



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

## Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2019

### 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 inklusive folkhälsoarbete, föräldrastöd, familjeplanering, preventivmedelsrådgivning och cervixcancerprevention.

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

Barnmorskorna uppmanades att senast rapportera in data den 1 april 2020

Datauttaget gjordes den 8 april

Graviditetsregistret stänger den 15 maj för inmatning av data för kvinnor förlösta 2019

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 2019 förlöstes 11 659 gravida kvinnor i Sydöstra regionen (SÖ), av dessa förvårdades 97 % (11293 inskrivna) inom SÖ enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 93,8-98,2%. En möjlig felkälla i siffrorna är att förlossningsantalen innefattar alla förlösta patienter ex. turister eller riskgravida från andra orter som inte är inskrivna på förlossningsorten .



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Gruppen består av:

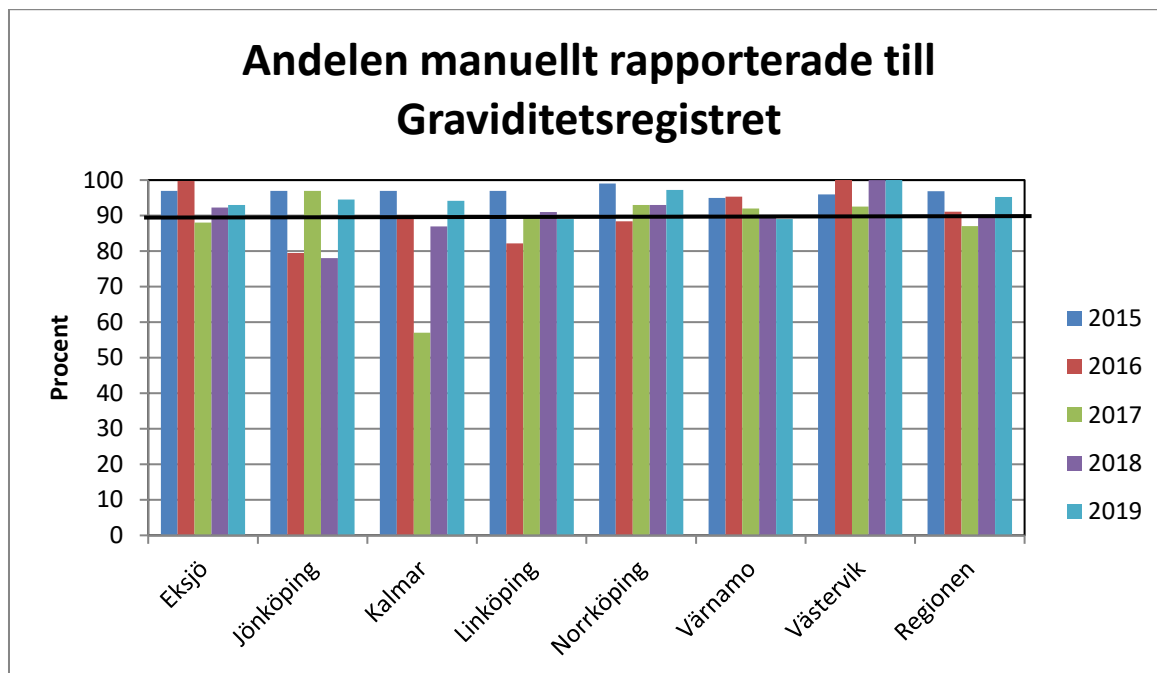
Mödrahälsöversörsläkarna i regionen:

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

Verksamhetschefsrepresentant Catarina Notelid-Claus

IT-samordnare Meg Wigmo

## Hälsovård i samband med graviditet



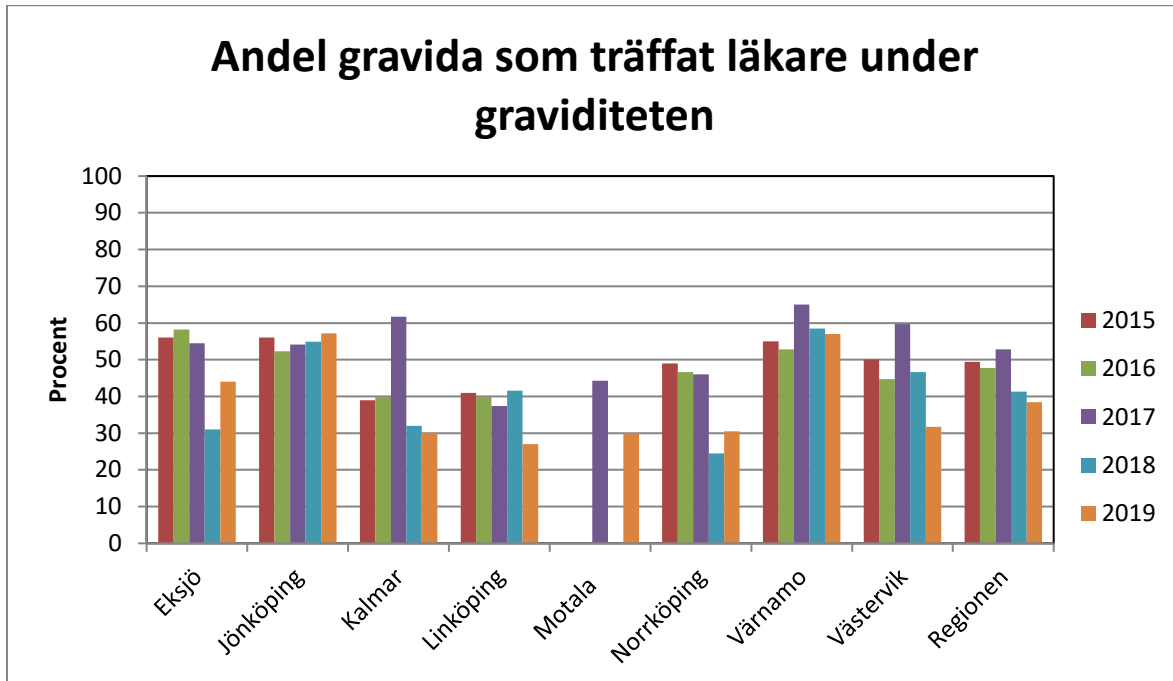
Målvärde > 90%

Källa: Graviditetsregistret

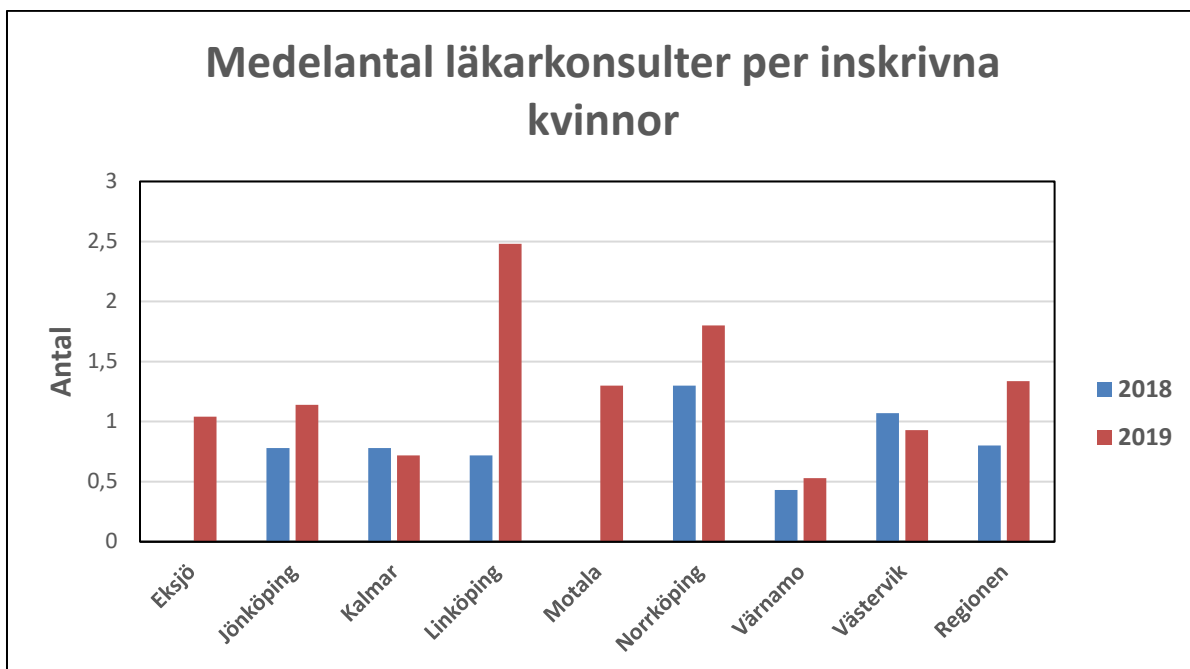
Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Det är av stor vikt att samtliga parametrar anges i den gravida kvinnans journal för att säkert kunna tolka datauttag, identifiera förbättringsområden och följa förändring. Från och med år 2016 sker överföring av data till graviditetsregistret både manuellt och automatiskt från den gravida kvinnans journal i Obstetrix. Denna överföring sker endast om samtliga data är ifyllda. 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.

Felkällor är som ovan nämnt de journaler som inte är fullständigt ifyllda i Obstetrix samt de graviditeter som är räknade som inskrivningar i Obstetrix och som sedan slutar i missfall. Den mest tillförlitliga 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.

