



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2020

Introduktion

Den regionala arbetsgruppen (RAG) 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.

Verksamheterna uppmanades att senast rapportera in data på förlösta 2020 den 16 april 2020 till graviditetregistret. Datauttaget gjordes i 16-23 april 2021. Det kan vara så att ett antal graviditeter ej var slutrapporterade vid tiden för datauttaget.

År 2020 förlöstes 11 592 gravida kvinnor i Sydöstra regionen (SÖ), av dessa förvårdades 97 % (11 241 inskrivna) inom SÖ enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 93,56-98%. 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 .

Gruppen består av:

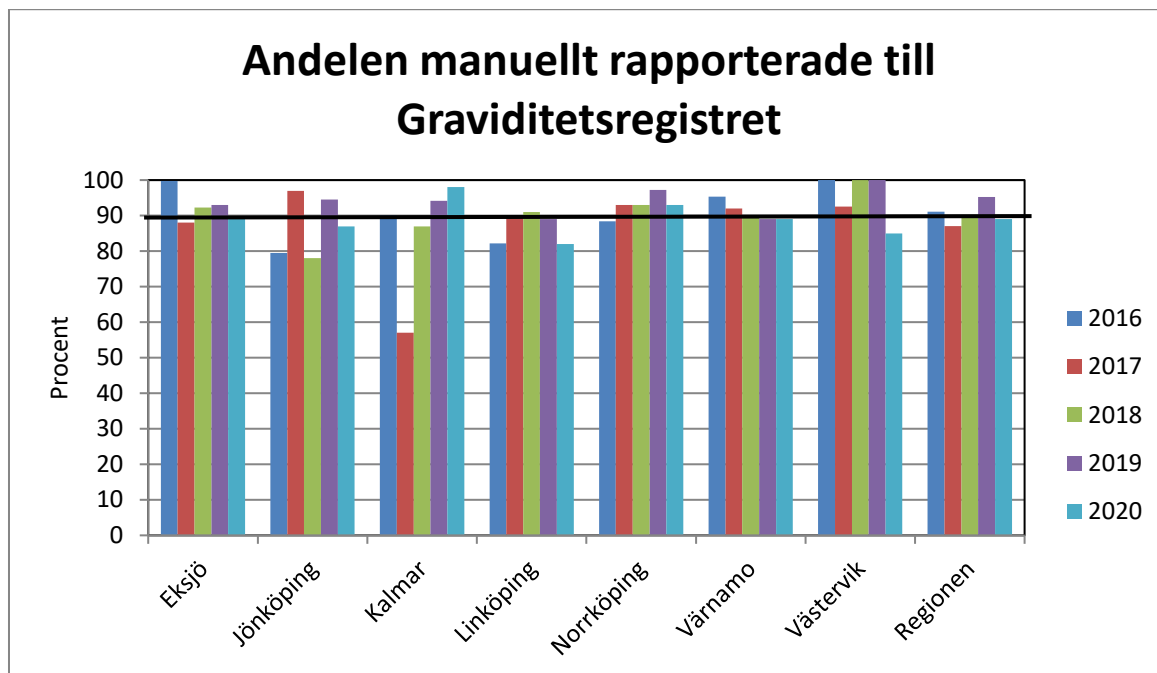
Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

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%

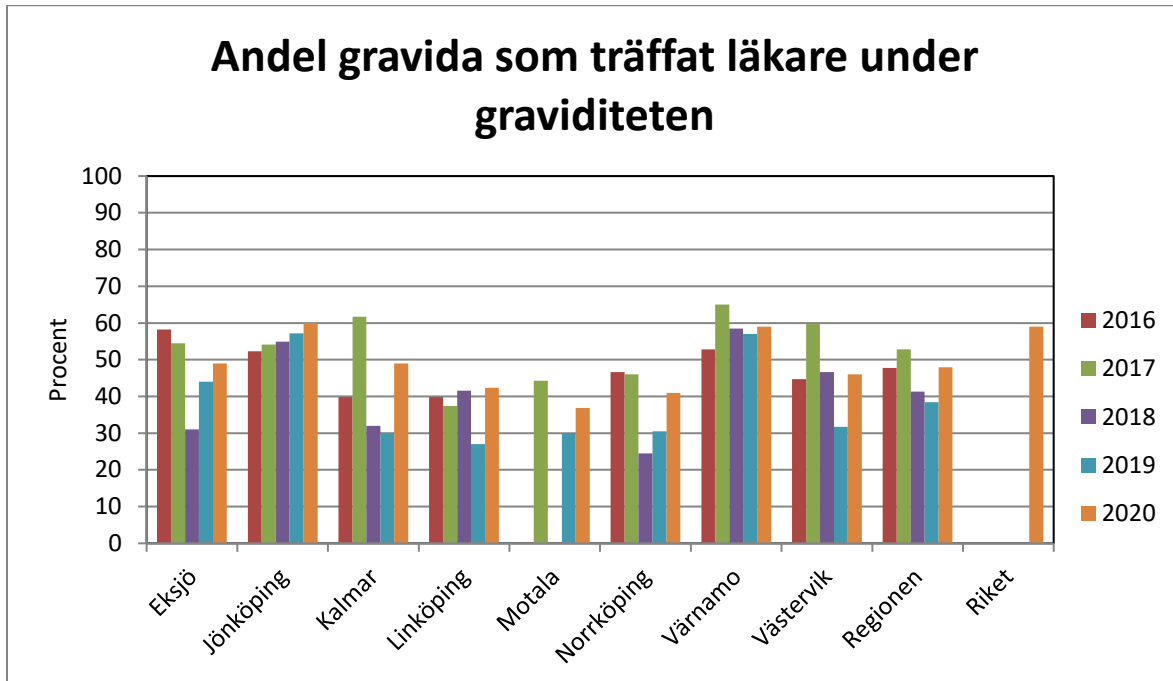
Källa: Graviditetsregistret

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.

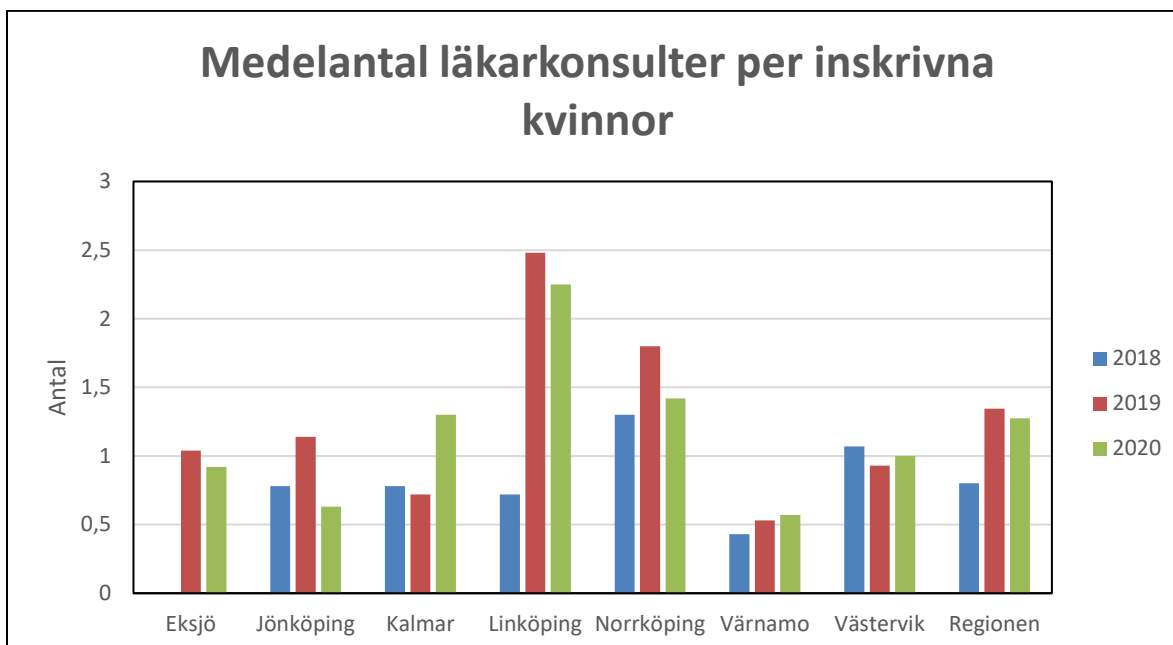
Ledningsansvariga inom mödrahälsovård arbetar med att identifiera felkällor samt stimulera barnmorskor i verksamheten att registrera korrekt i Obstetrix samt i registret.

År 2020 är siffran lägre i regionen jämfört med 2019, 89% jmf med 94%. Sannolikt beroende av felkällor som ovan nämnts.

