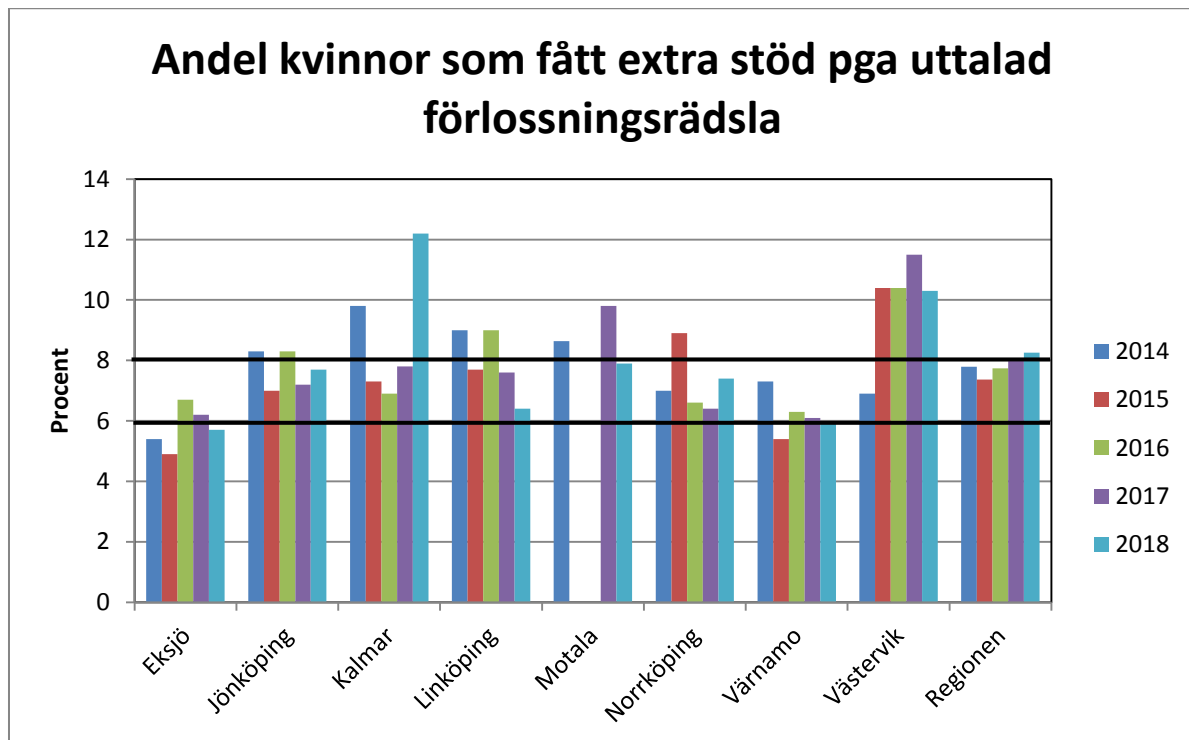
Mål: 100%

Källa: Manuellt inmatad data, Graviditetsregistret

Många våldsutsatta söker hälso- och sjukvård på grund av olika symptom, men det framkommer inte alltid att de är utsatta eller tidigare utsatta för våld. Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem med allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för den som utsätts, liksom för barn som bevittnar våldet. Våld i nära relation innefattar bl.a. våld från en partner, förälder eller annan omsorgsperson. Även hedersrelaterat våld med flera närstående inkluderas i detta begrepp där det finns ett emotionellt band som försvårar möjligheten till motstånd och uppbrott. Vidare kan våldet anta olika former som fysiskt, psykiskt, sexuellt och materiellt. Det kan också tillta i allvarlighetsgrad ju längre relationen pågår. Hos gravida kvinnor med erfarenhet av våld kan anpassningen till graviditeten och anknytningen till barnet påverkas samt det kommande barnets hälsa. Att arbeta aktivt mot våld är en viktig del i mödravårdens uppdrag för att främja en god hälsa på lika villkor.

Frågan ”Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet?” ingår i anamnesen vid första samtal/inskrivning inom mödravården för att upptäcka behov av stödjande samtal. Enligt basprogrammet ska den gravida kvinnan tillfrågas två gånger under graviditeten d.v.s. i tidig graviditet vid första samtal/inskrivningen, men också i ca graviditetsvecka 32 eftersom våld kan debutera eller eskalera under en graviditet. Formuleringen av frågan ska kännas naturlig och förklara att våld kan vara fysiskt, psykiskt och sexuellt. Vid behov av tolk ska auktoriserad tolk, om möjligt, telefontolk användas.

Förbättringspotential: Inom regionen har drygt 90 % av de gravida kvinnorna tillfrågats om våldsutsatthet vilket varit relativt stationärt sista par åren. Således behöver barnmorskorna fråga ALLA kvinnor om våldsutsatthet, och vid behov ges möjlighet till utbildningssatsning i ämnet. En risk för att ej blir tillfrågad är sen inskrivning eller att kvinnan aldrig kommer ensam till något besök.



Målvärde 6-8 %

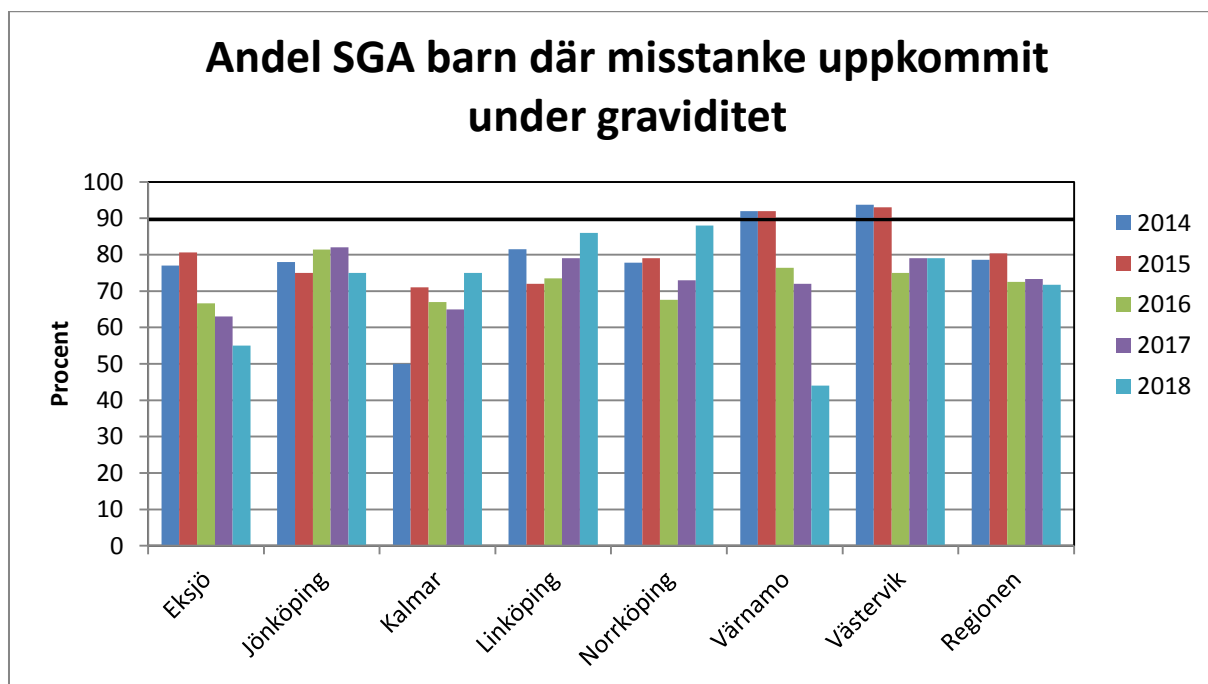
Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data.

Mödrahälsovårdens ska erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor, individanpassat, för att gynna anknytning och förlossningsupplevelse.

Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på Mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, som förekommer hos 6-8% av alla gravida, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2018 fick 8,3 % (5,7-12,2 %) av gravida kvinnor i regionen extra stöd pga. förlossningsrädsla. I regionen som helhet ligger värdena runt det föreslagna målvärdet. I län där siffrorna förändrats eller ligger högre än målvärdet kan man fundera över tillgång till stöd och remitteringsförfarande, vilka grupper som remitteras samt hur man skiljer på lätt/måttlig och svår förlossningsrädsla.

Förlossningsrädsla är vanligare hos omfödelskor. Vi väljer att fortsätta följa stödåtgärder till hela gruppen förlossningsrädda gravida, för att bevaka såväl arbetsbelastning som att det erbjuds adekvat och jämlik vård.