Ledningsansvariga inom mödrahälsovård arbetar enträget med att identifiera felkällor samt stimulera barnmorskor i verksamheten att registrera korrekt i Obstetrix samt i registret.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad

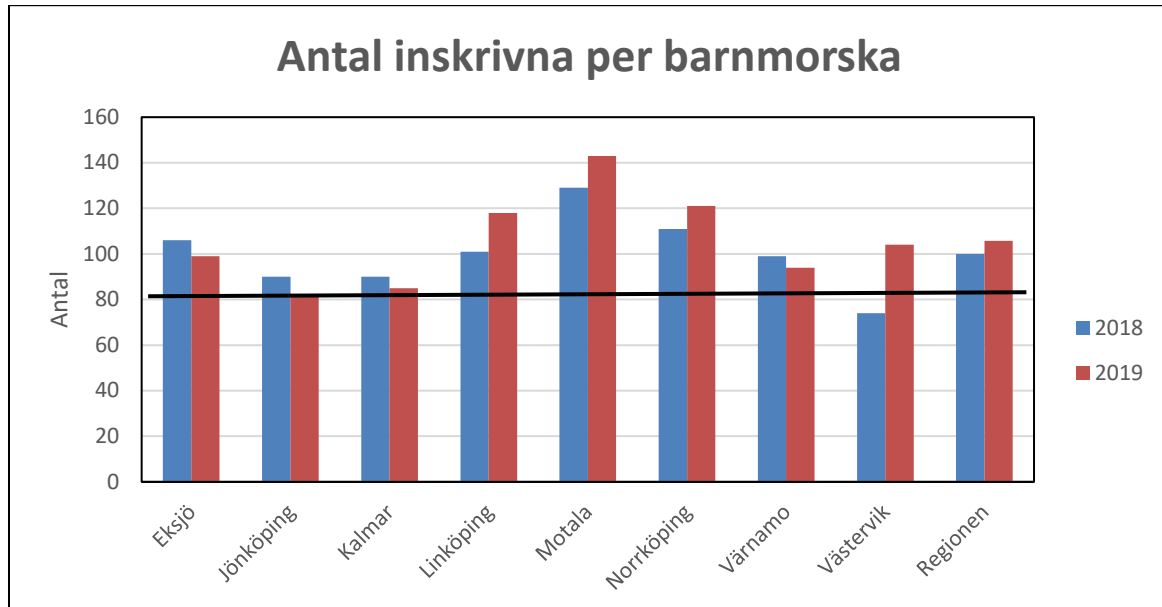


Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

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 enbart tillgången till läkare på KVH utan även vårdtyngd. I vår region sker de flesta besök inom ramen för kvinnohälsovården.

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 och att besök på annat ställe än kvinnohälsovården kanske inte rutinmässigt registreras. Men det speglar också tillgången till läkartider, det kan vara så att dålig tillgång på läkartider styr besök över till konsult, även om det borde varit ett besök.

Från 2019 tar vi även med medelantal läkarkonsulter per inskriven kvinna, för att få en bättre bild.



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

Källa: Obstetrix MVC-liggare

Antalet inskrivna gravida per barnmorsketjänst varierar inom regionen; som lägst 82 och som högst 143. Variationen kan sannolikt till viss del förklaras av andelen övriga arbetsuppgifter som, utöver mödrahälsovård och föräldrastöd, ingår i barnmorskans uppdrag. Det kan gälla t ex gynekologisk cellprovskontroll, preventivmedelsrådgivning, utåtriktat arbete och ungdomsmottagning. Mödrahälsovårdens organisation i regionen ser också olika ut vad gäller tillgång till andra yrkeskategorier såsom t ex undersköterska och receptionist.

En god bemanning inom mödrahälsovården är nödvändig för rimlig arbetsbelastning och därmed en hög patientsäkerhet.



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

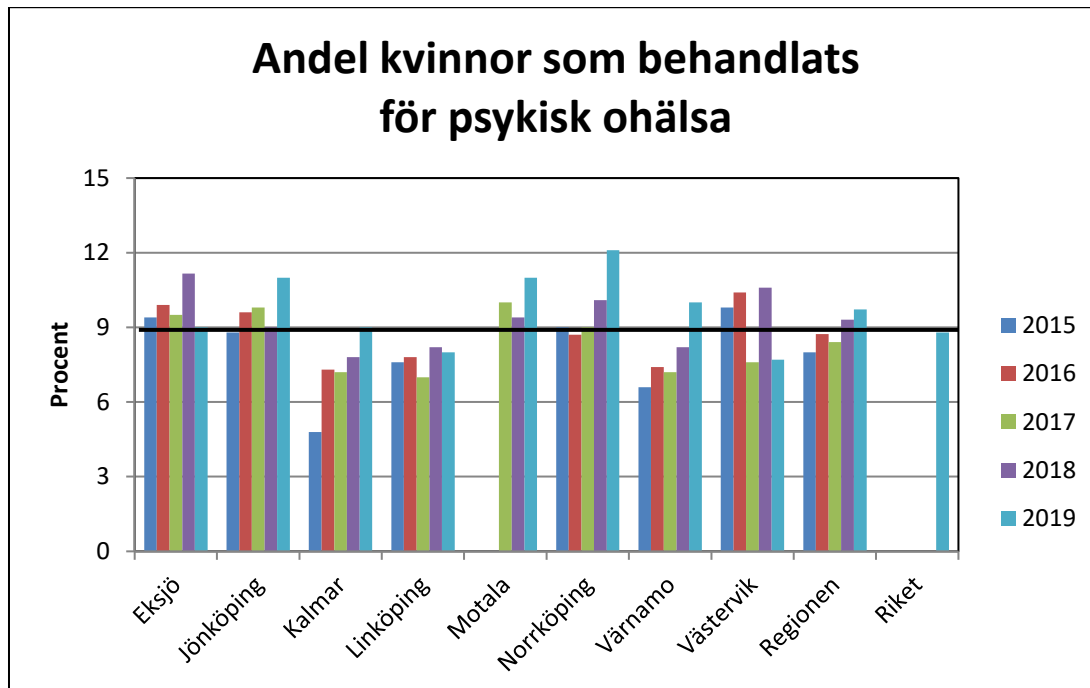
Jönköpings län

## **Andel som slutat röka mellan hälsosamtalet/inskrivningen och graviditetsvecka 32**

Moderns rökning/snusning under graviditeten ökar risken bland annat för tidig födsel, tillväxthämning hos fostret, födas liten för tiden (SGA) och perinatal dödlighet samt för rökning, vissa missbildningar som tex läpp-gomspalt. Motiverande samtal (MI) och patientcentrerat förhållningssätt används för att motivera till tobaksfrihet, då det ej är helt klarlagt vilka faktorer som ger fosterskador. Målet är tobaksfria föräldrar under graviditet och amningstid. 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 rapporten för 2019 har vi nu valt att inte redovisa statistik för denna parameter, då materialet är litet och felkällan kan vara väsentlig då uppgifter om rökning ej är fullständigt ifyllda för graviditetsvecka 32.

Förbättringsförslag: Vid arbetsmötet inför föregående rapport, diskuterades olika förbättringsförslag. Dessa förslag var bland annat, fler MI-utbildade barnmorskor och läkare, att rökning belyses vid varje besök inom öppen- och slutenvården samt ett ökat samarbete med enheter som arbetar med tobaksavvänjning.



Målvärde: > Rikets %

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.

Sedan 2015 har allt fler gravida kvinnor i SÖ regionen erhållit behandling för psykisk ohälsa och SÖ regionen ligger över riket. Psykisk hälsa ingår som en parameter i riskbedömningen på mödrahälsovården. Ett gemensamt pm för riskbedömning är framtaget under 2019. Den hälsodeklaration gravida fyller i tidig graviditet bör innehålla frågor kring psykisk ohälsa. Utmaningen är att identifiera gravida som behöver behandling eftersom psykisk ohälsa påverkar flera dimensioner såsom graviditet, barnets utveckling samt familjesituationen.

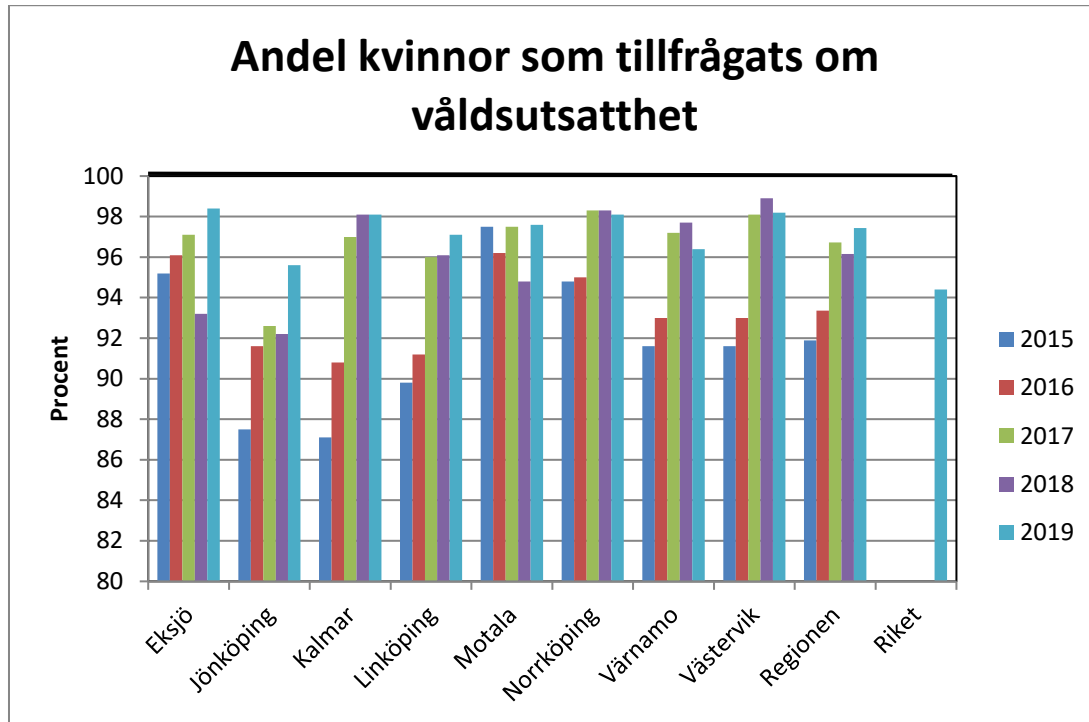
Screening av depressionssymptom sker vid inskrivningen i Östergötland med en depressionsskala (EPDS) och i region Kalmar och Jönköping använder man EPDS vid behov. Barnmorskor inom mödrahälsovården behöver kontinuerlig utbildning om psykisk ohälsa.