Förbättringsförslag; att utarbeta ett systematiskt kontrollsystem för att säkerställa att alla gravida rapporteras in i Graviditetsregistret.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad



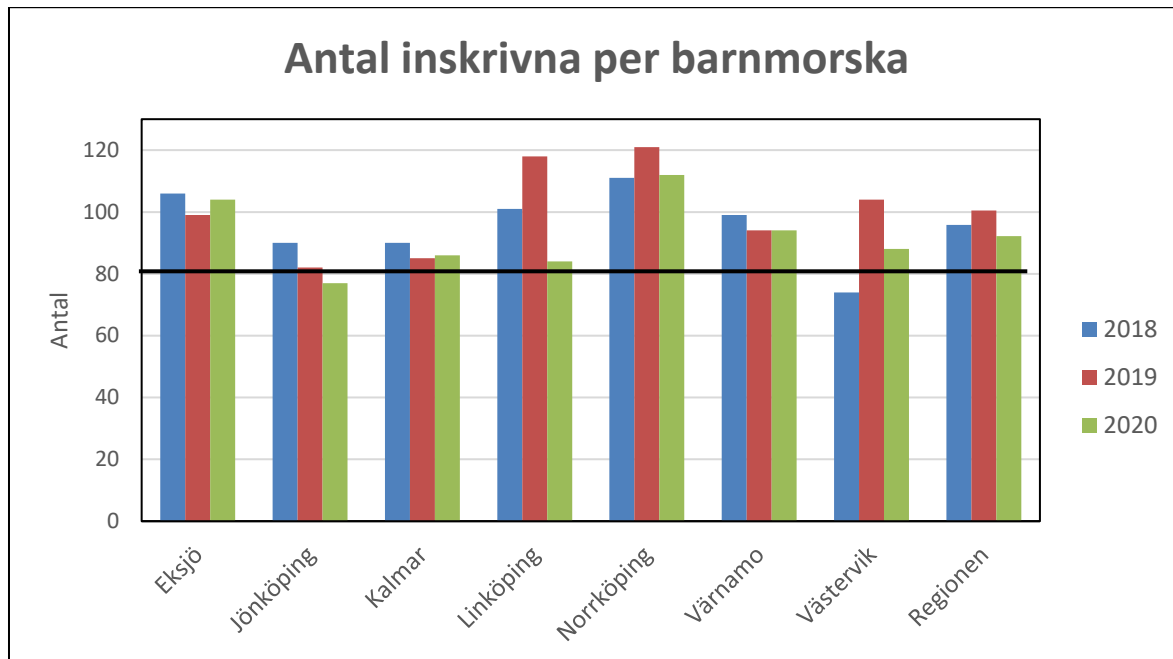
Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

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. Båda parametrar 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. Detta kan hota patientsäkerheten.

Från 2019 tar vi även med medelantal läkarkonsulter per inskriven kvinna, för att få en bättre bild. I årets siffror ser vi att antalet läkarbesök ökar i hela regionen vilket sannolikt speglar att vi har fler riskgraviditeter.

Förbättringsförslag; Vi ser att vi behöver fler läkartider på kvinnohälsovården.

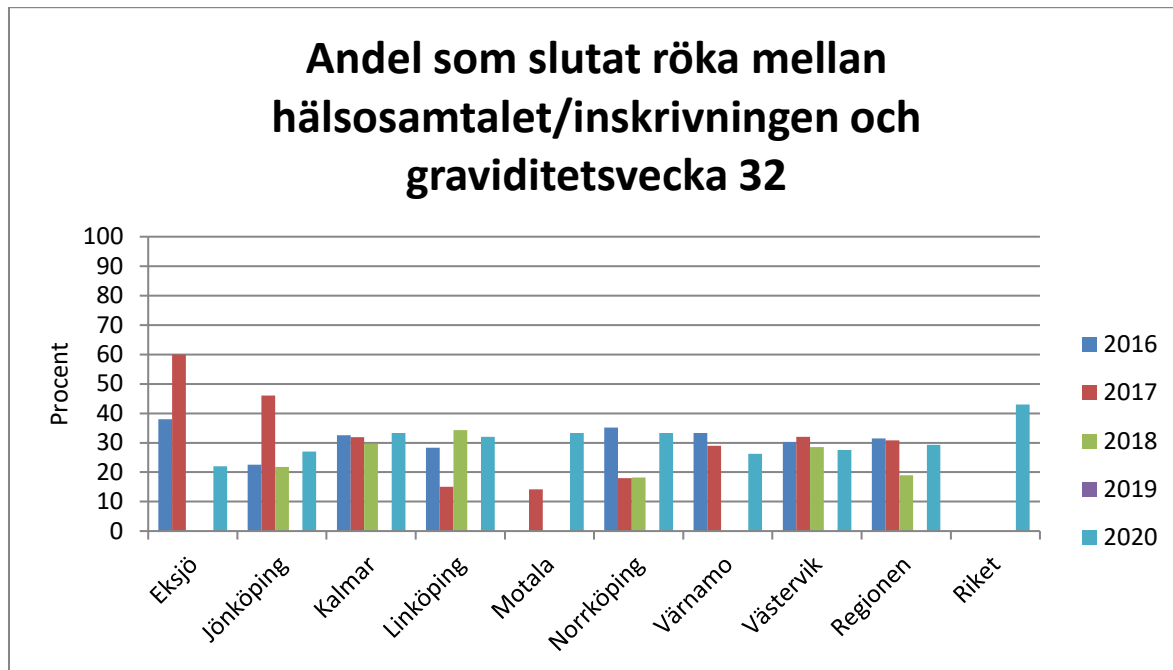


Målvärde: 80 inskrivna per heltidstjänst barnmorska (enligt rekommendation i ARG-rapport nr 59 "Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa")

Källa: Obstetrix MVC-lingare

Antalet inskrivna gravida per barnmorsketjänst varierar inom regionen; som lägst 77 i Jönköping och som högst 112 i Norrköping. 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 samt att vissa arbetar på familjecentraler. Mödrahälsovårdens organisation i regionen ser olika ut också vad gäller tillgång till andra yrkeskategorier som bistår barnmorskan i hennes arbete, t ex undersköterska och receptionist.

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



Moderns rökning/snusning under graviditeten ökar risken bland annat för tidig födsel, tillväxthämning hos fostret, small för gestational age (SGA) och perinatal dödlighet. Rökning ökar också risken för vissa missbildningar (t.ex. läpp-gomspalt). Det är inte helt klarlagt vilka faktorer i tobaksröken, som ger fosterskador. Även passiv rökning är ogynnsam för modern och det väntade barnet.

Målet är tobaksfria föräldrar under graviditet och amningstid. Delar av regionen använder frågeformuläret "Tobaksbruk i hemmiljö" SiCET II och lämnas ut till gravida med tobaksbruk i tidig graviditet. Enkäten syftar till att öka motivationen för tobaksavvänjning. Barnmorskan går igenom svaren tillsammans med patienten. Kalmar har hälsocoacher som jobbar med denna patientgrupp. Motiverande samtalsmetodik och patientcentrerat förhållningssätt används för att motivera till tobaksfrihet. Instruktionen "ENKLA RÅD" via Socialstyrelsen är också användbart för barnmorskor i samtal med gravida kvinnor som röker och/eller snusar vid första samtal/inskrivning. Tobaksavvänjning finns också via interaktiva tjänsten på 1177, "Rökfri" alternativt via www.slutarokalinjen.se vilket barnmorskan kan hänvisa till vid behov.

Enligt Medicinska födelseregistret registreras tobaksvanor vid tre tillfällen; tre månader före graviditet, vid inskrivningen i mödrhälsovården och i graviditetsvecka 30-32. Största andelen som slutar röka, gör det innan inskrivningen.

I rapporten för 2019 valde vi att inte redovisa statistik för denna parameter, då materialet är litet och felkällan kan vara stor eftersom uppgifter om rökning ej är fullständigt ifyllda för graviditetsvecka 32. I årets rapport för 2020 vill vi ändå återgå till tidigare rapportering då det