Målvärde 90%

Källa : Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P050 vid födelsen

Antal födda SGA barn/ antal upptäckta

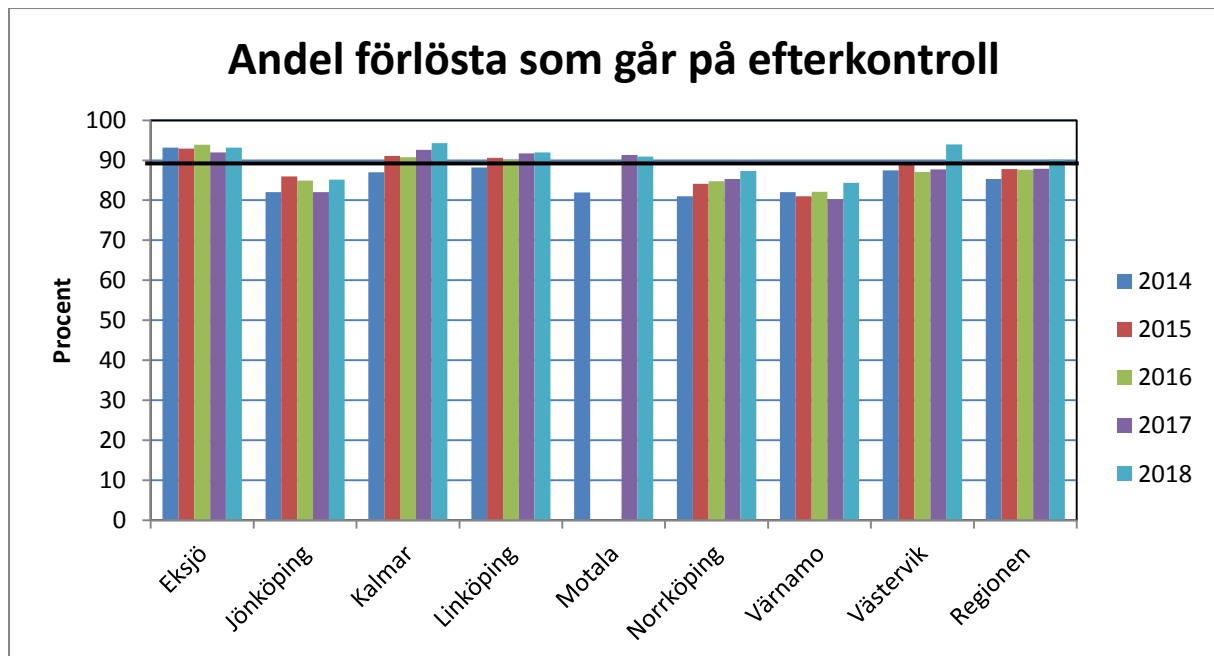
	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik
2013	19/16	33/21	23/8	38/30	43/33	12/11	15/13
2014	13/10	37/29	32/16	38/31	36/28	26/24	16/15
2015	31/25	36/27	21/15	46/33	42/33	25/23	14/13
2016	36/24	43/35	15/10	49/36	34/23	17/13	12/9
2017	30/19	55/45	40/26	43/34	41/30	29/21	19/15
2018	22/12	39/29	24/18	35/30	34/30	27/12	19/15

SGA=small for gestational age (liten för tiden), viktavvikelse ≥ -2 SD (-22 %). Det är av största vikt att dessa barn upptäckts då tillväxthämning ger en ökad risk för intrauterin fosterdöd (IUFD), peripartum asfyxi, morbiditet och mortalitet neonatalt, men också längre fram i livet. Som ett led i detta, håller en gemensam riskbedömningsrutin för regionens gravida kvinnor att utarbetas. Ultraljudsundersökning med viktskattning genomförs under pågående graviditet enligt de riktlinjer/PM som finns på respektive klinik, men också när

misstanke om tillväxthämning uppstår (nyttillkomna riskfaktorer för tillväxthämning eller avvikande symfys-fundusmått).

På respektive klinik går vi årligen igenom alla journaler där barn fått diagnosen P050. Vidare utvärderas de journaler där SGA inte upptäckts under graviditeten. Detta för att dra lärdom av och eventuellt förbättra vissa rutiner/riktlinjer. Enl graviditetsregistret föds fler SGA barn i SÖ regionen än vad vi hittar när vi tar fram diagnoserna.

Förbättringspotential: Gemensam riskbedömning och fortsatta diskussioner hur vi kan nå målet att finna SGA-barnen så tidigt som möjligt för fortsatt övervakning och handläggning.



Målvärde 90%

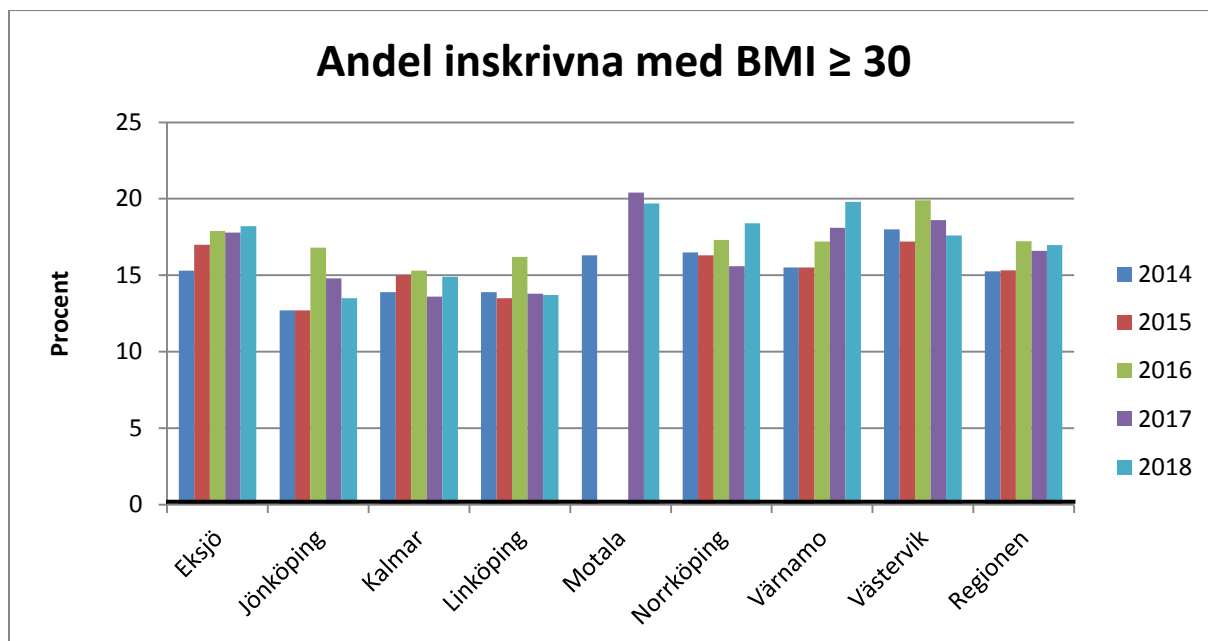
Källa: Graviditetsregistret automatiskt.

Efterkontroll erbjuds idag till alla förlösta kvinnor, oftast 4-16 veckor postpartum. I regionen kom 90% av kvinnorna på efterkontroll (84-94%), vilket innebär att vi uppfyller målvärdet.

Detta besök är en uppföljning av patientens situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. En genomgång av förlossningen och erbjudande om medicinsk undersökning ingår liksom diskussion kring preventivmedel och livsstilsfaktorer.

Besöket är viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svår förlossningsupplevelse för att vid behov lotsa dessa patienter vidare till den hjälp de behöver eller för att diskutera påverkan på eventuella framtida graviditeter.

Vi har diskuterat olika förslag för att få de patienter som verkligen behöver komma på efterkontroll att göra det. Att individanpassa vården. Ha mer tid och resurser till de som verkligen behöver. Kan de med okomplicerad graviditet utan större bristning erbjudas telefonuppföljning där man värderar vilka som behöver komma på fysiskt besök? Kan ett sådan upplägg fungera, då vi i så fall inte per automatik undersöker allas bäckenbotten vid efterkontrollen utan lägger ansvaret på kvinnan att känna av om hon har besvär?