Troligen är förekomsten av psykisk ohälsa olika i olika delar av regionen vilket avspeglas i staplarna. Psykisk ohälsa ökar troligen i Sverige.

Norrköping har under 2018 introducerat ett förändrat arbetssätt med ett special team vilket kan innebära att barnmorskorna inom mödrahälsovården.

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.





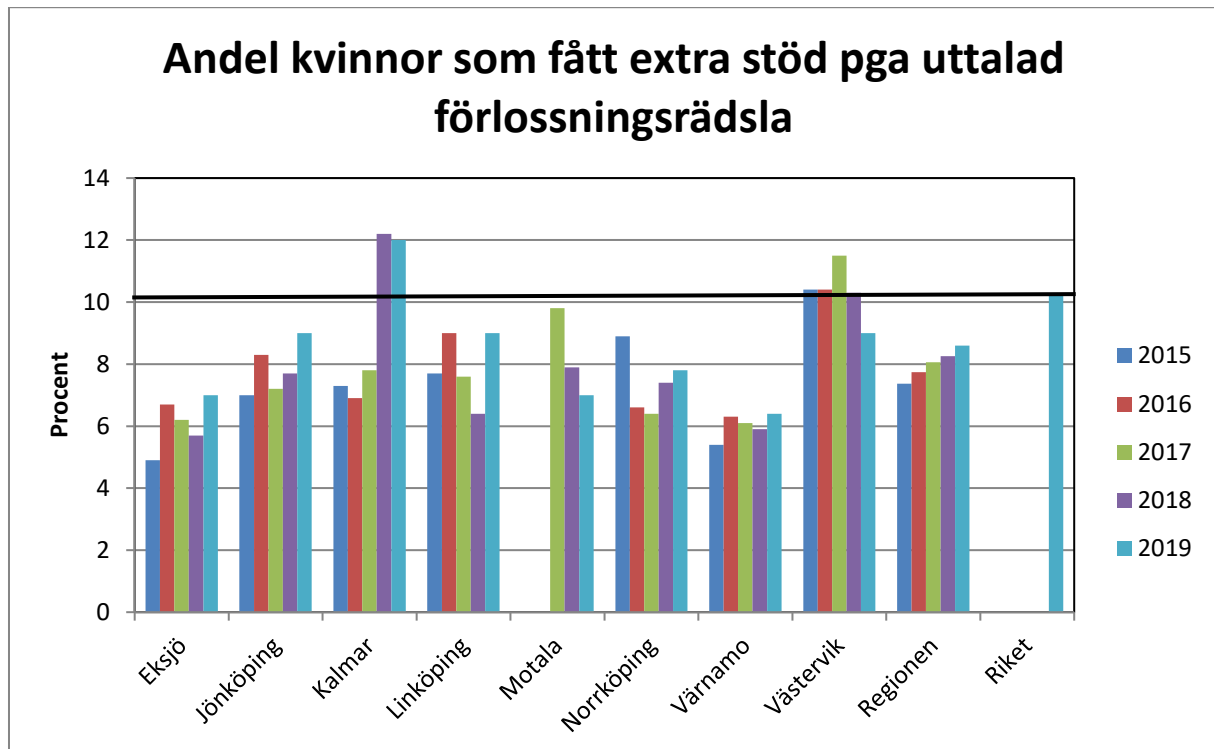
Mål: 100%

Källa: Manuellt inmatad data, Graviditetsregistret

Hos gravida kvinnor med erfarenhet av våld kan anpassningen till graviditeten och anknytningen till barnet påverkas samt även det kommande barnets hälsa. Att arbeta aktivt mot våld är en viktig del i mödrahälsovårdens uppdrag för att främja en god hälsa på lika villkor.

Enligt basprogrammet ska den gravida kvinnan tillfrågas om våldsutsatthet 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 mellan 95,6 och 98,4 % av de gravida kvinnorna tillfrågats om våldsutsatthet. Andel tillfrågade kvinnor har således ökat successivt genom åren, men varit relativt stationärt sista tre åren. Frågan har kommit upp, varför vi inte har 100 % svarsfrekvens här. En orsak kan vara att kvinnan skrivs in sent i graviditeten och registrering missas eller att kvinnan kommer med partner/annan nära vän till MVC-besöket och därför avstår/undviker att svara på frågan. Således behöver barnmorskorna fråga ALLA kvinnor om våldsutsatthet. Vid behov ska möjlighet till utbildningssatsning i ämnet ges.



Målvärde I nivå med riket

Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data.

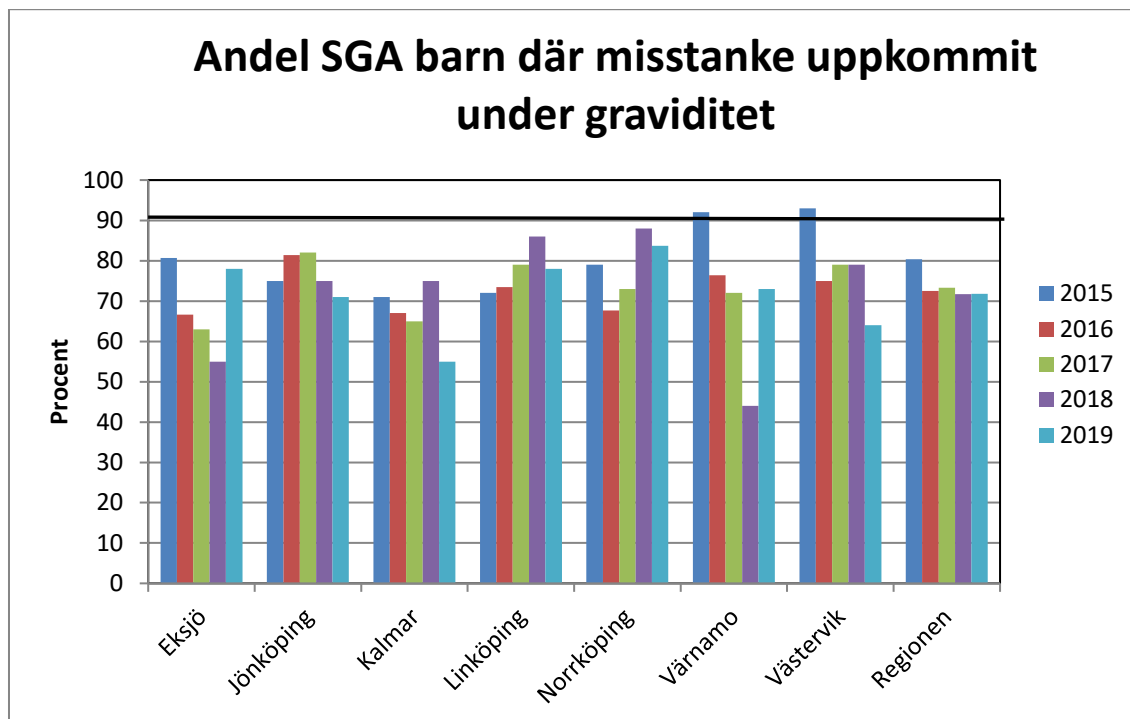
Mödrahälsövårdens ska erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor, individanpassat, för att gynna anknytning och förlossningsupplevelse.

Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på

Mödrahälsövården. Stark förlossningsrädsla, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2019 fick 8,6 % (5,4–12,0 %) av gravida kvinnor i regionen, jämfört med 10,2 % i riket extra stöd pga. förlossningsrädsla. Eftersom vi i regionen ligger lägre än riket kan man fundera på om en del förlossningsrädsla inte upptäcks under graviditeten. Västervik screenar sedan många år samtliga gravida för förlossningsrädsla medan andra enheter använder screeningfrågor vid behov. 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
2019	23/18	49/35	20/11	63/49	43/36	22/16	14/9

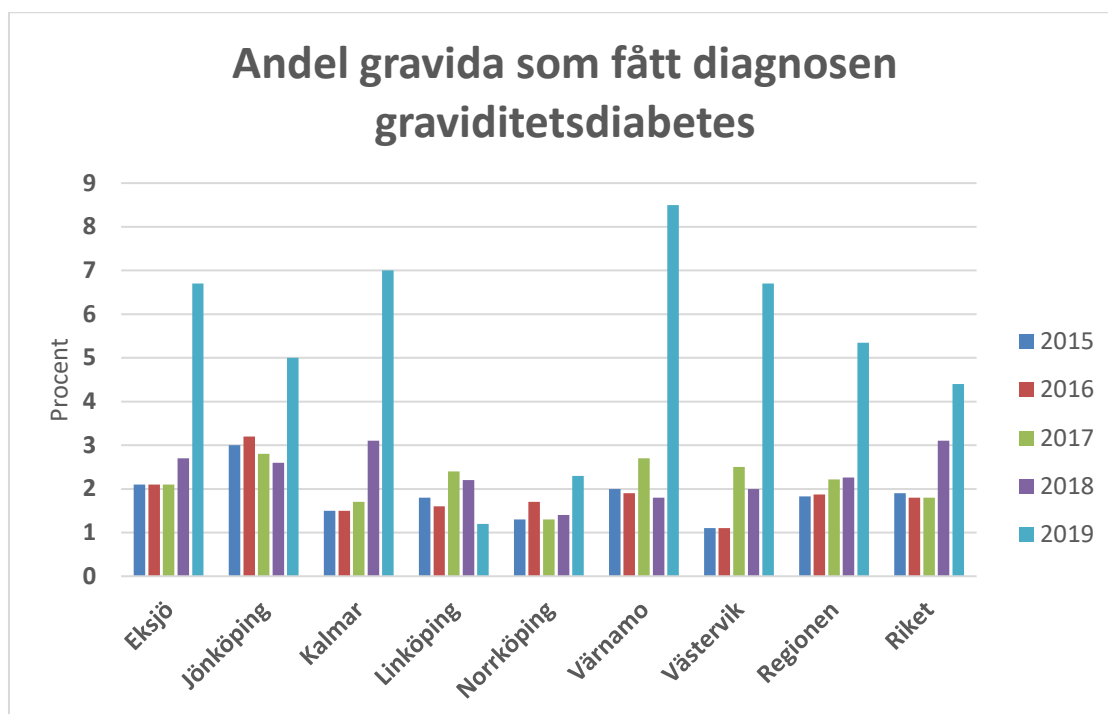
SGA=small for gestational age (liten för tiden), viktavvikelse  $\geq -2$  SD (-22 %).