Region

Östergötland



Region Kalmar län

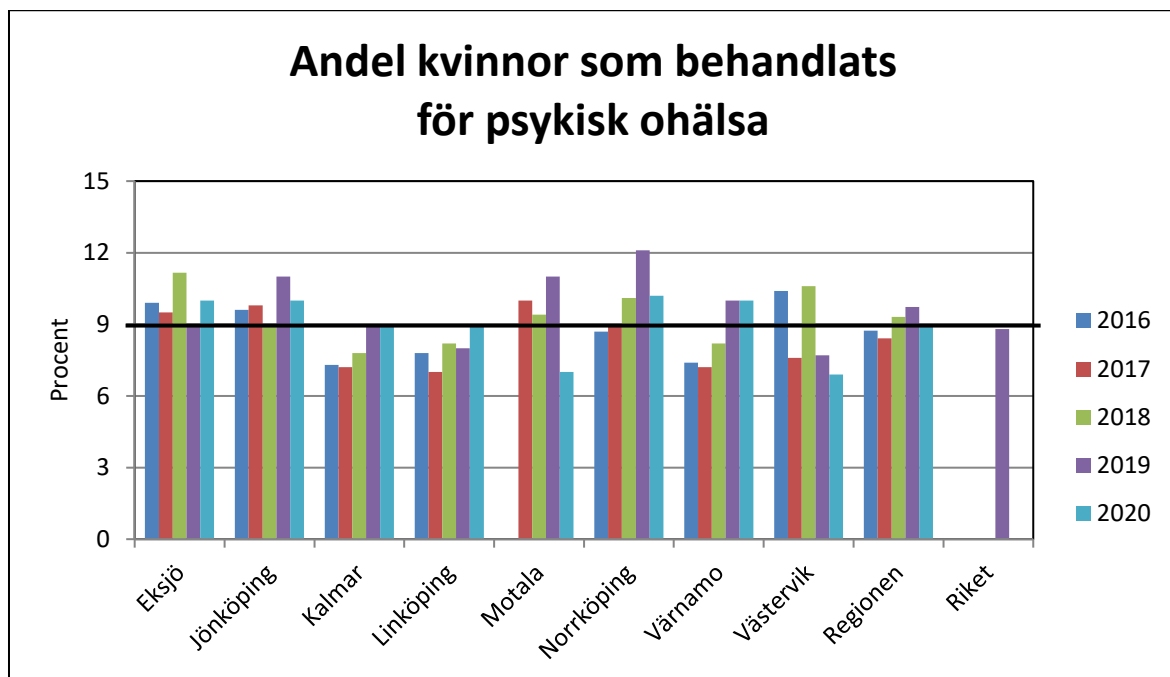


Region

Jönköpings län

är ett viktigt folkhälsoarbete utifrån risker med tobaksbruk för den gravida kvinnan och hennes barn. Det är svårt att dra några slutsatser ifall pandemin påverkat gravida kvinnors tobaksbruk under år 2020.

Förbättringsförslag: Som tidigare gäller fortsatt MI-utbildning + catch up för barnmorskor och läkare, att rökning belyses vid varje besök inom öppen- och slutenvården och ett ökat samarbete med enheter som arbetar med tobaksavvänjning, alternativt ha tillgång till egen tobaksavvänjare. MI-utbildning har delvis pausats under år 2020 pga pandemin men förhoppningsvis kan utbildningen återupptas inom snar framtid.



Målvärde: > Rikets %

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.

Socialstyrelsen uppmanar mödravårdsenheterna att identifiera psykisk ohälsa. Sydöstra sjukvårdsregionen har ett gemensamt pm för riskbedömning av gravida. En av de fyra dimensionerna i riskbedömningen handlar om psykisk hälsa. Den hälsodeklaration gravida fyller i tidig graviditet innehåller frågor kring tidigare och nuvarande psykisk ohälsa.

Screening av depressionssymptom sker vid inskrivningen i Östergötland med en depressionsskala (EPDS) och i region Kalmar och Jönköping använder man EPDS vid behov.

Östra Östergötland har ett special team med olika aktörer från t.ex. psykiatrin som planerar riskgraviditeter för psykisk ohälsa. I Centrala och Västra Östergötland genomförs

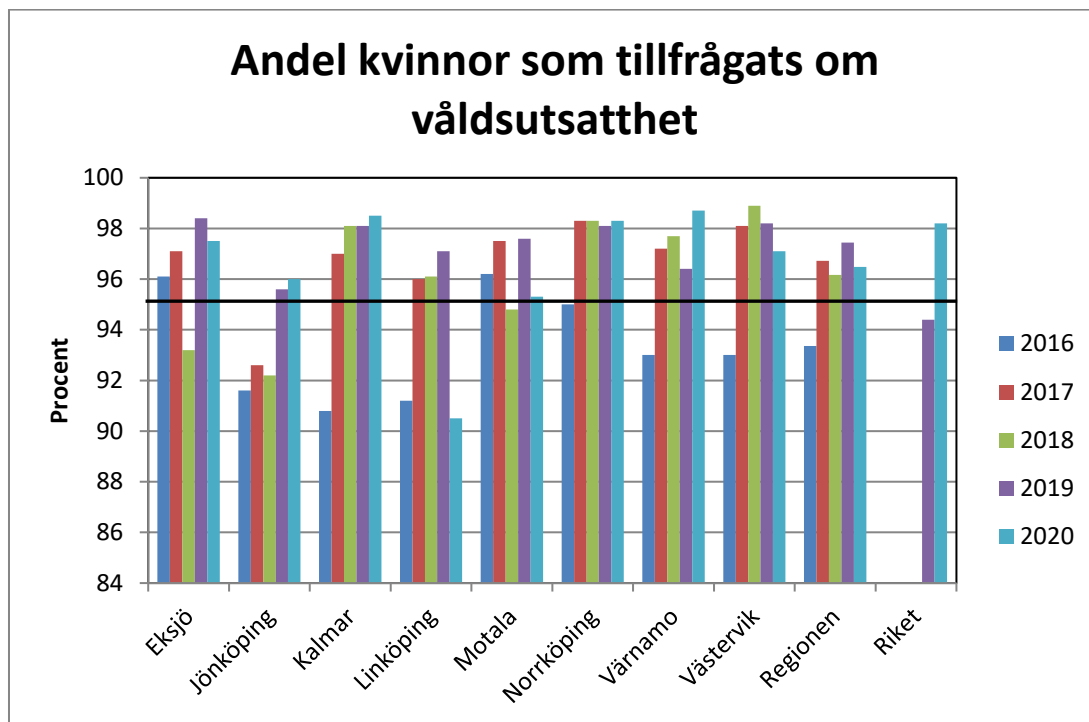


planeringsrönder med involverade aktörer t.ex. socialförvaltningen tillsammans med den gravid och ev. partner. I region Kalmar och Jönköping sker samverkan på familjecentraler.

Ca 9% av de gravida får behandling under sin graviditet för psykisk ohälsa. Den siffran har legat relativt stabilt sedan 2016. Troligen är förekomsten av psykisk ohälsa olika i olika delar av regionen vilket avspeglas i staplarna men skillnaderna kan även bero på hur man identifierar psykisk ohälsa och vilken tillgång man har till att erbjuda behandling.

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.

Förbättringsförslag; Barnmorskor inom mödrahälsovården behöver kontinuerlig utbildning om psykisk ohälsa vilket enheterna ansvarar för. Samt att de får stöd i att handha dessa patienter.



Mål: >95%

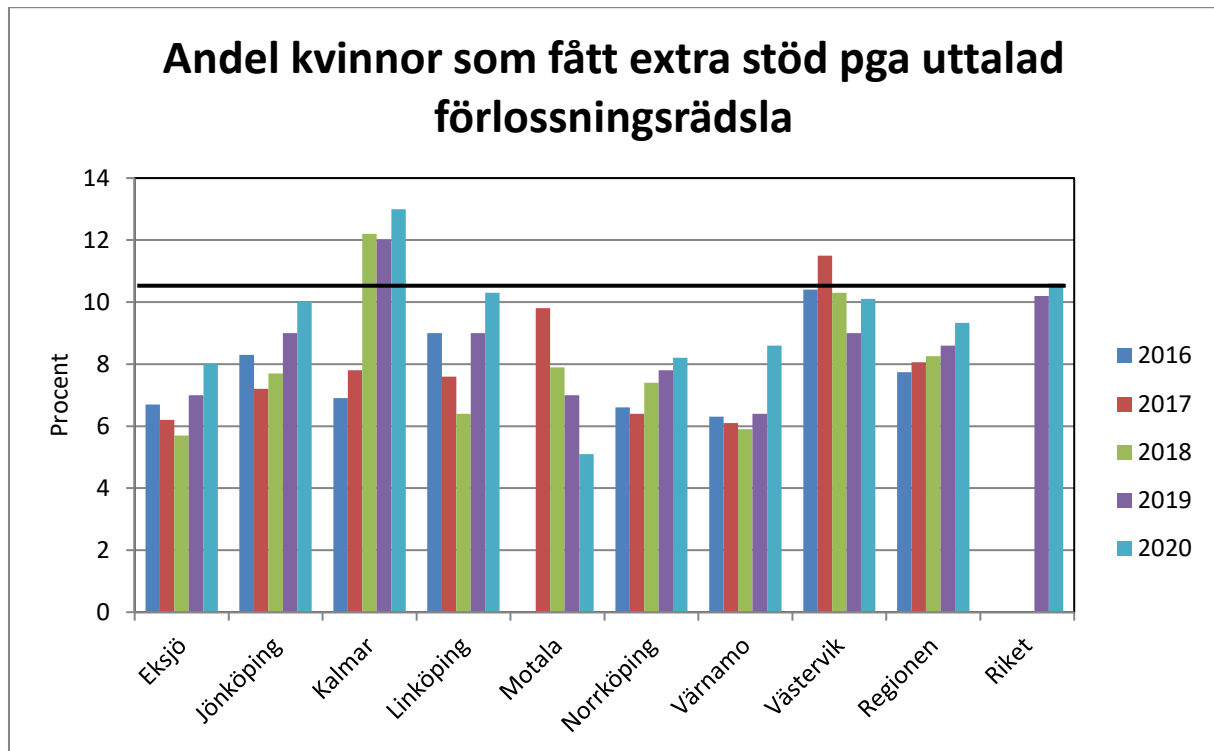
Källa: Manuellt inmatad data, Graviditetsregistret