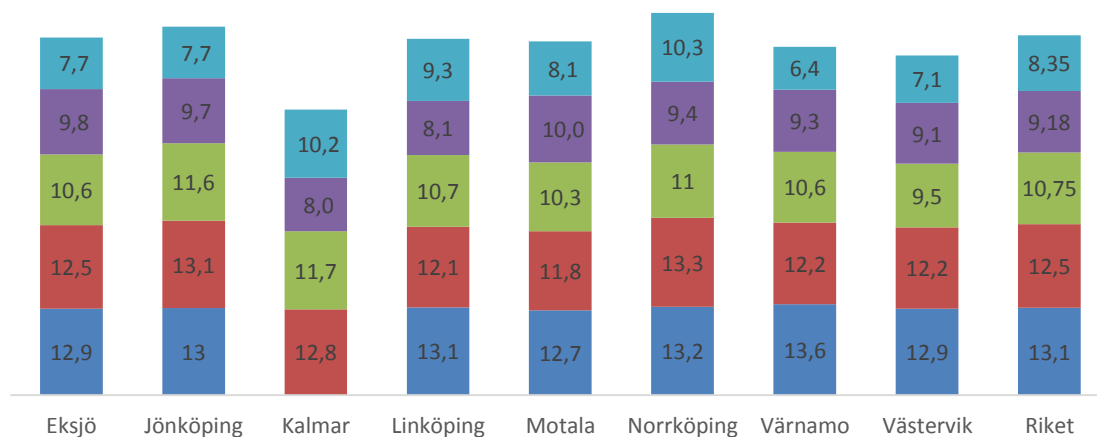
Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



Medelviktuppgång i BMI klasser 2018

■ 18,5-24,9 ■ 25-29,9 ■ 30-34,9 ■ 35-39,9 ■ > 40



Målvärde:

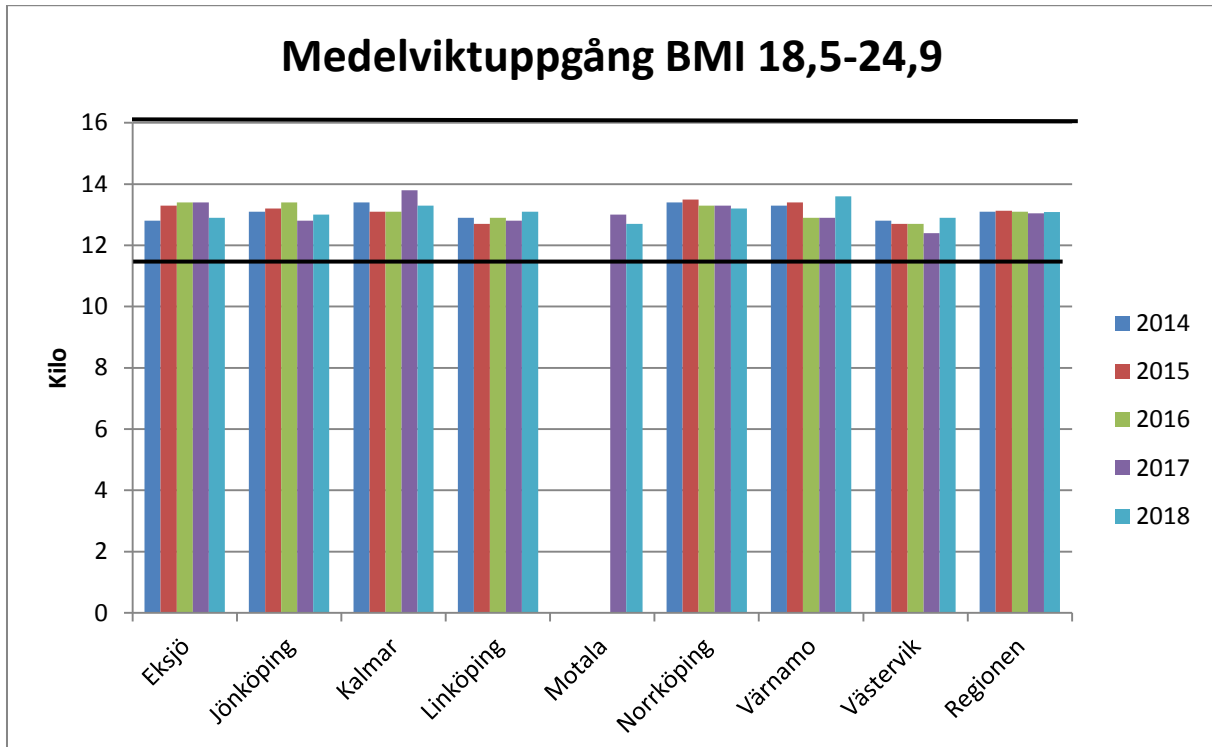
BMI 18,5-24,9: 11,5-16 kg

BMI 25-29,9: 6,8-11,4 kg

BMI 30-34,9: 5,0-9,1 kg

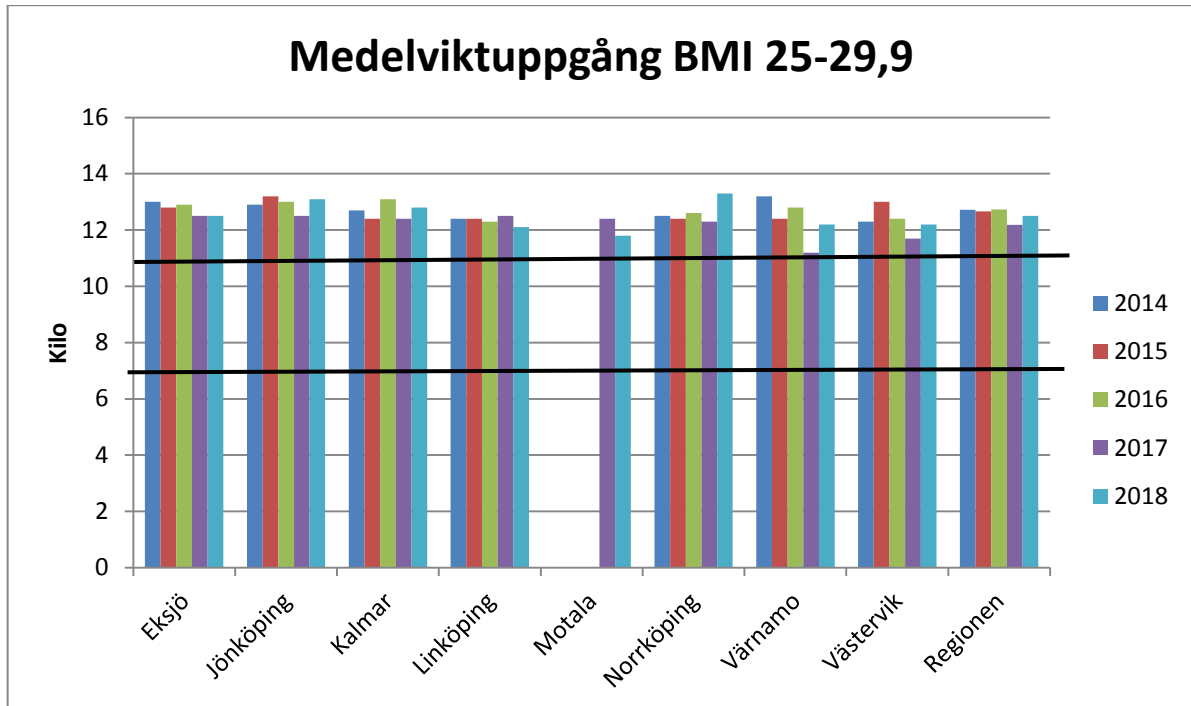
BMI 35-39,9: 5,0-9,1 kg

BMI > 40kg: 5,0-9,1 kg



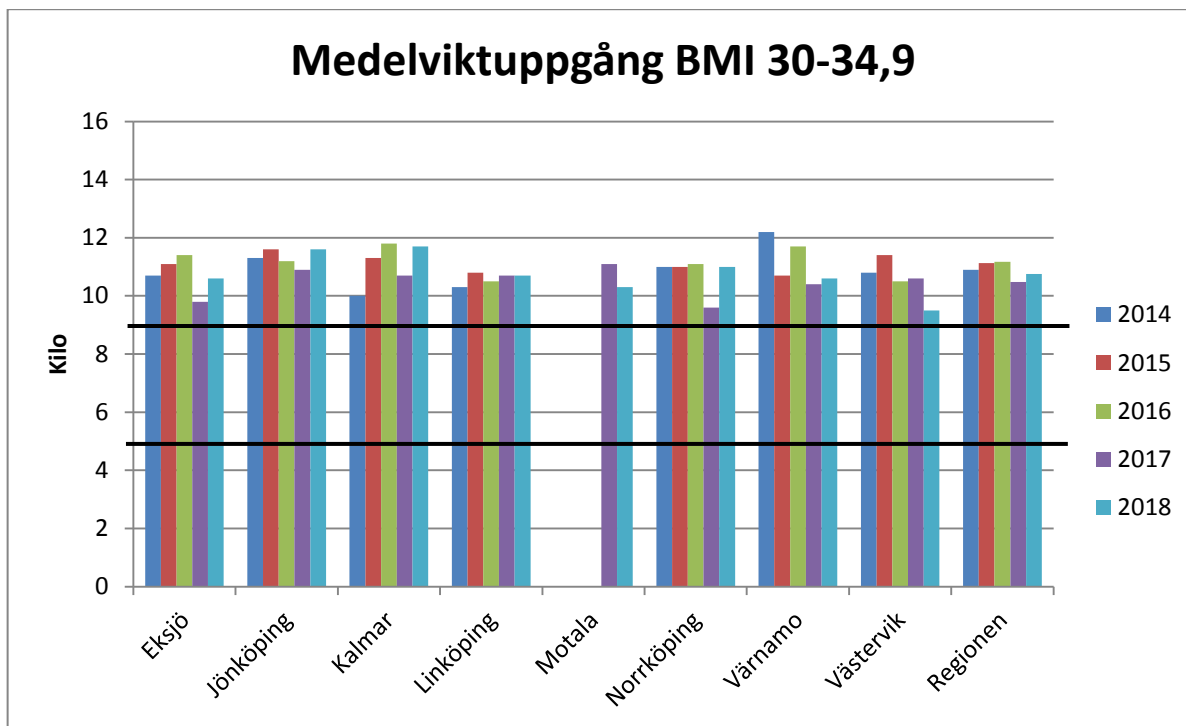
Målvärde: 11,5-16 kg

Källa: Graviditetsregistret MHV2 (första- sista vikten)



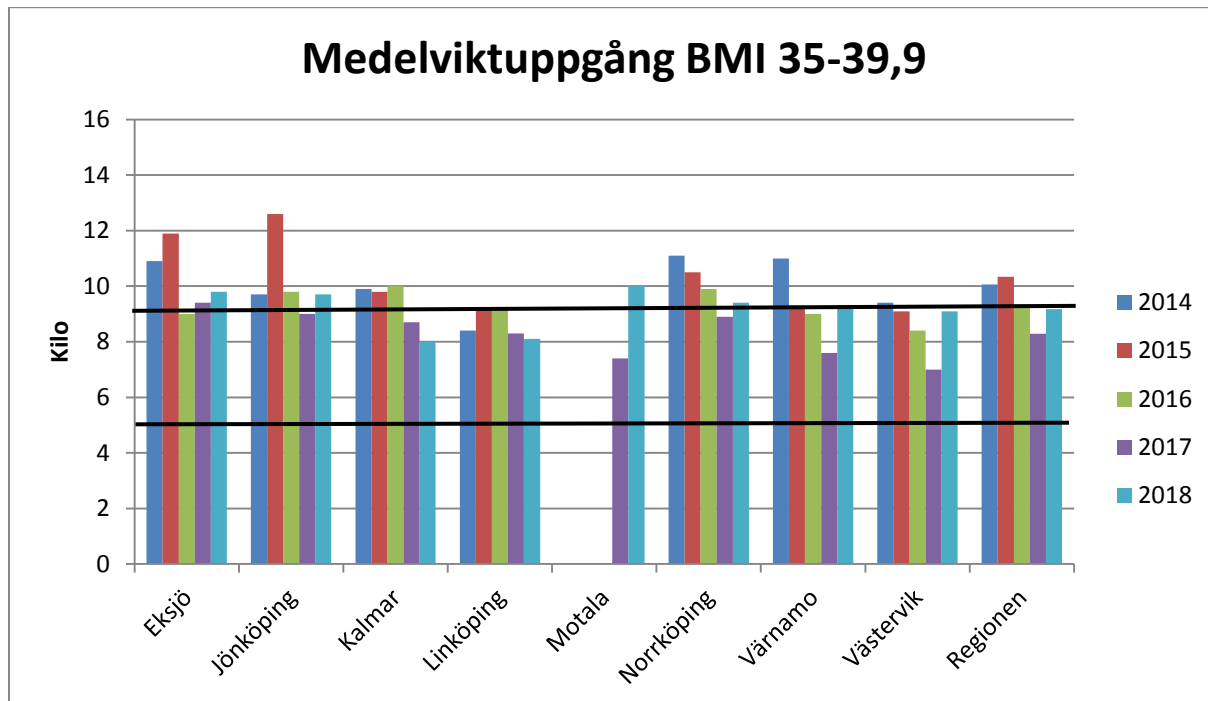
Målvärde: 6,8-11,4 kg

Källa: Graviditetsregistret



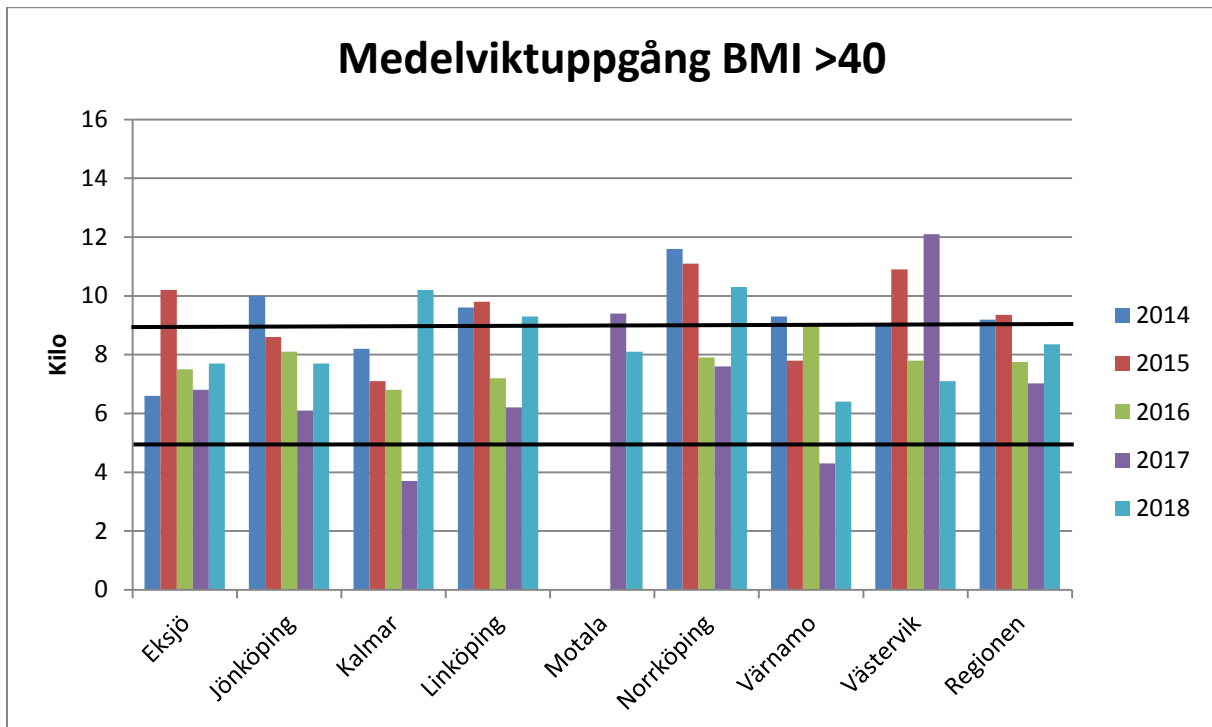
Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad I

Källa: Gravditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad II

Källa: Gravditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad III

Källa: Graviditetsregistret

Den gravida kvinnans vikt kontrolleras enligt mödrahälsovårdens basprogram sedan 2018 vid **alla** barnmorskebesök inklusive vid efterkontrollen. Body Mass Index (BMI) skall räknas ut vid inskrivningen samt på efterkontrollen och kvinnan informeras om resultatet. Fetma definieras som $BMI \geq 30$ och utgör en medicinsk riskfaktor för en rad negativa utfall dels för kvinnan under graviditet och förlossning men även för barnet.