Det är av största vikt att de tillväxthämmade barnen upptäcks då en tillväxthämning ökar risken för intrauterin fosterdöd (IUFD), peripartum asfyxi, morbiditet och mortalitet neonatalt samt ohälsa längre fram i livet. Med hjälp av utarbetade PM/riktlinjer för respektive klinik och en nu gemensam riskbedömning samt regelbundna storleksbedömningar via palpation och symfys-fundusmätningar hos barnmorska (enligt basprogram/MHV3), kan tillväxthämningar upptäckas i tid. Tillväxtultraljud kan vara ett verktyg för att bekräfta tillväxthämningen. Målet är att finna SGA-barnen så tidigt som möjligt för fortsatt övervakning och handläggning under graviditet och förlossning. På respektive klinik går vi årligen igenom alla journaler där barn



fått diagnosen P050. De journaler där SGA inte upptäckts granskas ytterligare. Denna journalgranskning görs för att om möjligt dra lärdom av och förbättra vissa rutiner/riktlinjer. I Sydöstra regionen upptäckts mellan 55 och 83,7% via mödrahälsovården. Siffrorna fortsätter att variera mellan regionens MHV-områden.

Förbättringspotential: Fortsatta diskussioner kommer att ske, hur vi kan nå målet att finna SGA-barnen så tidigt som möjligt för fortsatt övervakning och handläggning.



Källa: Graviditetsregistret, manuellt inmatad data

Siffrorna över GDM återspeglar inte det kliniska flödet av nyttillkomna patienter från oktober – december i västra, centrala och östra Östergötland. Osäkra data.

GDM, Gestational Diabetes Mellitus, ökar risken för bl a kejsarsnitt, preeklampsi, hypertoni under graviditeten, skulderdystoci, makrosomi och även risken för att mamman ska få diabetes mellitus typ 2 senare i livet. Övervikt och fetma är starka riskfaktorer för att utveckla graviditetsdiabetes.

Screening samt definition av diagnosen GDM, baserad på resultatet av glukosbelastning, har varierat under åren både inom Sverige och internationellt.

Socialstyrelsen publicerade 2015 nya rekommendationer avseende vilka p-glukosvärden som ska betraktas som GDM, varvid behandlingsinsatser rekommenderas. I rekommendationen

gäller följande p-glukosvärden vid oral glukosbelastning för diagnos GDM (venös provtagning):

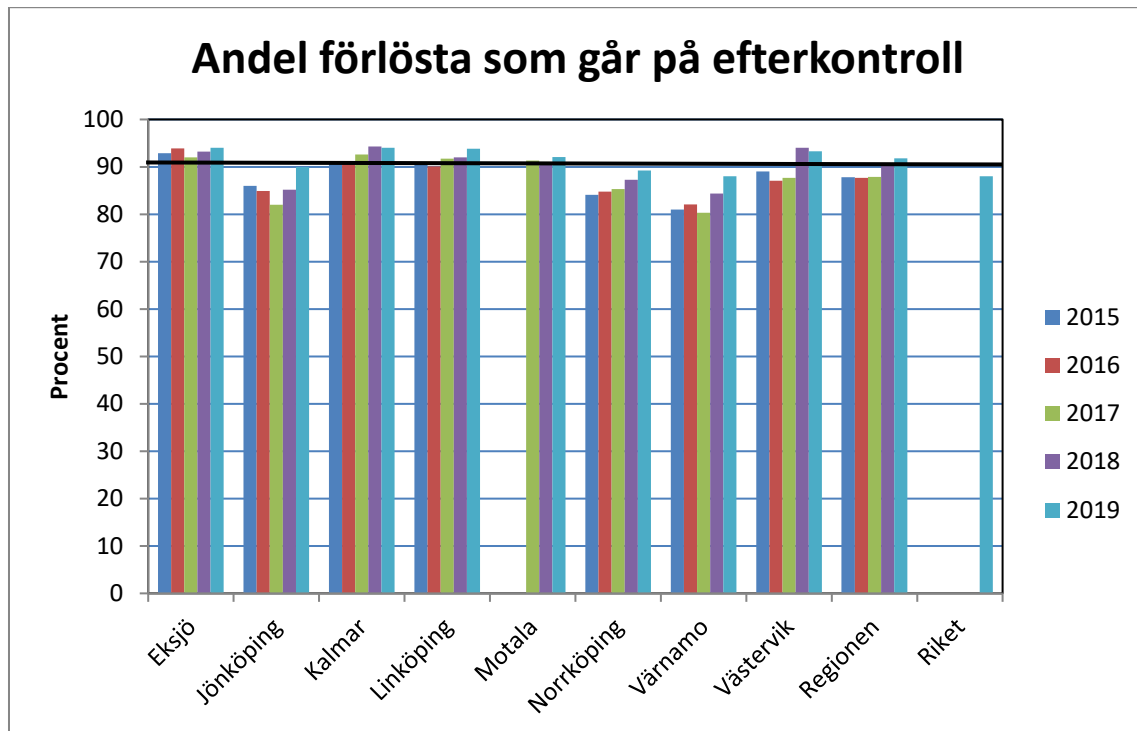
- fastande  $\geq 5,1$  mmol/l
- 2 timmar efter 75 g glukosbelastning  $\geq 8,5$  mmol/l

I Sydöstra Sjukvårdsregionen implementeras för närvarande dessa rekommendationer helt eller delvis, vilket avspeglar sig i en kraftigt förändrad incidens av GDM.

Redan under hösten 2018 startade Kalmar och Västervik med 2-h värde 8,5 men har kvar fastevärde 7,0. Under 2019 startade fullt ut Eksjö och Värnamo den 1/5, Jönköping den 1/9. Linköping och Motala använder sedan 1/10 fastevärde 5,3 och 2-h värde 9,4 (kapillär provtagning). Norrköping införde den nya rutinen 1/12.

Förändringen har, speciellt där rekommendationerna införts fullt ut, krävt väsentligt ökade insatser från såväl mödrahälsovården som specialistmödravården, emellertid ej med motsvarande resurstillskott. Mycket tid går åt till denna stora patientgrupp för information (inte sällan via tolk), logistik kring monitorering av plasmaglukos, dietist, läkarbesök/konsult och extra ultraljud mm. Som positiva effekter kan vi dock förhoppningsvis förvänta oss färre graviditets- och förlossningskomplikationer, mammor med lägre BMI samt ökade hälsovinster på lång sikt.

I Sverige utvärderas för närvarande multicenterstudien ”Changing Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes in Sweden”([www.cdc4g.se](http://www.cdc4g.se)) vilket förklarar att även rikets siffror från 2018 visar en stigande andel diagnosticerade gestationsdiabetiker. Då resultatet av denna studie står klart kan sannolikt nationella riktlinjer vara att vänta.



Målvärde 90%

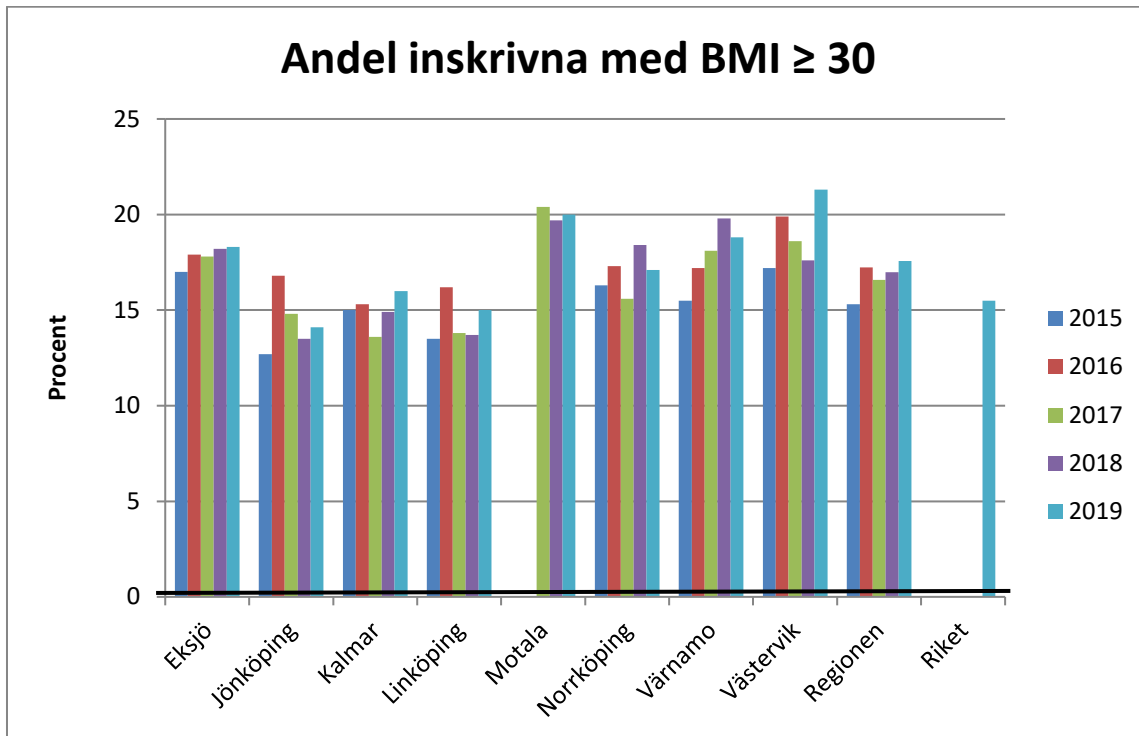
Källa: Graviditetsregistret automatiskt.