Hos gravida kvinnor med erfarenhet av våld kan anpassningen till graviditeten och anknytningen till barnet påverkas negativt, liksom det kommande barnets hälsa. Våldsutsatta kvinnor har generellt en sämre hälsa än den genomsnittliga befolkningen och en koppling finns mellan våldsutsatthet eller sexuellt våld och depressioner, sämre reproduktiv hälsa, missbruk och ångestproblematik samt suicidförsök. Det är också vanligt att kvinnorna söker vård utifrån somatisk smärta, ångest, kronisk värk mm, istället för direkta skador orsakade av fysiskt våld. I en rapport från WHO från 2013 uppskattas att cirka 35% av världens kvinnor har varit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld under sitt liv, i de flesta fall av en man som hon har en nära och förtroendefull relation med. Vidare konstaterar WHO att mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa globalt. I cirka 38% av fall av dödligt våld mot kvinnor globalt var förövaren en partner till mordoffret. Att arbeta aktivt mot våld är en viktig del i mödrahälsovårdens uppdrag för att främja en god hälsa på lika villkor. Detta förutsätter dock kunskap om våldets olika uttryck, våldets konsekvenser, normaliseringsprocessen och uppbrottsprocessen. Ett aktivt förhållningssätt genom att ställa frågan om våldsutsatthet direkt till kvinnan krävs, för att upptäcka och erbjuda henne rätt stöd och hjälp.

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.

Inom regionen har mellan 90,5 och 98,7 % av de gravida kvinnorna tillfrågats om våldsutsatthet. Jämförande siffra för riket ligger 98,2%. Andel tillfrågade kvinnor har sjunkit sista året i hälften av Mödrahälsovårdsområdena. Frågan varför vi inte har 100 % svarsfrekvens finns kvar. 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.

Förbättringsförslag; Således behöver barnmorskorna fråga ALLA kvinnor om våldsutsatthet. Vid behov ska möjlighet till utbildningssatsning i ämnet ges för att öka kompetens och kunskap om våld.



Målvärde i nivå med riket

Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data.

Mödrahälsovårdens ska, bl.a. för att gynna anknytning mor-barn och förlossningsupplevelse, erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor. Stödet ska vara individanpassat.

Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på Mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

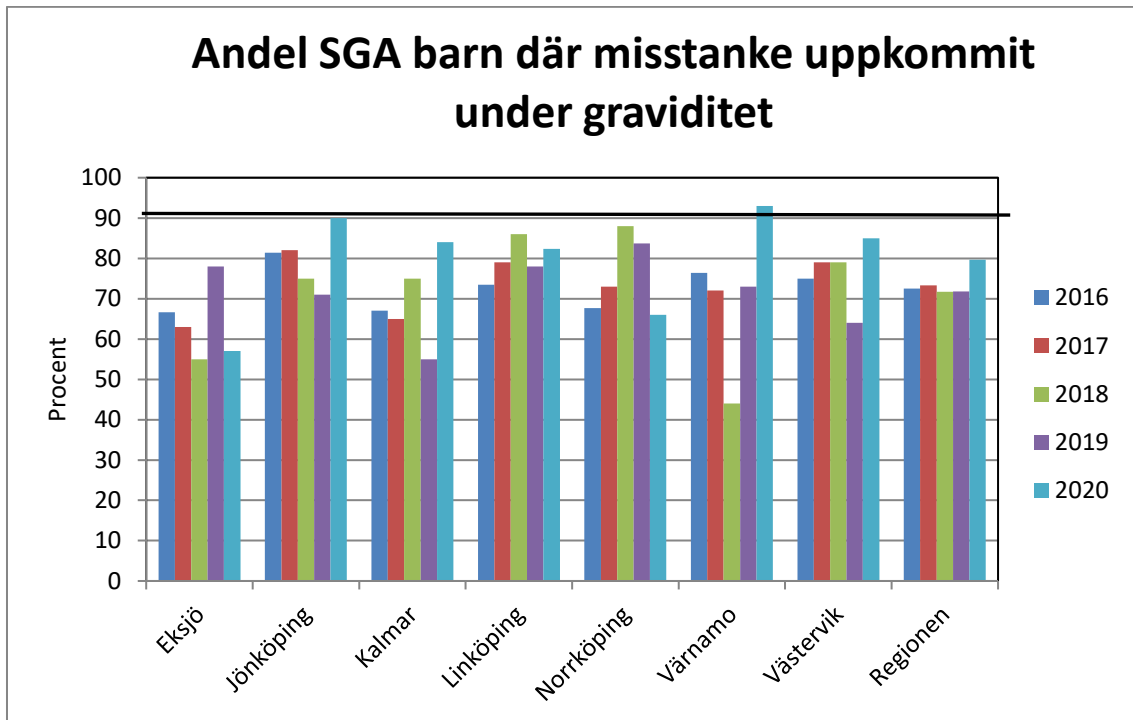
2020 fick 9,5 % (5,1–12,8%) av gravida kvinnor i regionen, jämfört med 10,8 % i riket, extra stöd p.g.a. förlossningsrädsla.

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

Förbättringsförslag; 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. Frågan är om vi istället ska screena vissa grupper där vi har svårare att upptäcka förlossningsrädsla, tex kommunikationssvårigheter.

SBU publicerade en rapport i ämnet i februari 2021.



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
2020	21/12	41/37	19/16	68/56	24/16	15/14	13/11

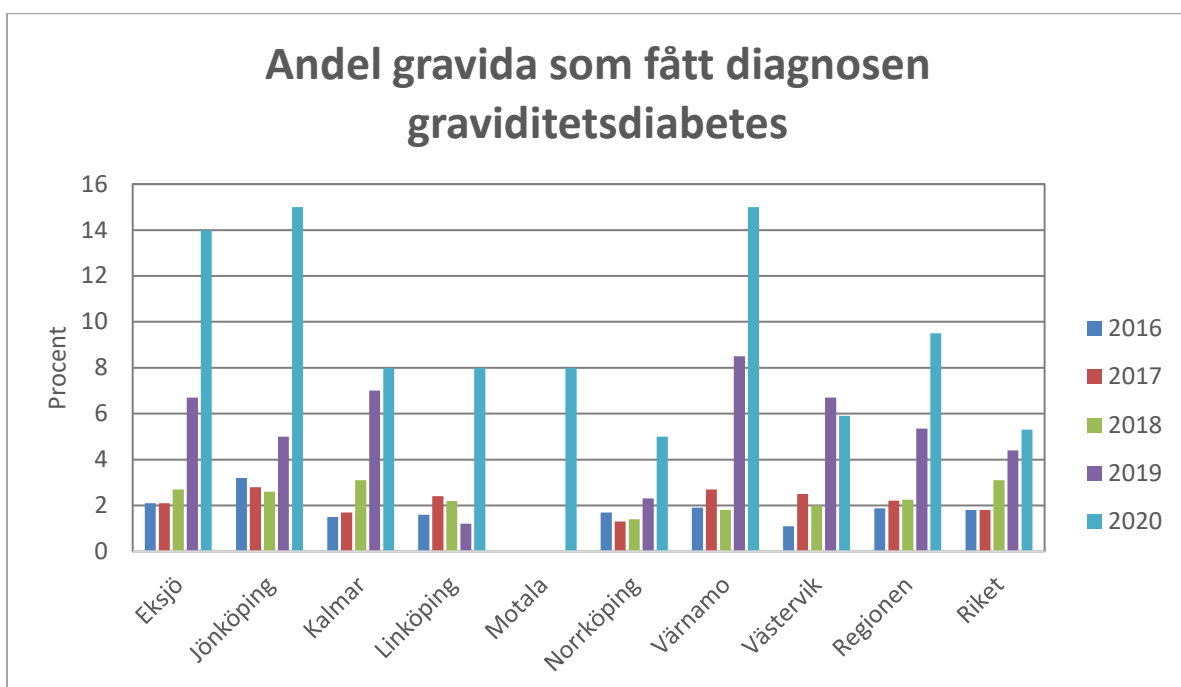
SGA=small for gestational age (liten för tiden), viktavvikelse ≥ -2 SD (-22 %).