Mödrahälsovården har i sitt folkhälsouppdrag till uppgift att arbeta förebyggande med åtgärder för att uppnå/bibehålla normal vikt före och efter graviditet. Riktade insatser i form av råd om livsstilsförändringar, kostintag och fysisk aktivitet sker kontinuerligt. Vikt och livsstil diskuteras även med kvinnan vid ungdomsmottagningar samt vid preventivmedelsrådgivning

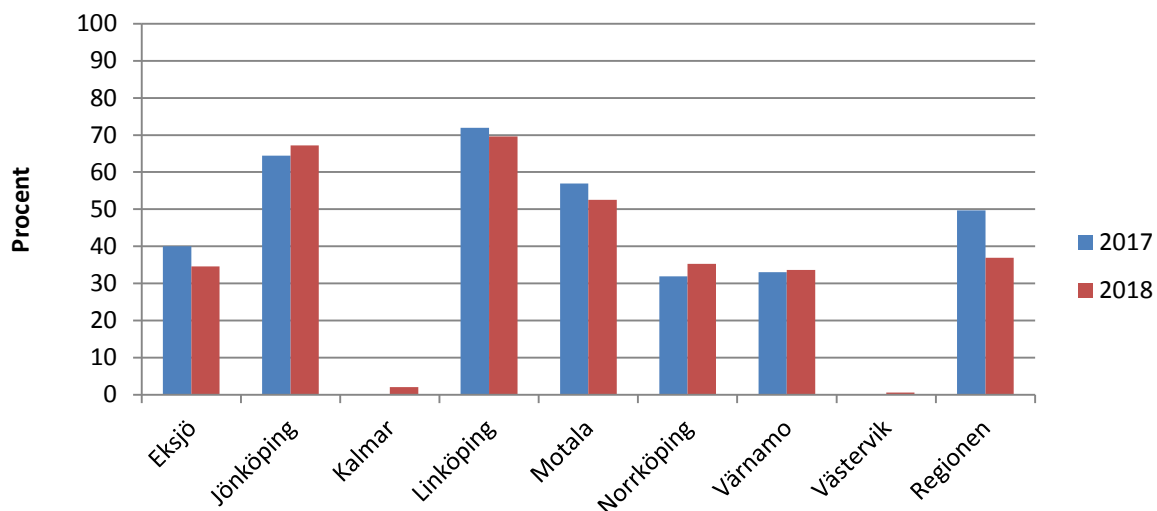
Även viktökningen under graviditet hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditets- och förlossnings utfall. Viktuppgång under graviditet i olika BMI klasser speglar mödrahälsovårdens arbete med att försöka förhindra ogynnsam och alltför stor viktuppgång under graviditet. Kvinnor inom alla BMI klasser bör upplysas om förväntad viktuppgång under graviditet, målvärdena i denna rapport kommer från IOM, institute of medicine.

Inom regionen 2018 hade 17% fetma vid inskrivningen jämfört med 14,5% av de gravida i hela riket. Inom gruppen med normal vikt och fetma grad III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I gruppen med övervikt och fetma grad I överstiger medelviktuppgången den rekommenderade i hela regionen, medans i gruppen med fetma grad II ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå i 3 av regionens 7 sjukhusområden. I regionen har alla sjukhusområden särskild riktlinje för de med fetma vid inskrivningen.

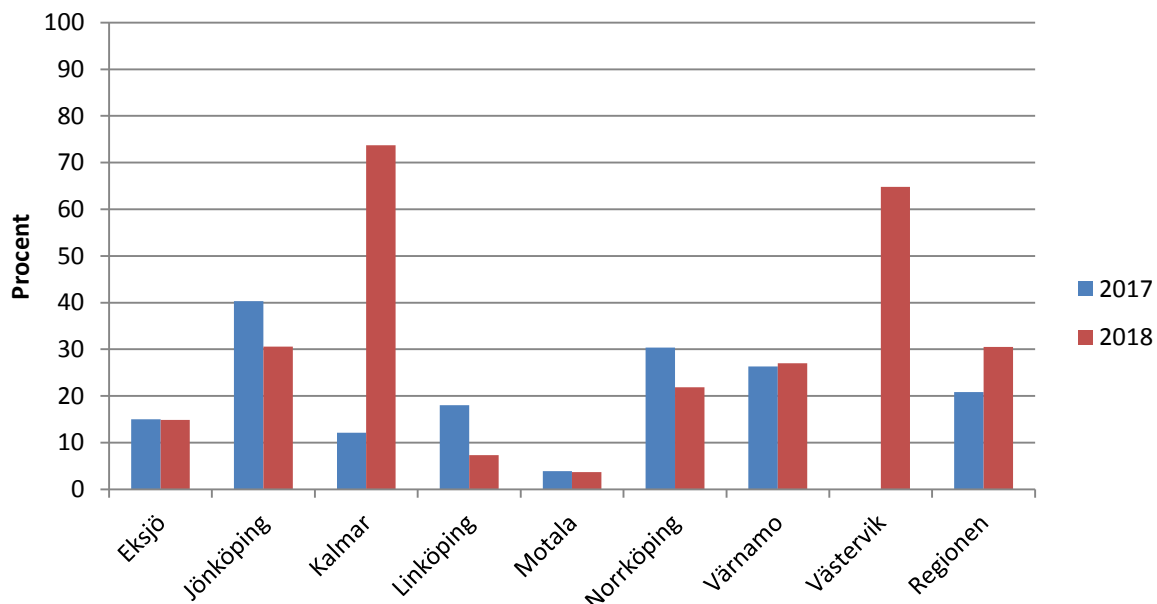
Förbättringspotential: Vi kommer fortsätta följa MHV:s arbete kring rekommenderad viktökning under graviditet särskilt nu då nya gränsvärden för graviditetsdiabetes införs.



Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, tematräff



Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, mindre grupp



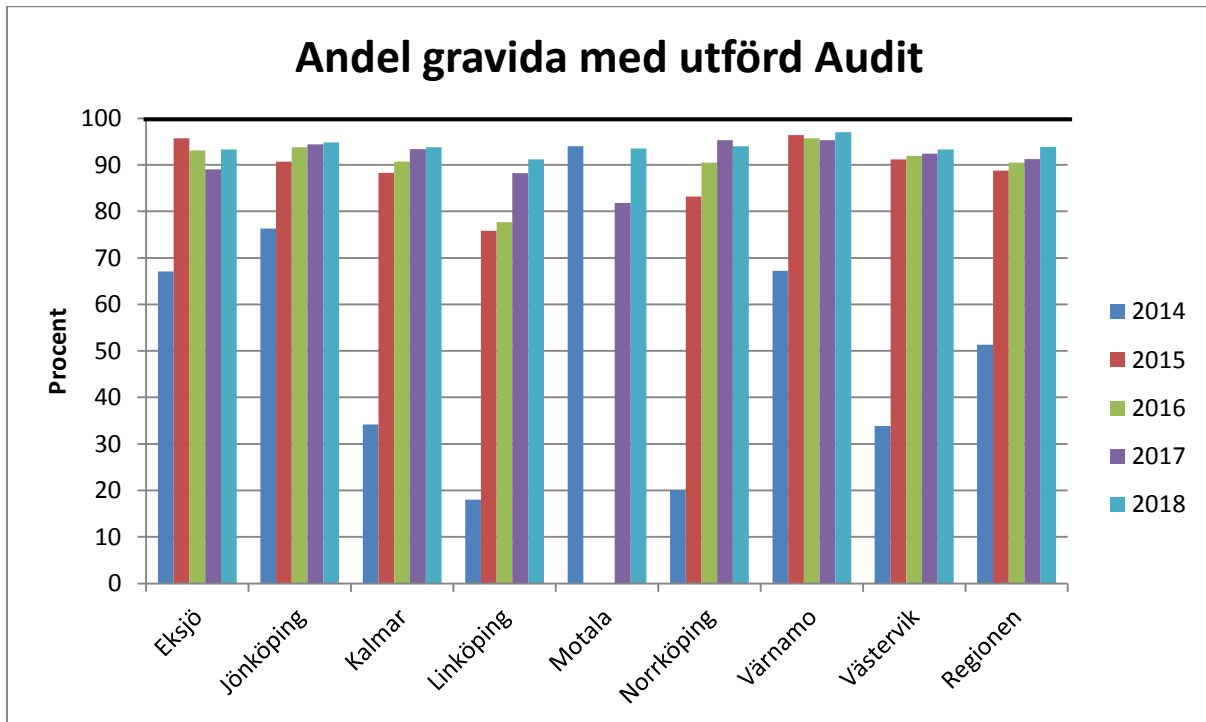
Målsättningen för föräldrastöd under graviditeten är att främja barns hälsa och utveckling, stärka föräldrars förmåga att möta det väntade barnet samt förbereda såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen.