Efterkontroll erbjuds idag till alla förlösta kvinnor, enligt basprogram. I regionen kom 92% av kvinnorna på efterkontroll (88-94%), vilket innebär att vi uppfyller målvärdet och ligger något över riksgenomsnittet.

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.

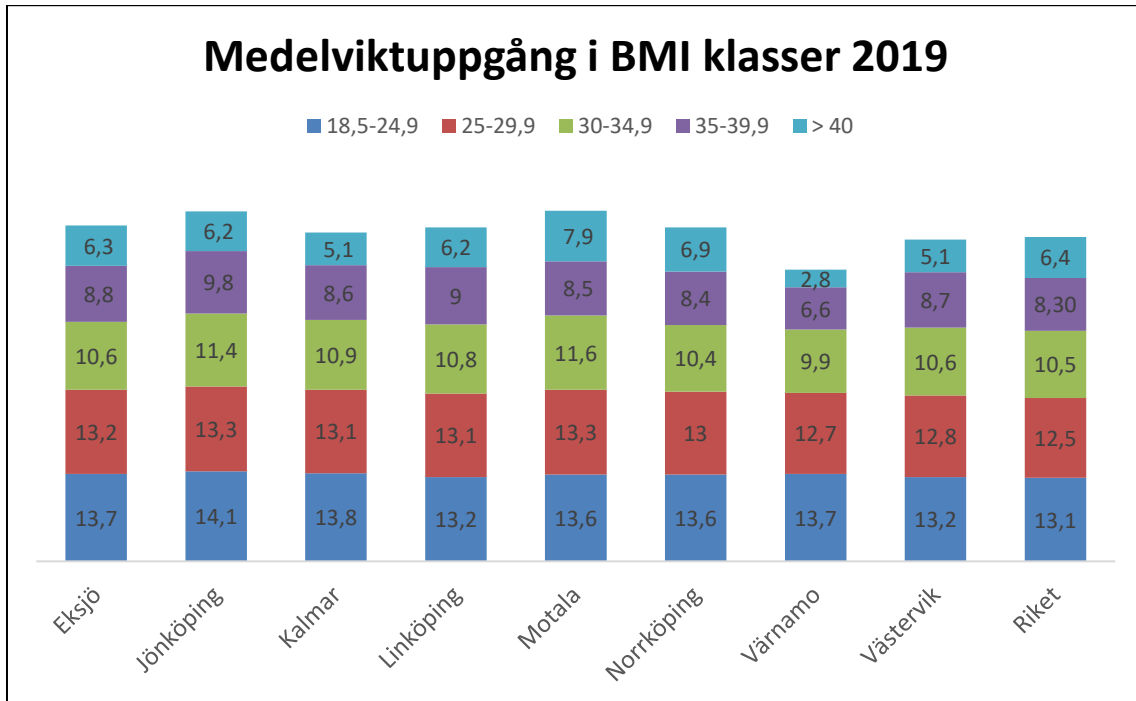
Besöket är viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svår förlossningsupplevelse för att vid behov lotsa dessa patienter vidare till den hjälp de behöver eller för att diskutera påverkan på eventuella framtida graviditeter.

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 kvinnor med okomplicerad graviditet utan större bristning erbjudas telefonuppföljning där man värderar vilka som behöver komma på fysiskt besök, frågar vi oss? Kan ett sådant upplägg fungera, då den nationella gruppen bakom bäckenbottenutbildningen förespråkar efterkontroll med noggrann undersökning bäckenbotten, på alla kvinnor.



Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



**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

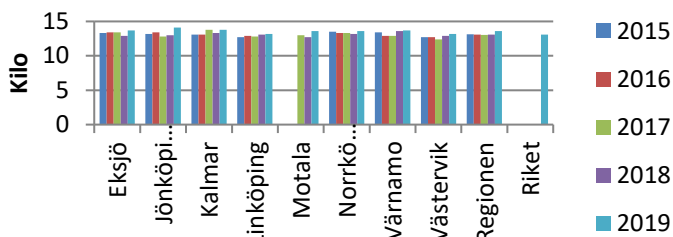
BMI > 40kg: 5,0-9,1 kg

(ref: IOM, institute of medicine).



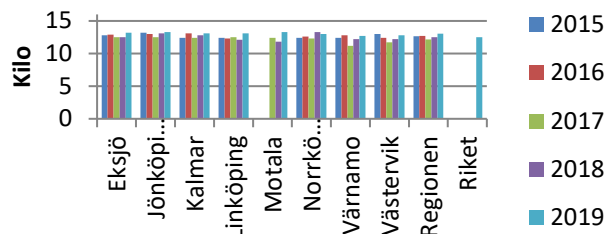


### Medelviktuppgång BMI 18,5-24,9



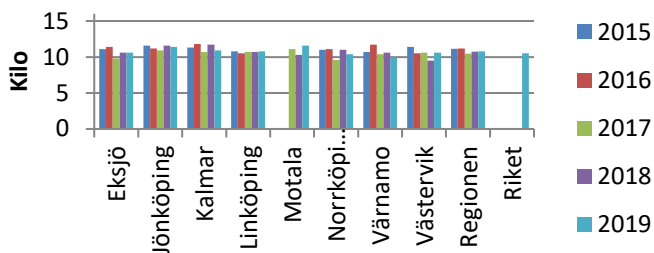
Medelvärde 11,5-16 kg

### Medelviktuppgång BMI 25-29,9



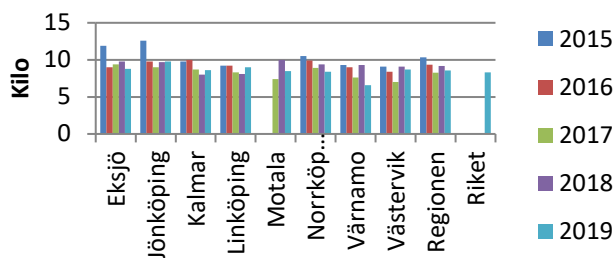
Medelvärde 6,8-11,4 kg

### Medelviktuppgång BMI 30-34,9



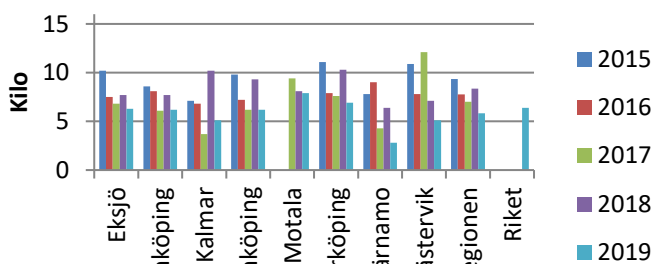
Medelvärde 5,0-9,1 kg

### Medelviktuppgång BMI 35-39,9



Medelvärde 5,0-9,1 kg

### Medelviktuppgång BMI >40



Medelvärde 5,0-9,1kg



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Vikten kontrolleras enligt basprogrammet vid **alla** barnmorskebesök inklusive efterkontrollen. Body Mass Index (BMI) räknas ut vid inskrivningen och kvinnan informeras om resultatet. Fetma definieras som  $BMI \geq 30$  och utgör en medicinsk riskfaktor för kvinnan under graviditet och förlossning men även för barnet. Viktuppgång inom de olika BMI klasserna speglar mödrahälsovårdens arbete med att försöka förhindra ogynnsam och alltför stor viktuppgång då även viktuppgången är avgörande för risker i samband med graviditet och förlossning.

2019 hade 20 % fetma vid inskrivningen jämfört med 15,5% av de gravida i hela riket. Andelen med fetma har ökat jfr med tidigare år vilket är mycket oroande.

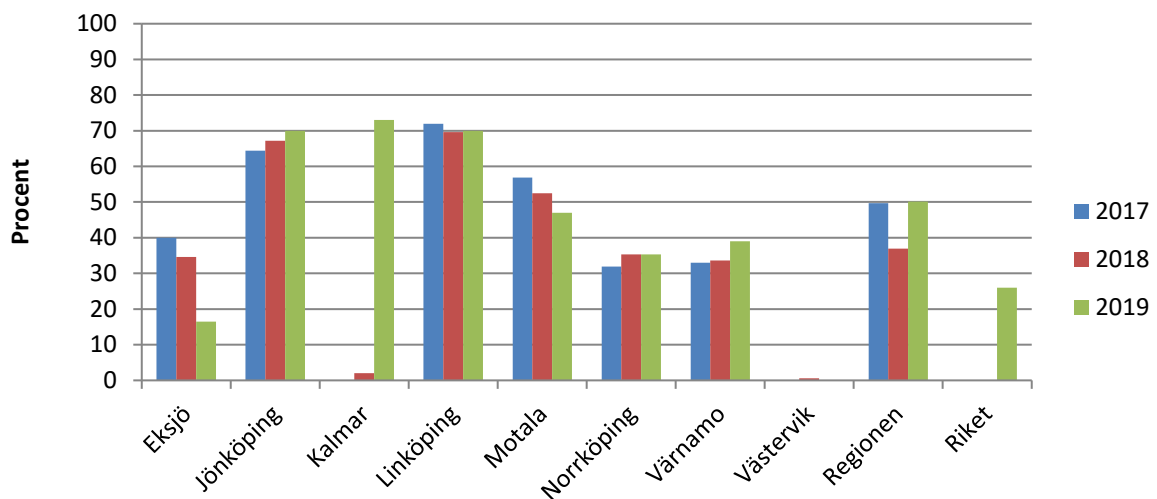
Inom gruppen med normal vikt och fetma grad III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I gruppen med övervikt och fetma grad I överstiger medelviktuppgången den rekommenderade i hela regionen, medans i gruppen med fetma grad II ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå i 7 av regionens 8 sjukhusområden, vilket är en förbättring.

I folkhälsouppdraget ingår 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. Kvinnor inom alla BMI klasser bör upplysas om önskvärd viktuppgång under graviditet. Vikt och livsstil diskuteras även vid ungdomsmottagningar samt vid preventivmedelsrådgivning. I regionen har alla sjukhusområden särskild riktlinje för de med fetma vid inskrivningen.