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 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. I SÖ

regionens Mhölgrupp har vi haft en diskussion, ifall senareläggande av tillväxtultraljudet från graviditetsvecka 32 till 34 skulle innebära att vi hittar fler SGA. Frågan är uppe i fostermedicingruppen där man konstaterar att indikationer för tillväxtultraljud skiljer sig väldigt mycket åt inom riket. Kartläggning pågår och man är eniga om att tillväxtkontroll i alla fall ska göras hos de med BMI>35 och de som röker>10 cigaretter under graviditeten. En nationell riktlinje kommer eventuellt att utarbetas. Målet är att finna SGAbarnen så tidigt som möjligt för fortsatt planering, övervakning och handläggning under graviditet och förlossning. På respektive klinik granskar vi alla journaler där barn fått diagnosen P050, för att om möjligt dra lärdom av och förbättra vissa rutiner/riktlinjer.

I Sydöstra regionen upptäcktes år 2020 mellan 66 och 93% via mödrahälsovården jämfört med 83% i riket. Siffrorna fortsätter att variera från år till år inom och mellan regionens MHVområden. Till årets rapport har vi planerat att belysa ett antal parametrar för om möjligt finna ett samband och diskussionsunderlag samt bearbetning. En överrepresentation ses av kvinnor med utomeuropeisk härkomst relaterat till att föda SGAbarn inom flera MHVområden (bla Kalmar, Värnamo och Norrköping). I Östra Östergötland fann man färre SGAbarn 2020 men hälften av mödrarna var av utomnordisk (ffa utomeuropeisk) härkomst. Genetisk orsak till SGA? Tolkbehov som försvårar misstanke om och upptäckt av SGA?

Förbättringsförslag; 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

Graviditetsdiabetes (GDM) innebär hyperglykemi under graviditeten medförande ökad risk för stort barn och förlossningskomplikationer, såsom långdraget förlossningsförlopp, ökad andel instrumentella förlossningar och kejsarsnitt, skulderdystoci, plexusskada och bristningar. Under graviditeten ökar risken för bl.a. hypertoni och preeklampsi. Senare i livet löper kvinnan risk att få typ-2-diabetes.

Övervikt och fetma är starka riskfaktorer för att utveckla GDM.

Screening och diagnoskriterier för GDM, oftast baserade på resultatet av glukosbelastning, har varierat under åren både inom Sverige och internationellt. Socialstyrelsen publicerade 2015 en rekommendation om gränsvärden (i enlighet med WHO) vid vilka behandlingsinsatser är motiverade. I rekommendationen gäller följande p-glukosvärden för diagnos GDM (venös provtagning):

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

I Sydöstra Sjukvårdsregionen har dessa rekommendationer implementerats helt eller delvis, vilket avspeglar sig i en kraftigt förhöjd andel gravida med diagnos GDM.

RKL: Kalmar och Västervik startade redan under hösten 2018 med 2-h värde 8,5 -men har fortfarande kvar tidigare gräns för fastevärde 7,0.

RJL: Eksjö och Värnamo startade i maj 2019 och Jönköping i september 2019 fullt ut med de nya rekommenderade gränsvärdena enligt ovan. Numera får 15% av de gravida diagnosen GDM. Man kan vidare notera att uppdelat på nationalitet får hela 24% av de icke svenskfödda kvinnorna diagnosen, medan andelen hos svenskfödda är 11%.

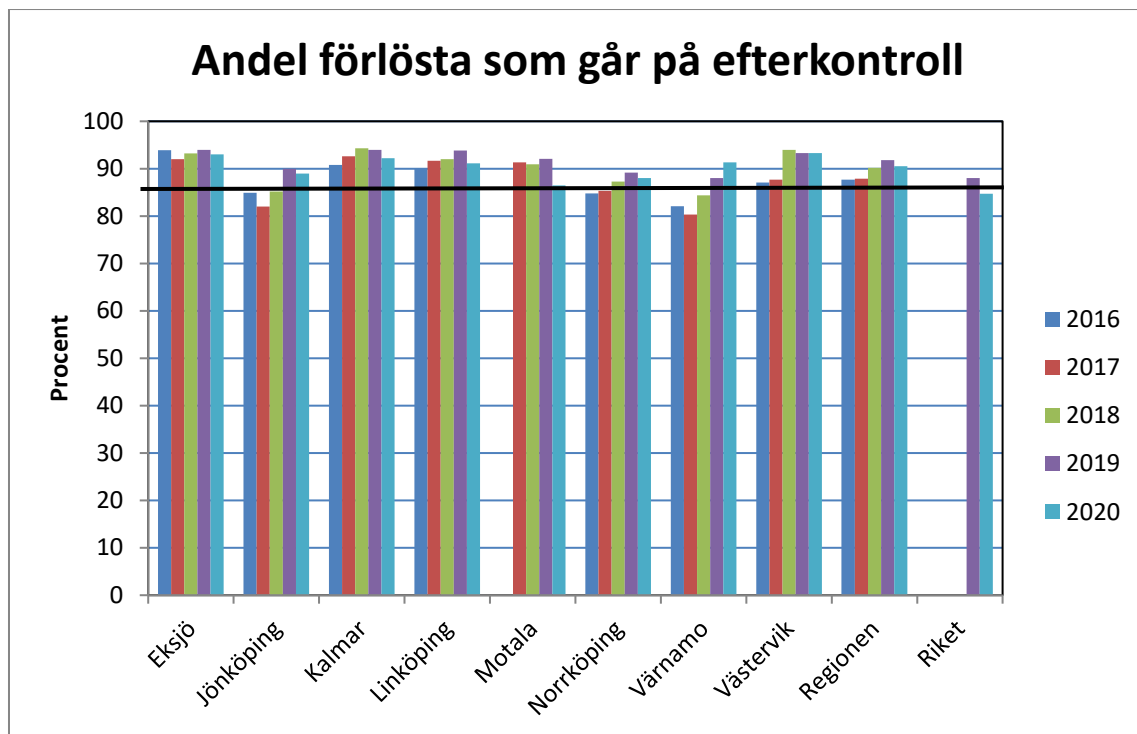
RÖ: Linköping och Motala övergick i oktober 2019 till fastevärde 5,3 och 2-h värde 9,4(kapillär provtagning) och Norrköping i december 2019. Under Corona-pandemin har man emellertid sedan april 2020 valt att gå tillbaka till de gränsvärden som tidigare användes i denna region; fastevärde 7,0 och 2-h värde 10,0 (kapillär provtagning).

De förändrade gränsvärdena har, särskilt i RJL där de nya rekommendationerna införts fullt ut, krävt väsentligt ökade insatser från såväl mödrahälsovård som specialistmödravård, emellertid ej med motsvarande resurstillskott. Mycket tid går åt till denna stora patientgrupp för information (inte sällan via tolk eftersom andelen icke svenskfödda är överrepresenterade), 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 från 2018-19 CDC4G ”Changing Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes in Sweden” (www.cdc4g.se) där kliniker från elva av Sveriges regioner deltog. Då resultatet av denna studie står klart (preliminärt i slutet av 2021) kan sannolikt nationella riktlinjer vara att vänta, medförande en mer jämlik vård i vårt land.

Förbättringsförslag; Likrikta i regionen vilka kvinnor vi screenar. Möjlighet att delta i studie för framtagning av App som hjälp i handläggningen av dessa kvinnor.



Målvärde $\geq 85\%$

Källa: Graviditetsregistret automatiskt.

Efterkontroll erbjuds idag till alla förlösta kvinnor, enligt basprogram. I regionen kom 91% av kvinnorna på efterkontroll (86,5-93%), vilket innebär att vi uppfyller målvärdet och ligger något över riksgenomsnittet.

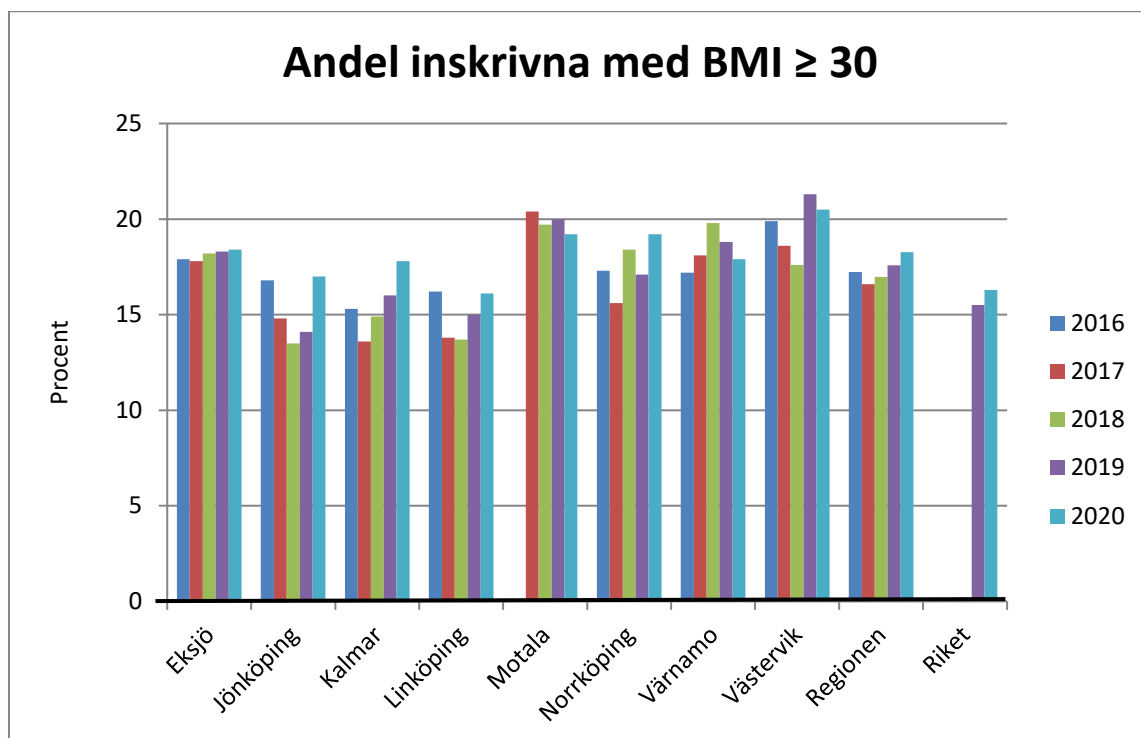
Detta besök är en uppföljning av patientens situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. En genomgång av förlossningen och erbjudande om medicinsk undersökning ingår liksom diskussion kring preventivmedel och livsstilsfaktorer.