Föräldrastöd kan ske genom fortlöpande enskilda möten med föräldrar, föräldragrupper (generella och riktade), samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. De tre arbetsätten kompletterar varandra och är delvis överlappande, vilket behövs för att alla ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot enskilda föräldrars och barns behov.

Då varje enskild individ kan ha deltagit i både mindre grupp och i temagrupp ger statistiken inte svar på hur stor andel av enskilda individer som deltar i respektive föräldrastöd. Beroende på hur föräldrastödet är organiserat kan vi se att deltagande skiljer sig i regionen. Ur resursbesparande syfte har föräldrautbildningen de senaste åren gått mot större grupper samt enskilt stöd beroende på individuellt behov.



Andel som screenats för Audit



Målvärde 100%

Källa: Graviditetsregistret

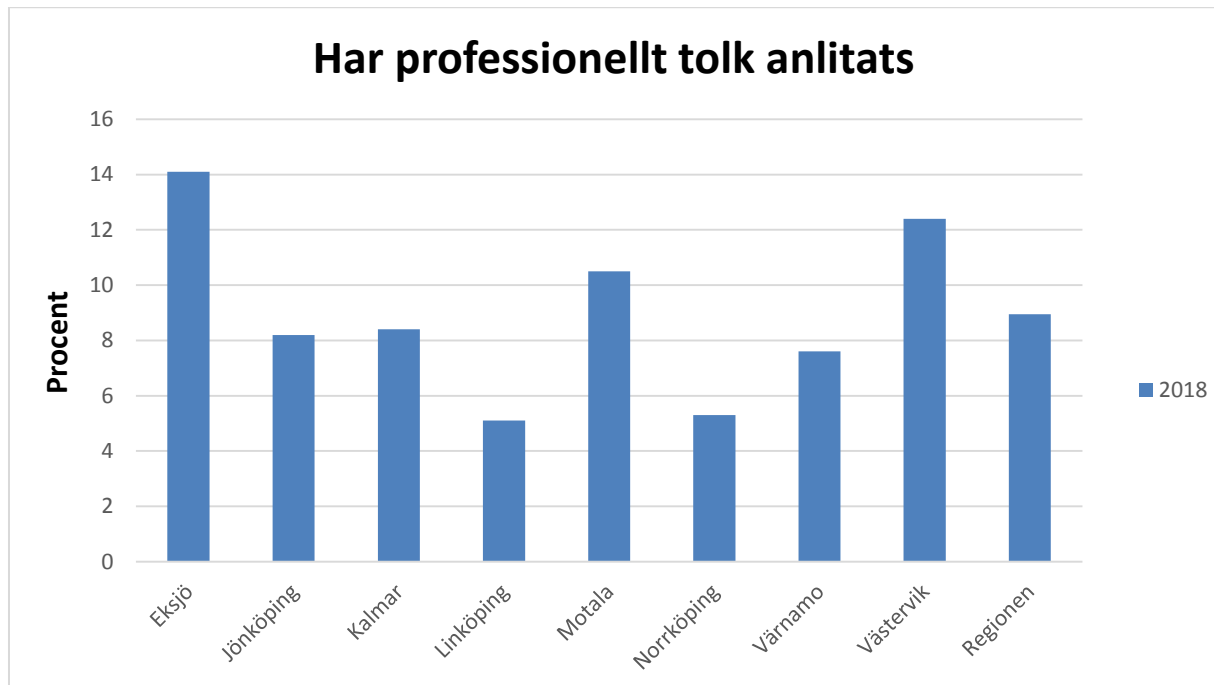
Alkohol passerar placentan, och fostret/barnet har samma alkoholhalt i blodet som mamman. Levern är dock inte färdigutvecklad och det tar längre tid för barnet, än för kvinnan, att göra sig av med alkoholen. Embryot kan skadas tidigt innan graviditeten upptäcks. Skador som uppstår vid graviditetsvecka 5 kan leda till fysiska defekter i hjärnan och ansiktet till följd av celledöd vid hög alkoholexponering. Prevention med start från befruktningstiden är det mest effektiva skyddet. Alkohol är särskilt skadligt för CNS pga. dess utveckling som pågår under hela graviditeten. Det är med nuvarande kunskap inte säkerställt att mycket låga halter av alkohol ej påverkar hjärnan. Det är svårt att göra bra studier om alkohol och graviditet, vilket ökar osäkerheten. Dessutom vet vi inte vilka foster som är extra känsliga. Det är därför viktigt att råda till total avhållsamhet resten av graviditeten. När ny graviditet planeras bör rådet därför vara att avstå från all alkohol från start.

Graviditeten är också ett unikt tillfälle, då det finns en hög motivation till förändring hos kvinnor med riskbruksbeteende.

AUDIT är en metod för screening och identifikation av riskbruk och gör det möjligt att identifiera de kvinnor som behöver extra stöd och hjälp att under graviditeten avstå alkohol. Andel gravida med utförd Audit 2018, ligger mellan 91 och 97 % men målet är 100 %.

Förbättringspotential: Vi fortsätter att bevaka Audit. I höst kommer det att ske en utbildningssatsning via Barnmorskeförbundet vad gäller graviditet och alkohol, vilket förmodligen också motiverar till screening med Audit för ALLA gravida i regionen. Vi kommer även undersöka om AUDIT finns på andra språk.

De rapportår med lägre siffror har osäkra data, då det inte fanns tillgång till full registerdata



Källa: Manuellt inmatad i gravregistret

Avser både tolk på plats och tolk via telefon vid minst ett tillfälle.

Patient-lagen från 2015 anger att hälso-och sjukvården är skyldig att anpassa information till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som gett information ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

En viktig del av mödrahälsovårdsarbetet är att ge information och utbildning till blivande föräldrar dels om graviditet, förlossning, amning och familjeplanering men också om mer generella hälsofrågor, samhällsfunktioner o.s.v. Det finns ofta behov av att motivera till livsstilsförändringar. Blivande föräldrar har mycket frågor och ibland stor oro.

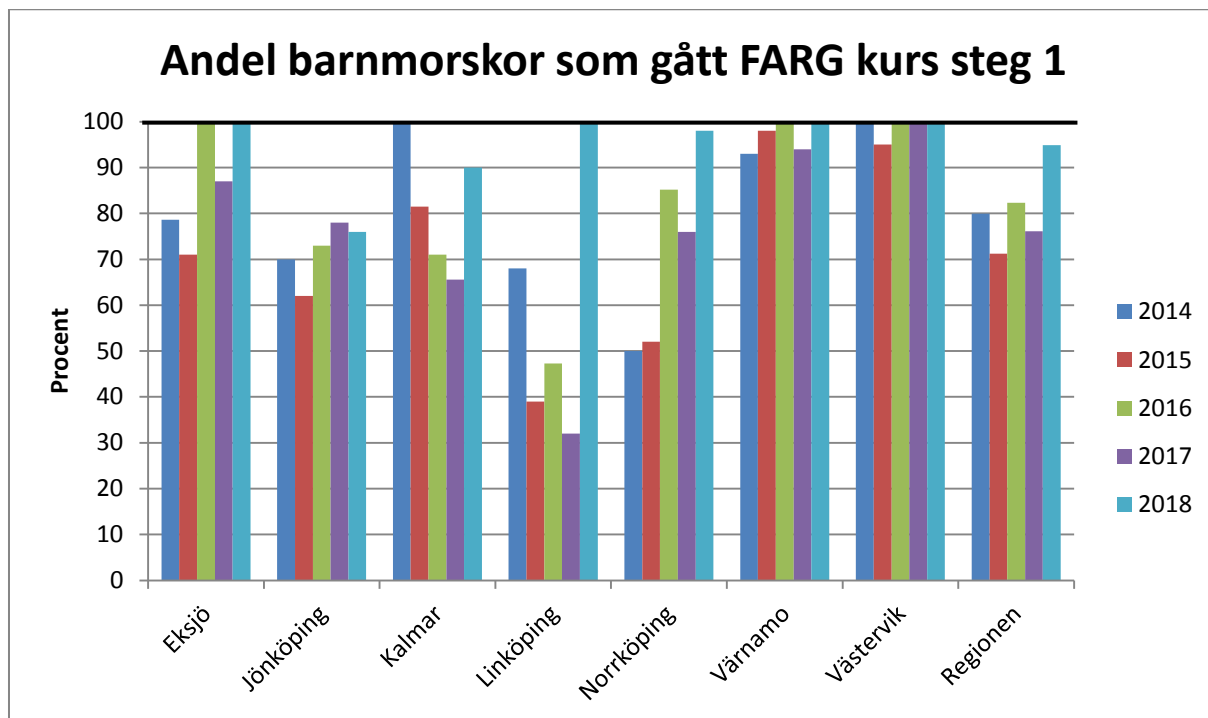
Besök med tolk blir ofta mer resurskrävande inte bara p.g.a. den större tidsåtgång som själva tolksituationen medför, utan också p.g.a. att vårdtagarna i större utsträckning har annan kulturell bakgrund och sämre förståelse för hur vårt samhälle fungerar.