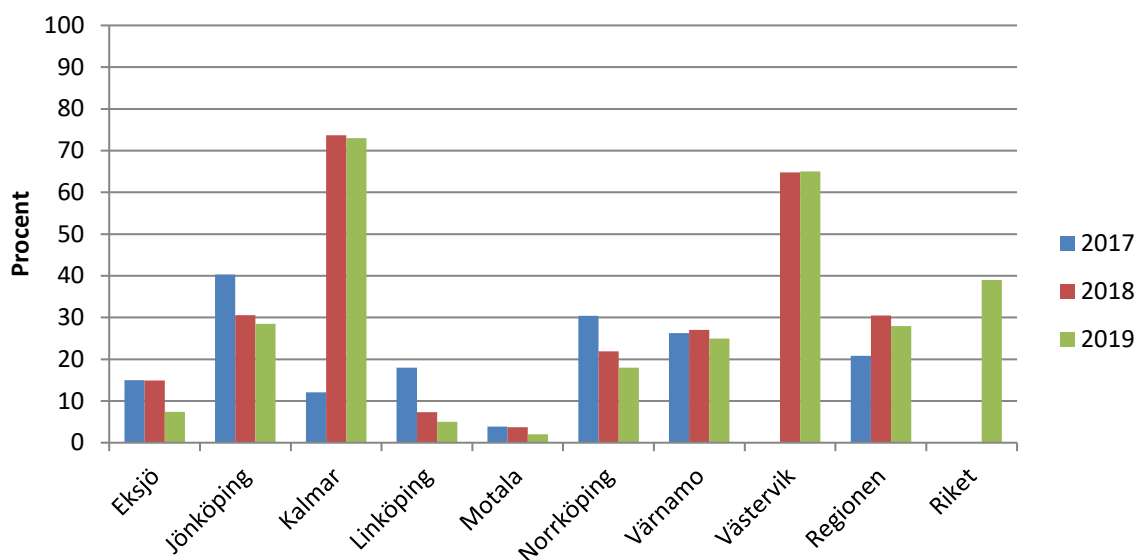
Ökat stöd inom mödrahälsovården från andra professioner önskvärt.



### Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, tematräff



### Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, mindre grupp



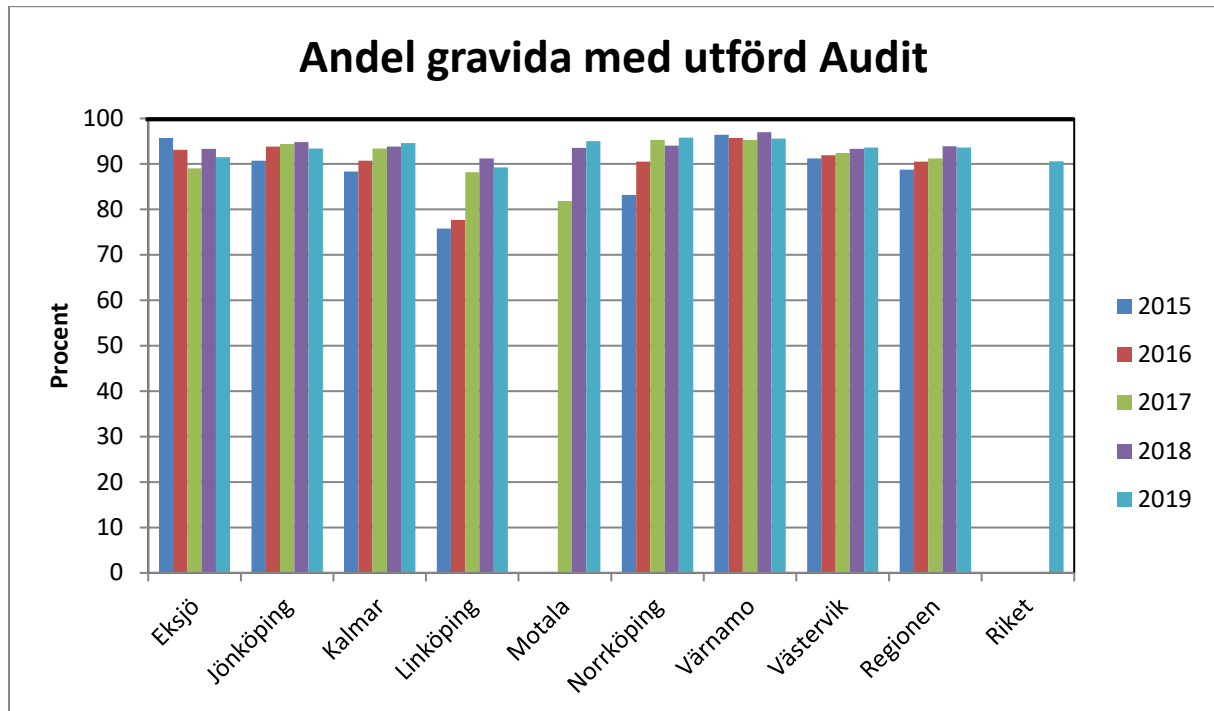
Målsättningen för föräldrastöd under graviditeten är att främja barns hälsa och utveckling, stärka föräldrars förmåga att möta det väntade barnet samt förbereda såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen.

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. En möjlig felkälla kan vara att den som fyller i registret uppfattar de olika svarsalternativen i registret på olika sätt



## Andel som screenats för Audit



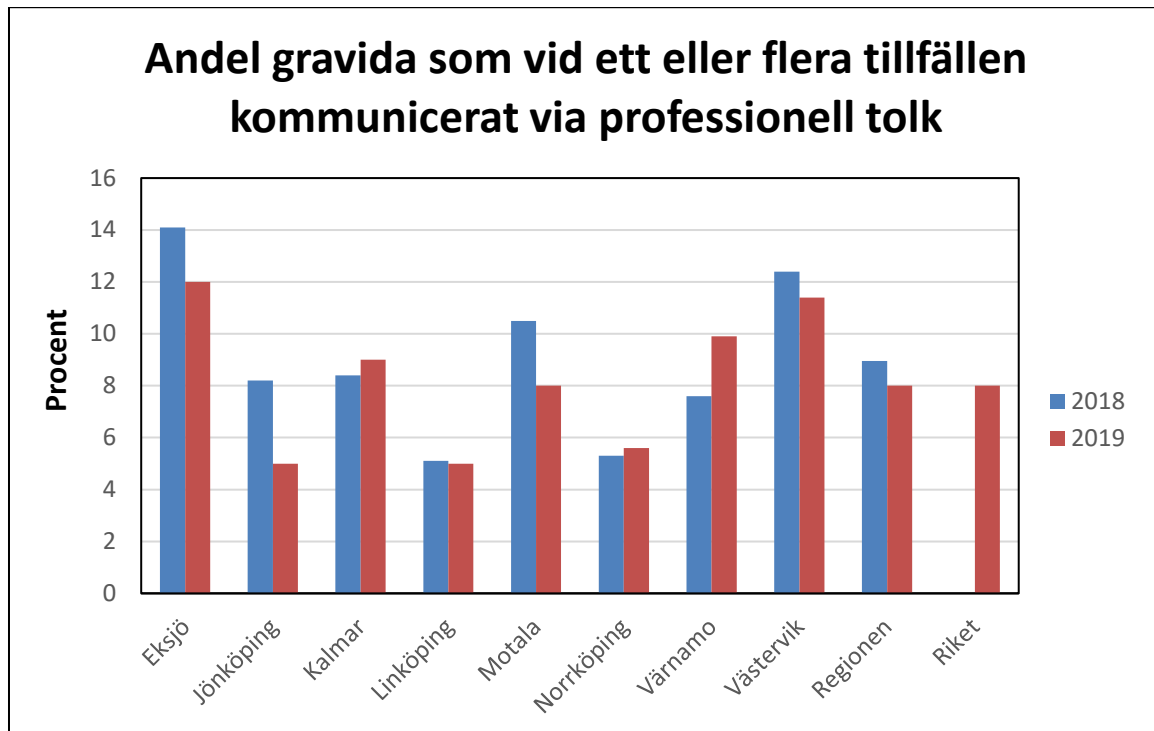
Målvärde 100%

Källa: Graviditetsregistret

Alkoholkonsumtion under graviditet ökar risken bland annat för; missfall, tillväxthämning, prematur födsel, intrauterin fosterdöd, kognitiva beteendestörningar och störningar i organutvecklingen hos barnet.

Screening angående alkoholvanor (AUDIT) rekommenderas tidigt i graviditeten för att kvinnan/paret skall få adekvat information om riskerna med alkohol och vid behov ändra sitt beteende. Andel gravida med utförd AUDIT 2019 ligger mellan 89,2 och 95,8 % i Sydöstra regionen. Siffrorna har legat relativt stabilt på samma nivå genom åren. De rapportår med lägre siffror har osäkra data, då det inte fanns tillgång till full registerdata. Målet är att 100 % har screenats med AUDIT. Under hösten 2019 genomfördes en utbildningsåtgärd vad gäller graviditet och alkohol, vilket förhoppningsvis ökar screeningsnivån med AUDIT för de gravida i regionen.

Förbättringspotential: Vi fortsätter att bevaka AUDIT och målet är även i fortsättningen att 100 % screenas med AUDIT. Det är också intressant att se ifall utbildningsåtgärden visar någon skillnad i andel gravida som screenats med AUDIT, vilket i så fall kan utvärderas i rapporten för 2020. Vi kommer även undersöka om AUDIT finns på andra språk.



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.

Inom mödrahälsovården strävar man efter att alltid använda professionell tolk, på plats eller via telefon.

Språkförbistring måste undvikas: Information till och utbildning av blivande föräldrar är en viktig del av mödrahälsovårdsarbetet. Livsstilsfaktorer och psykosocial situation kartläggs. Vid behov försöker man motivera till livsstilsförändringar. Det är viktigt att kunna fånga upp eventuell oro och att på ett bra sätt kunna besvara frågor.