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.

Förbättringsförslag; Vi bör fortsatt jobba för att alla kvinnor ska komma på efterkontroll, även om formen i vissa fall inte behöver vara ett fysiskt besök.

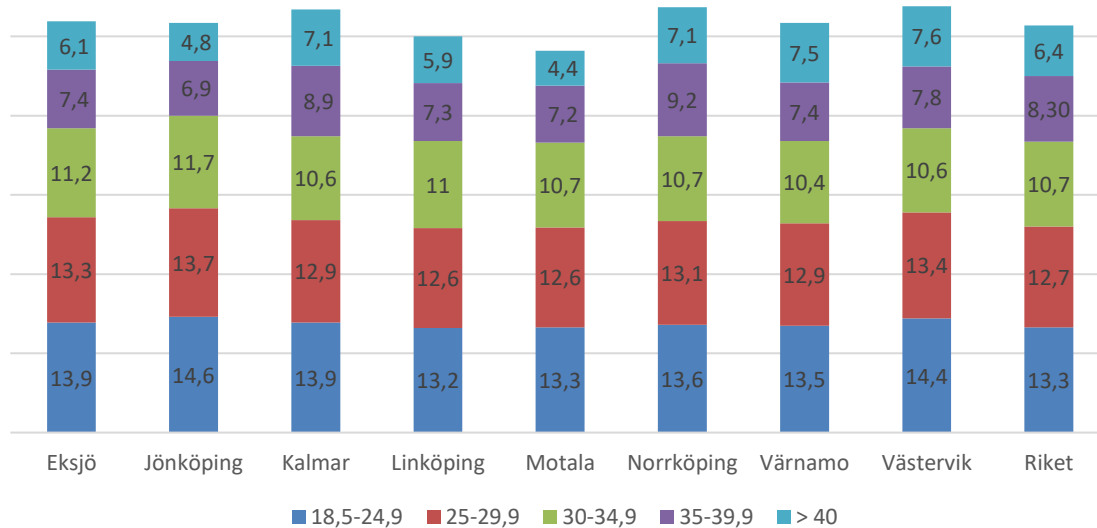


Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



Medelviktuppgång i BMI klasser 2020



Målvärde:

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

Övervikt: BMI 25-29,9: 6,8-11,4 kg

Fetma grad I: BMI 30-34,9: 5,0-9,1 kg

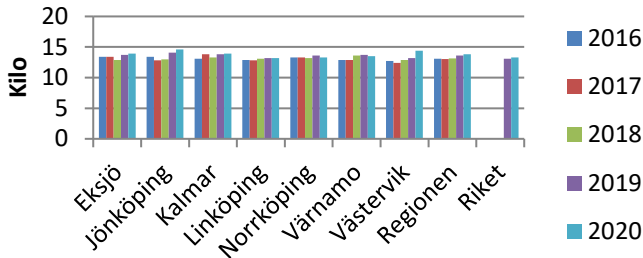
Fetma grad II: BMI 35-39,9: 5,0-9,1 kg

Fetma grad III: BMI > 40kg: 5,0-9,1 kg

(ref: IOM, institute of medicine).

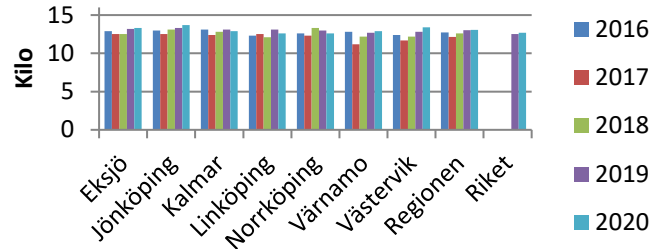


Medelviktuppgång BMI 18,5-24,9



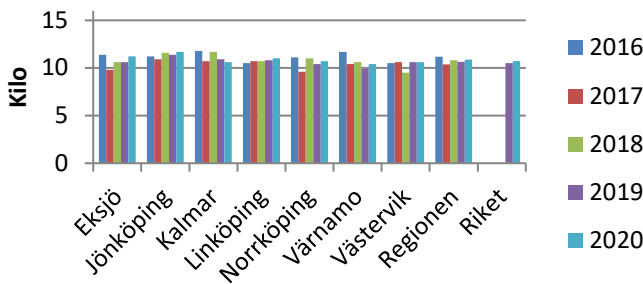
Medelvärde 11,5-16 kg

Medelviktuppgång BMI 25-29,9



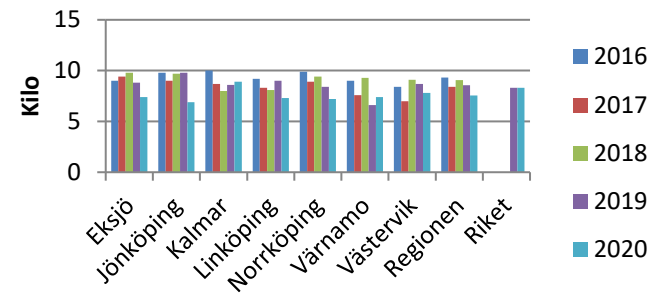
Medelvärde 6,8-11,4 kg

Medelviktuppgång BMI 30-34,9



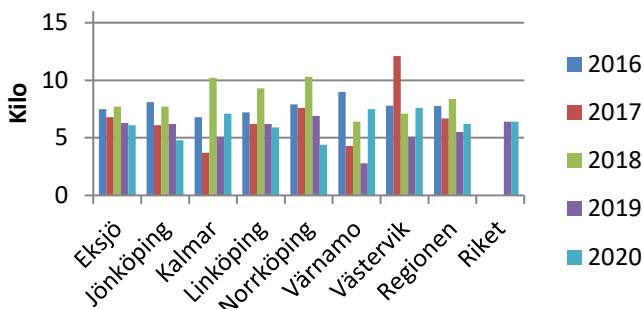
Medelvärde 5,0-9,1 kg

Medelviktuppgång BMI 35-39,9



Medelvärde 5,0-9,1 kg

Medelviktuppgång BMI >40



Medelvärde 5,0-9,1kg

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 denna är avgörande för risker i samband med graviditet och förlossning.

2020 hade 18,3% fetma vid inskrivningen jämfört med 15,5% av de gravida i hela riket. Andelen med fetma fortsätter att öka jämfört med tidigare år vilket är mycket oroande.

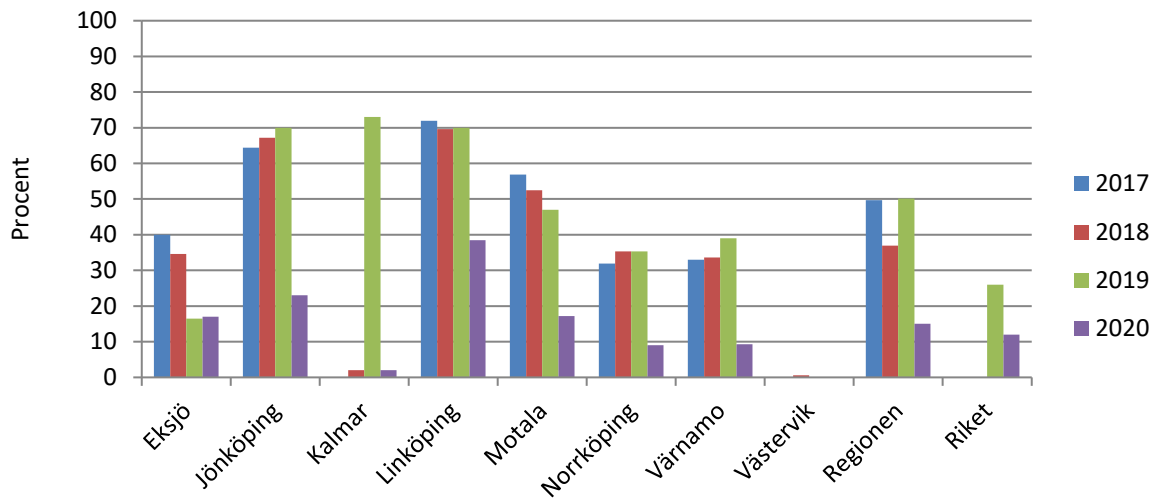
Inom gruppen med normal vikt och gruppen med fetma grad III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I gruppen med övervikt och fetma grad I överstiger medelviktuppgången den rekommenderade i hela regionen, medans i gruppen med fetma grad II ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå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

I folkhälsoupdraget 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.