Flyktingar/asylsökande är ofta traumatiserade. Andel konsultationer med tolk kan därför säga mycket om en enhets vårdtyngd.

Inom mödrahälsovården strävar man efter att alltid använda professionell tolk, på plats eller via telefon. Tolkning via anhöriga ska undvikas. Man har god hjälp av den skriftliga information på olika språk som finns på t.ex. 1177.



Familjeplanering



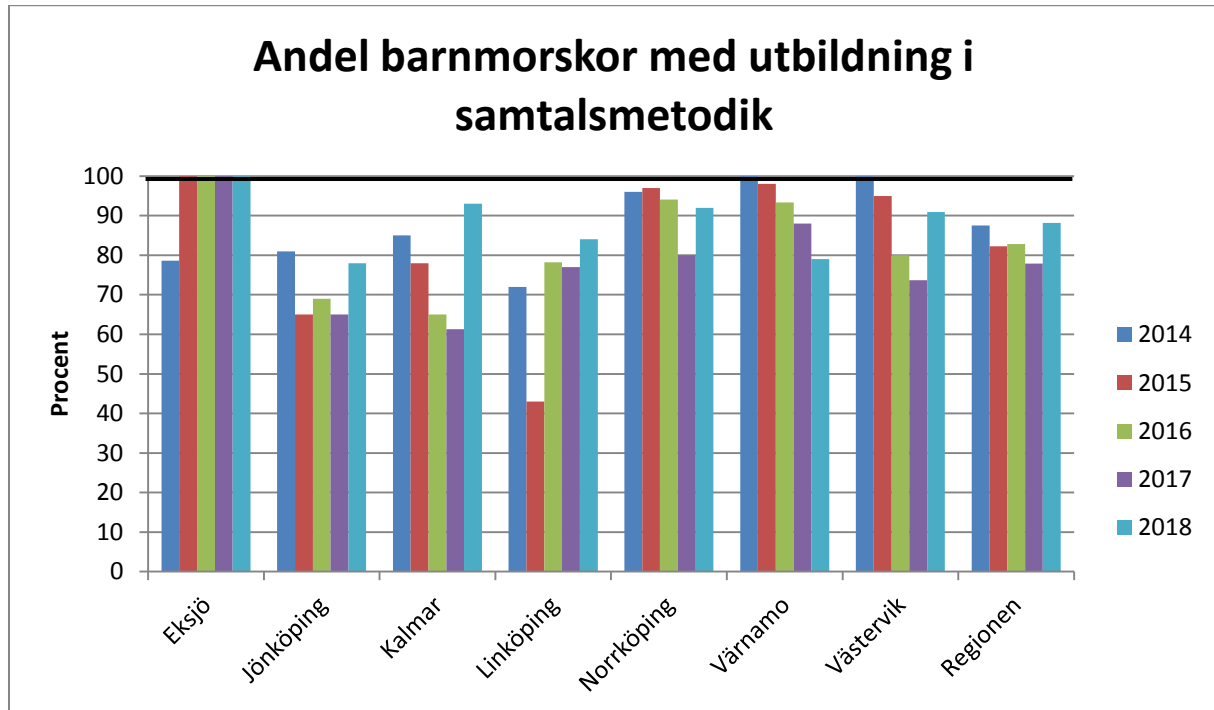
Mål 100 %. Mätt som genomgången FARG-kurs senaste 5 åren.

Källa: Lokal inrapportering av egna data

Genomgången Familjeplanerings-ARG kurs (FARG-kurs) används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

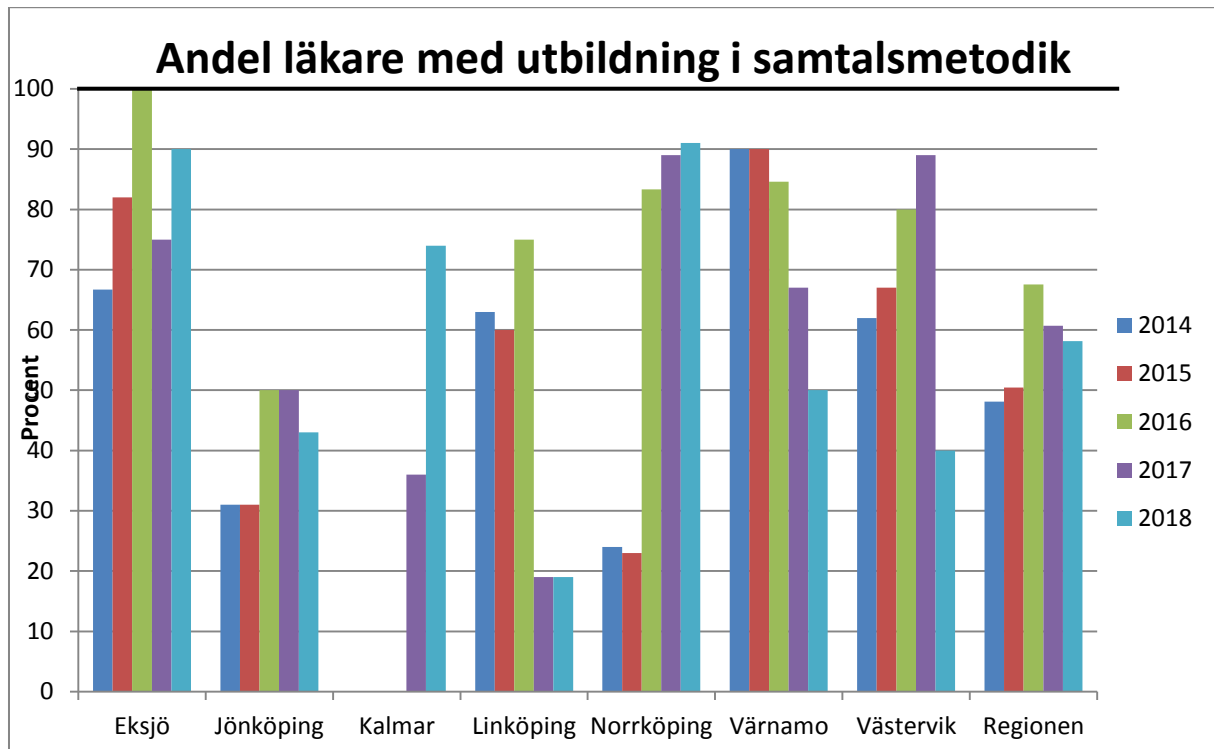
2018 hade 95 % (76-100%) av barnmorskorna i regionen aktuell FARG steg I. Andelen är högre än föregående då 76 % hade motsvarande utbildningsgrad. Flera har haft egna utbildningstillfällen och vi fortsätter bjuda in över länsgränserna då utbildningstillfällen ges, för att ytterligare höja kompetensen.

Ett ytterligare sätt att höja kunskapsnivån inom preventivmedelsrådgivning är att på barnmorskemottagningarna införa återkommande ”prevtest”, web-baserad nationell utbildning via SLL, och mäta andelen barnmorskor som årligen genomfört test. Ökad andel LARC-förskrivning (*Long Acting Reversible Contraceptives*) är fortsatt eftersträvansvärt – även om vi inte funnit någon standardiserad mätmetod för detta, och har svårt att få fram data på LARC till rapporten.



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

”Motiverande samtal” (MI, evidensbaserad samtalsmetodik) används inom mödrahälsovården för att främja förändring i livsstil.

Vi anser det viktigt att alla barnmorskor och läkare som har MHV har MI. Egentligen helt oundgängligt i hela vårdkedjan. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt.