Besök med tolk är 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 större behov av undervisning om mödrahälsovård/förlossningsvård och samhällsfunktioner i stort. Andel besök med tolk har på så sätt stor betydelse för varje mödrahälsovårdsmottagnings vårdtyngd.

En viktig fråga är hur stor andel av vårdtagare i behov av tolksamtal som i praktiken får detta. Utifrån föreliggande data kan man inte svara på den frågan. Det är relativt vanligt att personal som talar annat språk än svenska tilldelas patienter som har aktuellt språk som modersmål. Inte heller den här situationen registreras specifikt.

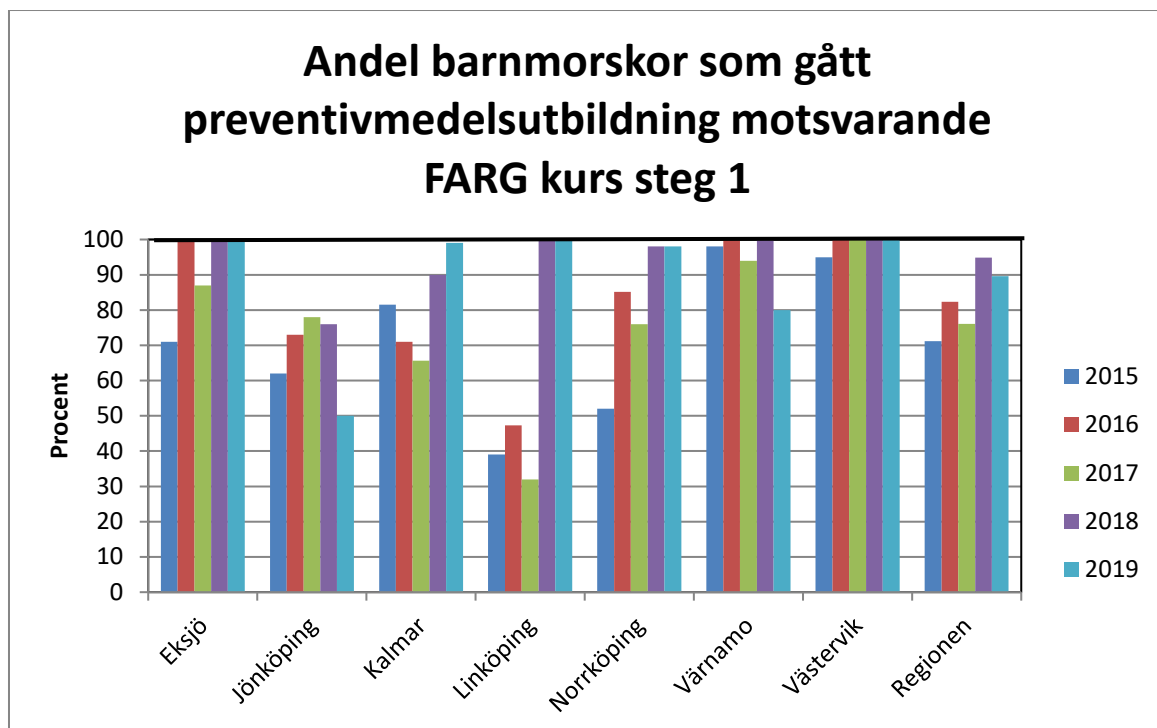
Förbättringspotential: På något sätt registrera fall av oacceptabel språkförbistring?

I vår region varierade andel tolkbesök på de enskilda mottagningarna mellan 0% (Kvinnohälsan Kolmården och Kvinnohälsan Österbymo) och 40% (Kvinnohälsan Valdemarsvik).

Medeltalet för regionen är 8%, samma som för riket.



## Familjeplanering



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

Källa: Lokal inrapportering av egna data

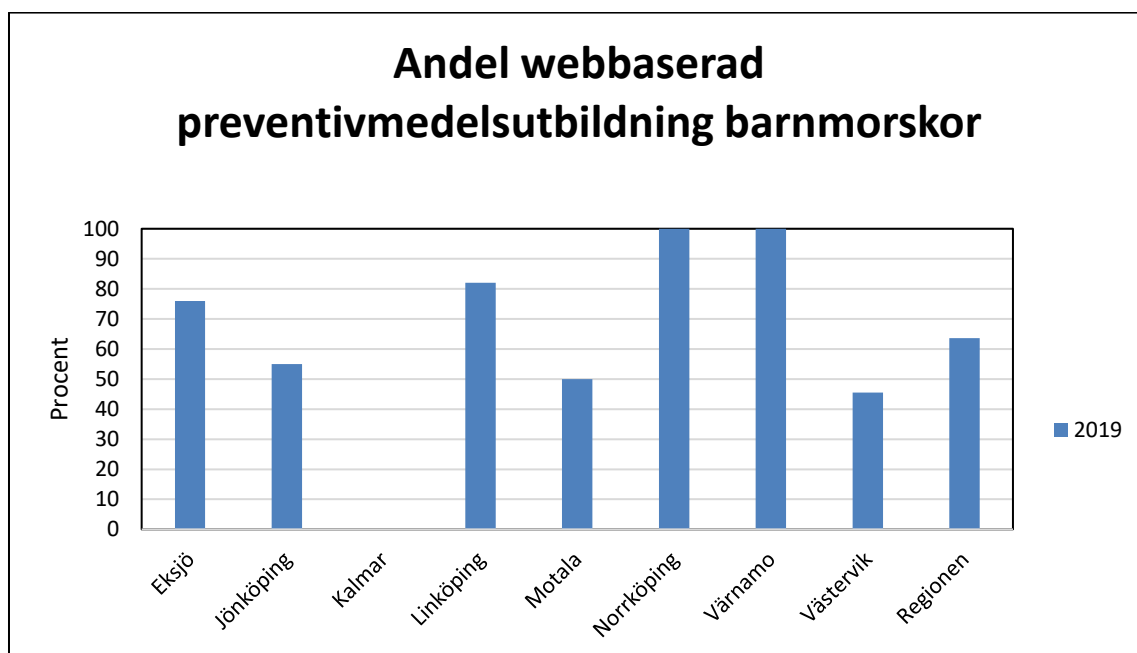
Genomgången Familjeplanerings-ARG kurs (FARG-kurs) används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

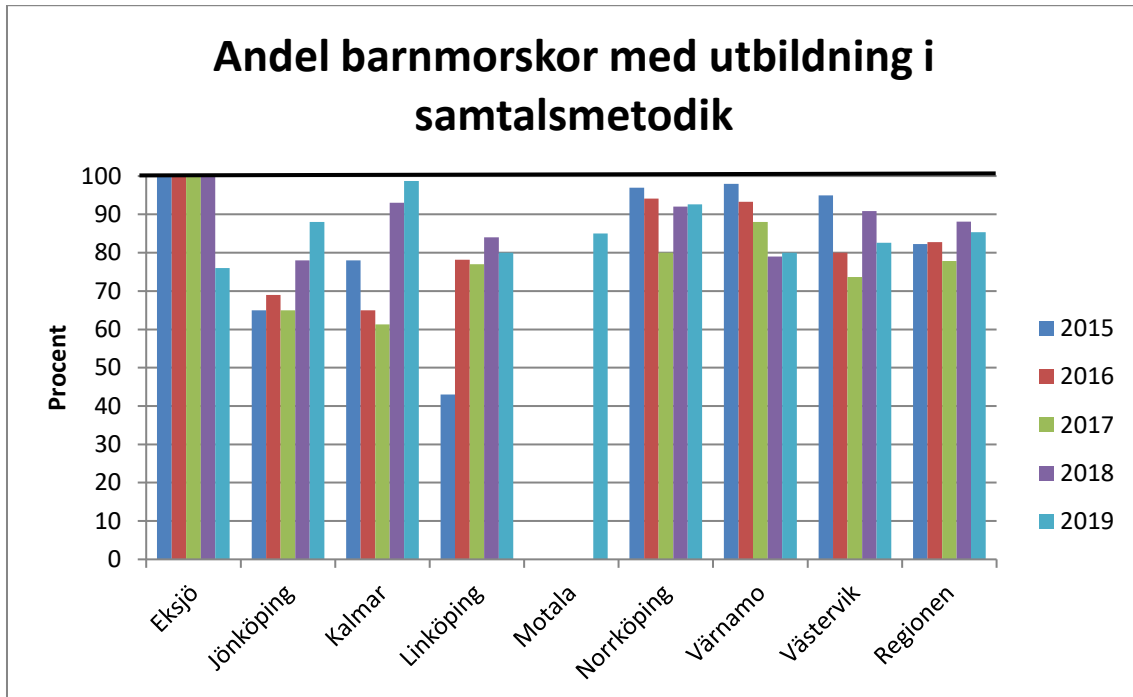
2019 hade 90 % (50-100%) av barnmorskorna i regionen aktuell FARG steg I. Andelen är något lägre än föregående då 95 % hade motsvarande utbildningsgrad. I de flesta fall beror detta på nyanställningar. Flera i regionen har haft egna utbildningstillfällen och vi fortsätter bjuda in över länsgränserna då utbildningstillfällen ges, för att ytterligare höja kompetensen.

I år har vi också valt att mäta andelen barnmorskor som årligen genomfört ett ”prevtest”, en web-baserad nationell utbildning via SLL. År 2019 hade 64 % (46-100%) av barnmorskorna i regionen gjort detta test. Vi kommer att fortsätta att följa detta och nästa år också ta med andel läkare som gjort testet.