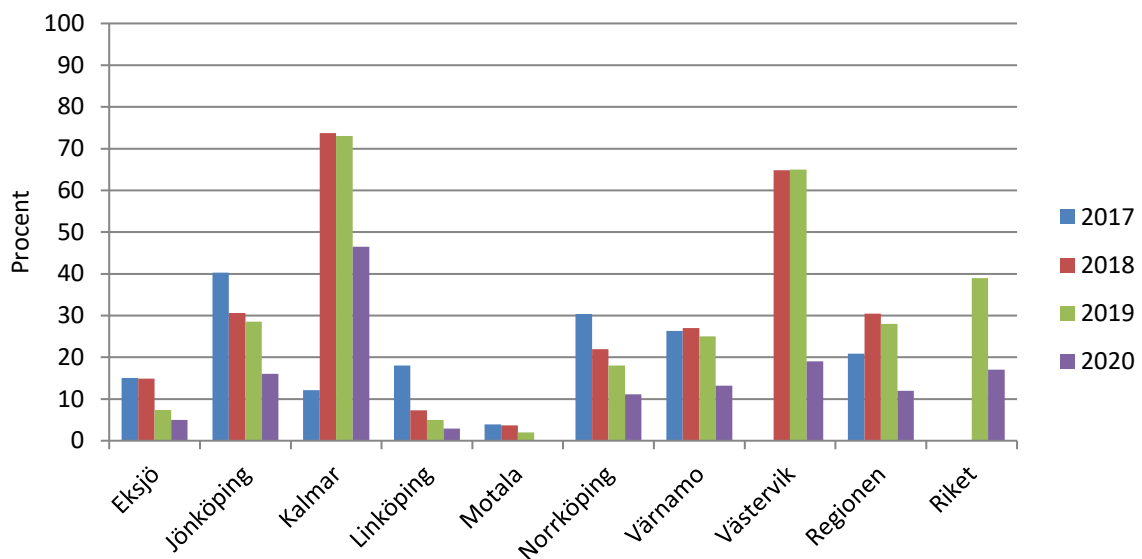
Förbättringsförslag; Ökat stöd inom mödrahälsovården från andra professioner önskvärt. Inom region Kalmar har man tillgång till Hälsocoacher för de gravida för hälsosammare levnadsvanor. Vi ser över möjligheten till att använda digitala verktyg.



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.

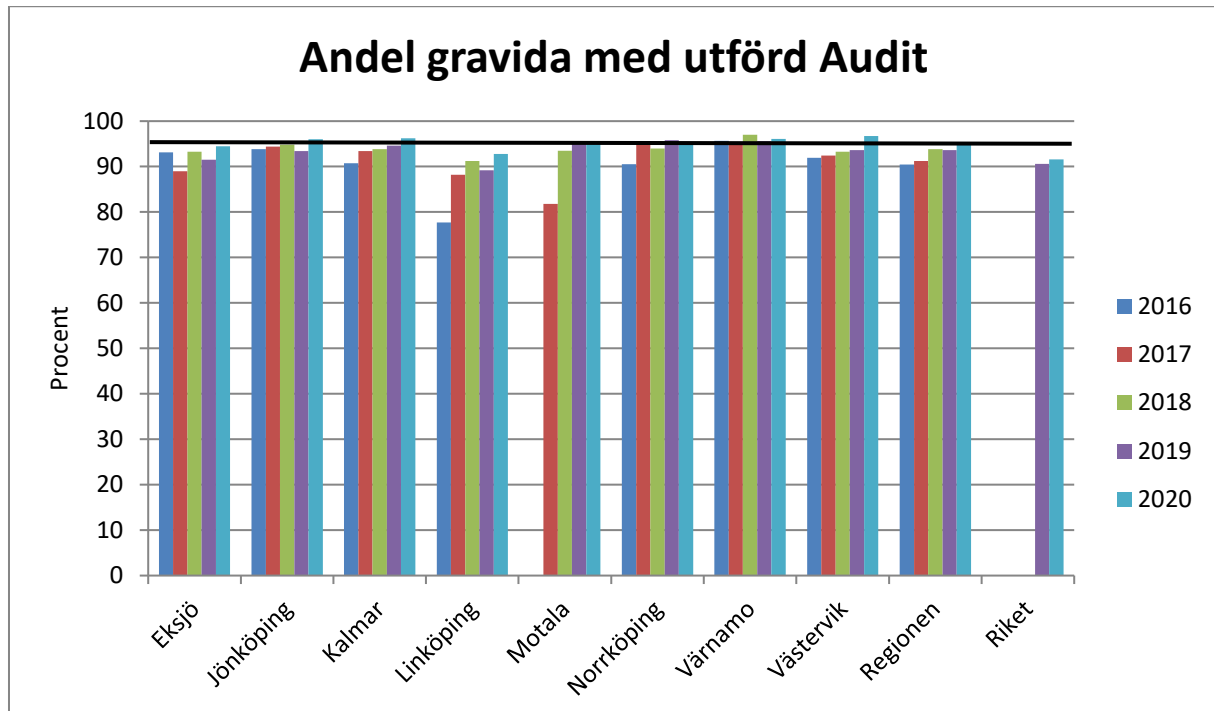
Föräldrastöd kan ske genom fortlöpande enskilda möten med föräldrar, föräldragrupper (generella och riktade), samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. De tre arbetssätten kompletterar varandra och är delvis överlappande, vilket behövs för att alla ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd 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

År 2020 ser vi en kraftig nedgång i deltagande i både temagrupp och i mindre grupp hos samtliga upptagningsområden. Detta tolkar vi som en effekt av pandemin där föräldrastödet inte har kunnat genomföras som tidigare. Patienterna har varit hänvisade till information på webben via skriftlig information och förinspelade filmer. Digitalt stöd kan vara av värde för vissa grupper, men passar sannolikt inte alla. Möjligheterna för kvinnohälsovården att i pandemin utöka möjligheterna till digitala träffar har inte varit möjlig pga hinder i organisation som svårigheter att få tillgång till IT-stöd.

Graviditetsenkäten som skickas till alla förlösta kvinnor introducerats under 2020. I enkäten finns frågor om föräldrautbildning. Svaren kommer kunna ge oss vägledning hur vi i framtiden bör utforma föräldrautbildningen på bästa sätt.

Förbättringsförslag; Vi tänker oss att befolkningen och organisationen har blivit mer vana vid digitala möten och att Kvinnohälsovården de närmaste åren skall kunna erbjuda digital föräldrautbildning för de som önskar.