I regionen har 88 % (78-100 %) av barnmorskorna och 53 % (19-90 %) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en ökning i barnmorskegruppen men en minskning i läkargruppen jämfört med föregående år, vilken till stor del förklaras av nyanställningar av såväl läkare som barnmorskor, eller avsaknad av upprepade utbildning minst vart 5:e år. Där det är en ständig brist på MI-utbildade läkare kan orsaken vara låg prioritet i verksamhetsledning, resurser och/eller kursutbud.

Vi fortsätter till kommande år att mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har nyligen genomgången grundutbildning eller upprepade utbildning (minst en halv dag) i samtalsmetodik de senaste fem åren.



Region

Östergötland



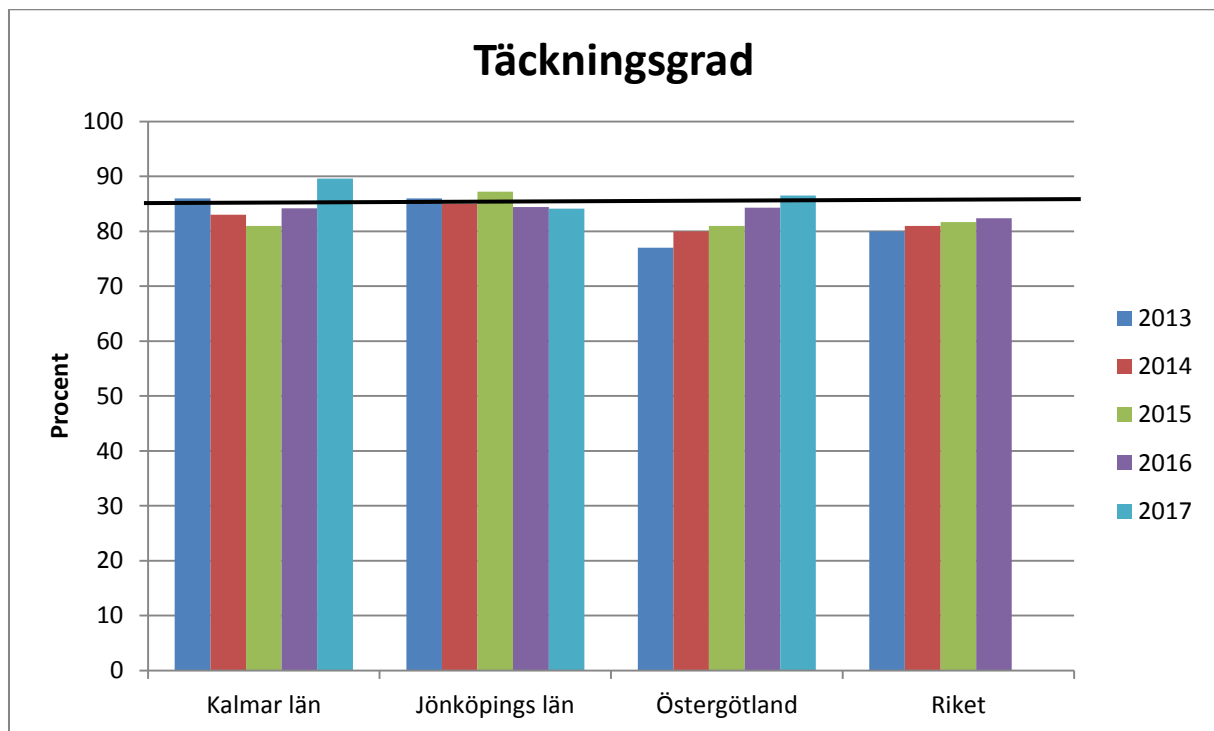
Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa NKCx statistik

Gynekologisk cellprovtagning (GCK) i organiserad form för att förebygga livmoderhalscancer och hitta dess förstadium pågår sedan ca 50 år tillbaka.

Screeningprogrammet har förebyggt ca 2/3 av all presumtiv cervixcancer men sedan 2014 har förekomsten av cervixcancer ökat med ca 100 fall/år i Sverige. Att delta regelbundet i screeningprogrammet skyddar upp till 90-95% mot cervixcancer och deltagande efter kallelse är viktigt.

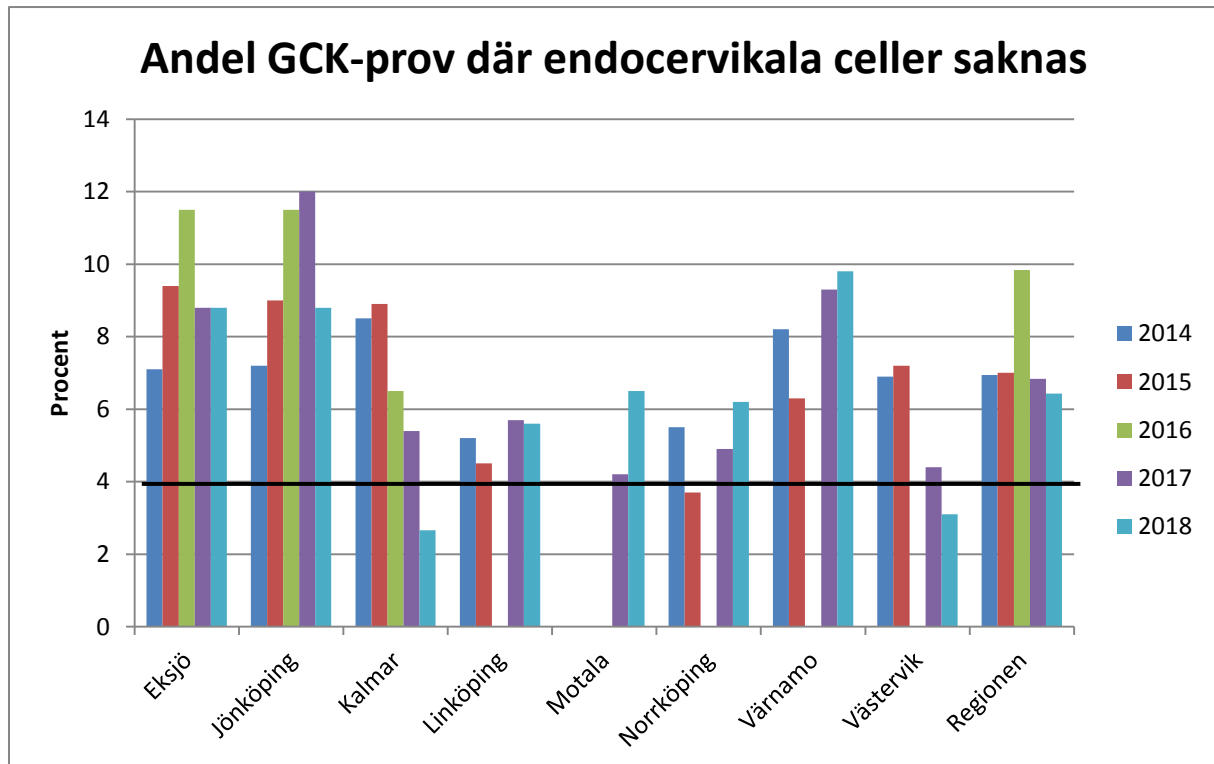
Täckningsgraden avspeglar deltagandet och effektiviteten i gynekologisk cellprovskontroll de senaste 3,5 åren för kvinnor 23-50 resp. senaste 5,5 åren för kvinnor 50-60år.

Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas.

Sedan 2012 pågår ett regiongemensamt arbete inom ramen för regionalt cancercentrum (RCC). Ett nytt nationellt vårdprogram (VP) har fastslagits av RCC i samverkan med primär analys av HPV i vissa åldersgrupper. Det nya VP infördes under 2018 i Jönköpings län och planeras att vara införd i hela regionen under 2019. Via processregistret i det nationella

kvalitetsregistret genereras årligen en kvalitetsrapport från vår region över flera kvalitetsparametrar denna hittas på www.cancercantrum.se.

Förbättringspotential: Att uppmärksamma de församlingar/kommuner med låg täckningsgrad och analysera orsakerna till detsamma.



Målvärde < 4%

Källa: Data från Cytburken

Förekomst av endocervikala celler i ett cellprov från livmodertappen visar att provet är taget från rätt område. Låg andel prov med avsaknad av endocervikala celler är ett viktigt kvalitetsmått i screeningverksamheten.

Andel cellprov med avsaknad av endocervikala celler varierar i regionen mellan 2,7% och 9,8%. Genomsnitt i regionen 6,1%.

Förbättringspotential:

Utbildning av provtagande barnmorska är av yttersta vikt i samband med införandet av nya vårdprogrammet. Webbutbildning finns publicerad på RCC s hemsida.