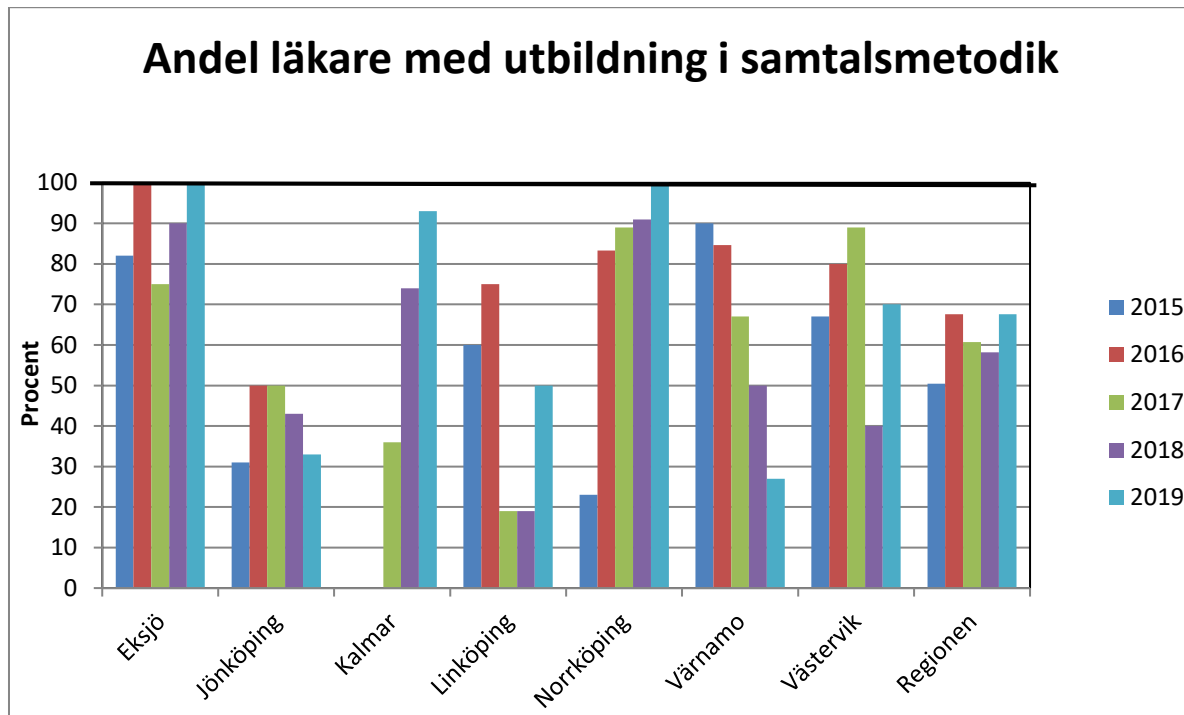
Ökad andel LARC-förskrivning (*Long Acting Reversible Contraceptives*) är fortsatt eftersträvansvärt – även om vi inte funnit någon standardiserad mätmetod för detta, och har svårt att få fram data på LARC till rapporten.





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.

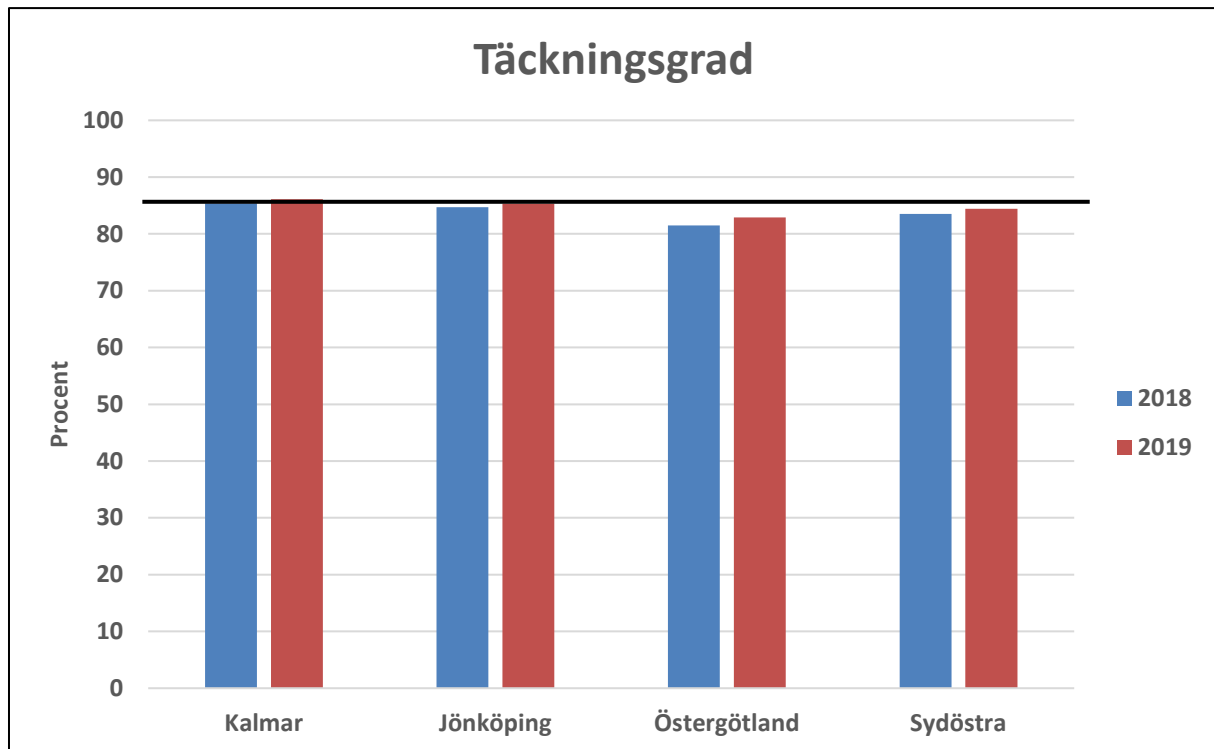
Vi anser det viktigt att alla barnmorskor och läkare som har MHV har MI. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt.

I regionen har 80 % (48-100 %) av barnmorskorna och 62 % (27-100 %) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en minskning i barnmorskegruppen men en ökning i läkargruppen jämfört med föregående år. Nyanställningar av såväl läkare som barnmorskor, eller avsaknad av upprepade utbildning minst vart 5:e år förklarar ibland utfallet. Där det är en mer stadigvarande låg eller sjunkande andel 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.



## Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa Cytburken statistik

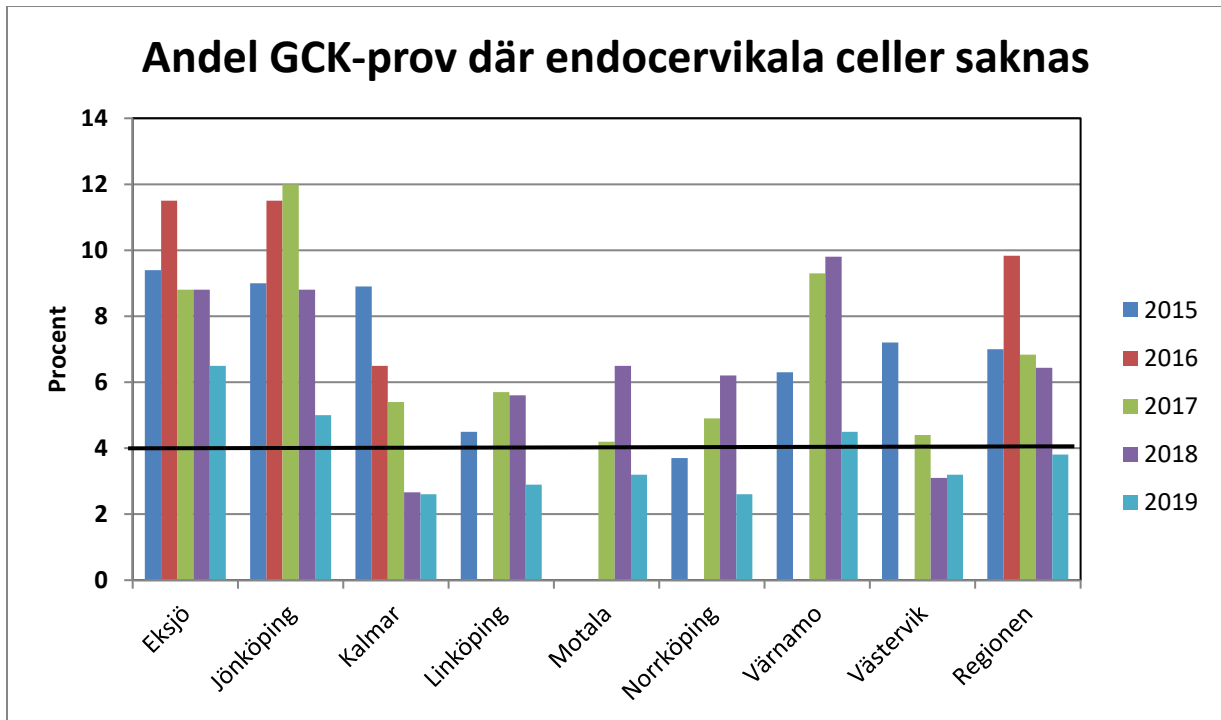
Gynekologisk cellprovtagning (GCK) pågår sedan ca 50 år tillbaka. Screeningprogrammet har förebyggt ca 2/3 av all presumtiv cervixcancer men sedan 2014 har förekomsten av cervixcancer ökat med ca 100 fall/ år i Sverige. Att delta regelbundet i screeningprogrammet skyddar upp till 95% mot cervixcancer och deltagande efter kallelse är viktigt.

Täckningsgraden avspeglar deltagandet och effektiviteten i gynekologisk cellprovskontroll men ändras långsamt 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 är nu infört i hela SÖ regionen.

Täckningsgraden inkluderar from 2018 kvinnor mellan 23-70 år. Via processregistret i det nationella kvalitetsregistret genereras årligen en kvalitetsrapport från vår region över flera kvalitetsparametrar denna hittas på [www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.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 gynekologiskt cellprov visar att provet är taget från rätt ställe (cervix). 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 2,6% och 5,5%. Genomsnitt i regionen 3,8% vilket är förbättring jfr med tidigare.

Förbättringspotential:

Utbildning av provtagande barnmorska via webbutbildning som finns publicerad på RCC s hemsida är viktigt.