**Andel som screenats för Audit**

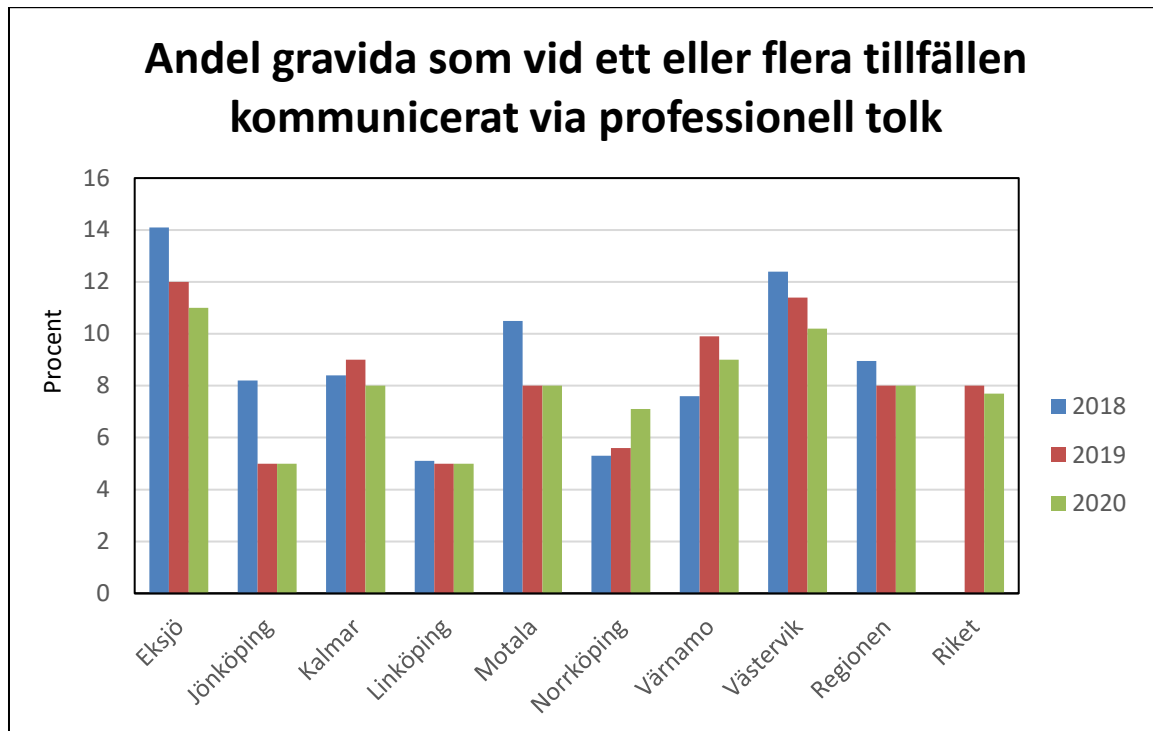
Målvärde >95%

Källa: Graviditetsregistret

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

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 2020 har förbättrats ytterligare i SÖ regionen och ligger nu över 90 %, dvs mellan 92,8 och 96,7 % jämfört med lägre värde, 90,6% för riket. Målet är att 95 % har screenats med AUDIT. Under hösten 2019 genomfördes en utbildningssatsning gällande graviditet och alkohol och detta har eventuellt nu bidragit till bättre resultat i SÖ regionen.

Förbättringsförslag; Vi fortsätter att bevaka AUDIT och målet är även i fortsättningen att alla screenas med AUDIT. AUDIT på andra språk finns tillgängligt och bör användas för att så många gravida som möjligt screenas angående alkoholvanor.



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 otillräcklig kunskap om svenska samhällsfunktioner. Andel besök med tolk har på så sätt stor betydelse för varje mödrahälsovårdsmottagnings vårdtyngd.

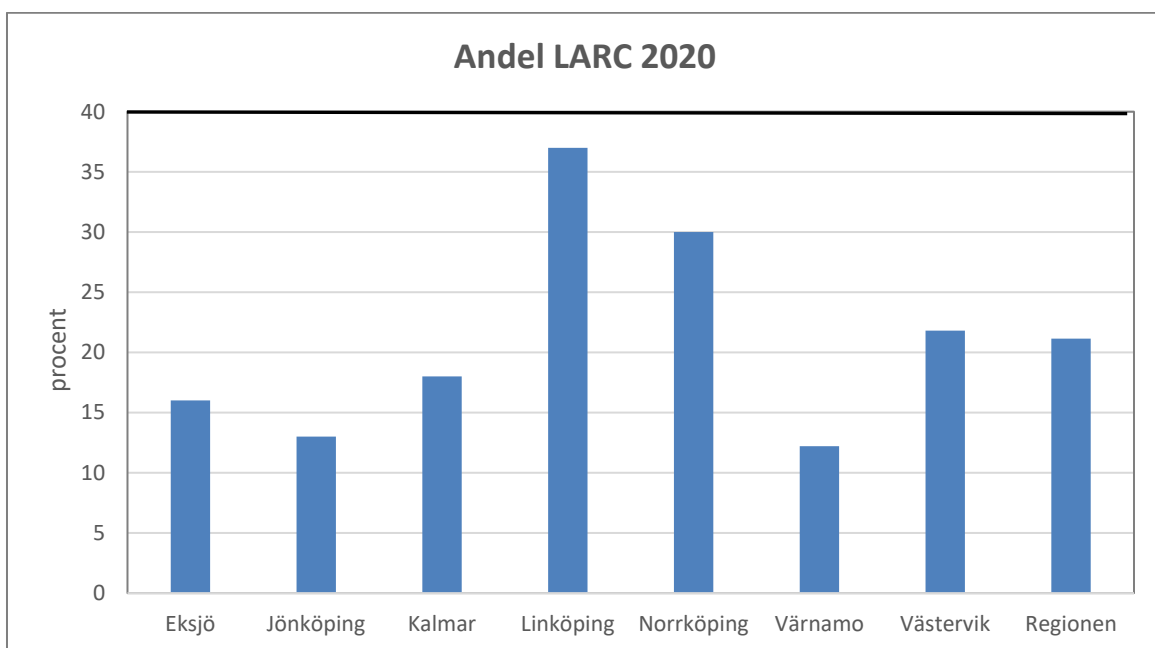
En viktig fråga är hur stor andel av vårdtagare i behov av tolksamtal som i praktiken får detta. Utifrån föreliggande data kan man inte svara på den frågan. Det är relativt vanligt att personal som talar annat språk än svenska tilldelas patienter som har aktuellt språk som modersmål. Inte heller den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



I vår region varierade andel tolkesök på de enskilda mottagningarna mellan 0% och 37%. Medeltalet för regionen är 8%, samma som för riket.

Andel tolksamtal speglar invandrartätheten i befolkningen men kan också bero på personalens inställning till tolksamtal och hur frikostigt man beställer sådana. Det är av största vikt att behov av tolk framgår i MHV-journalen (MHV 1) och att konsultation/samtal med tolk dokumenteras som sådant. I de fall språkförbistring har förelegat så ska även detta vara dokumenterat.

Förbättringsförslag: Hålla koll på i vilken utsträckning rekommendationen om tolk efterlevs. På något sätt registrera fall av oacceptabel språkförbistring. "Rutinkollen" (regelbundet återkommande granskning av slumpvis utvalda journaler) kan vara till hjälp i detta arbete.

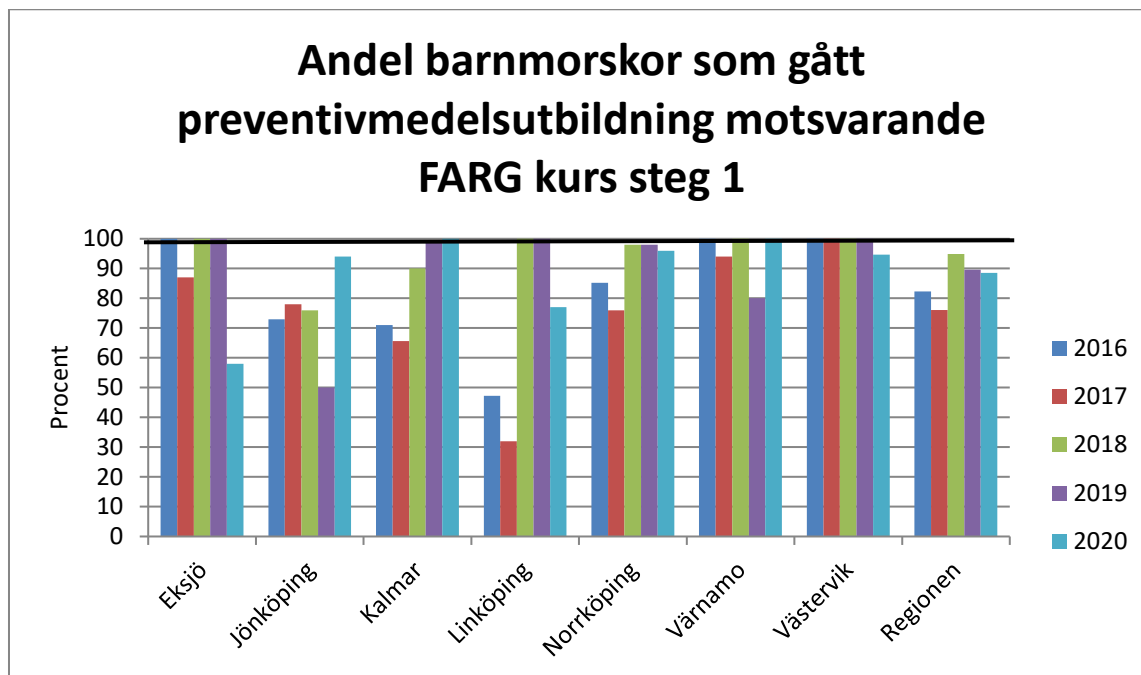


Målvärde 40% (FARG)

I årets rapport redovisar vi andelen LARC-föreskrivning (*Long Acting Reversible Contraceptives*). En hög andel LARC är ett mål från SFOG-FARG för att förhindra oönskade graviditeter. Då uttag av data skiljer sig från varje område är det svårt att jämföra oss med varandra. Östergötland, Jönköping och Kalmar har i vardera region tagit ut data på samma sätt. Eftersom datauttag skiljer sig mellan regionerna kommer det fram för allt vara intressant är att följa förändring från år till år.



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.

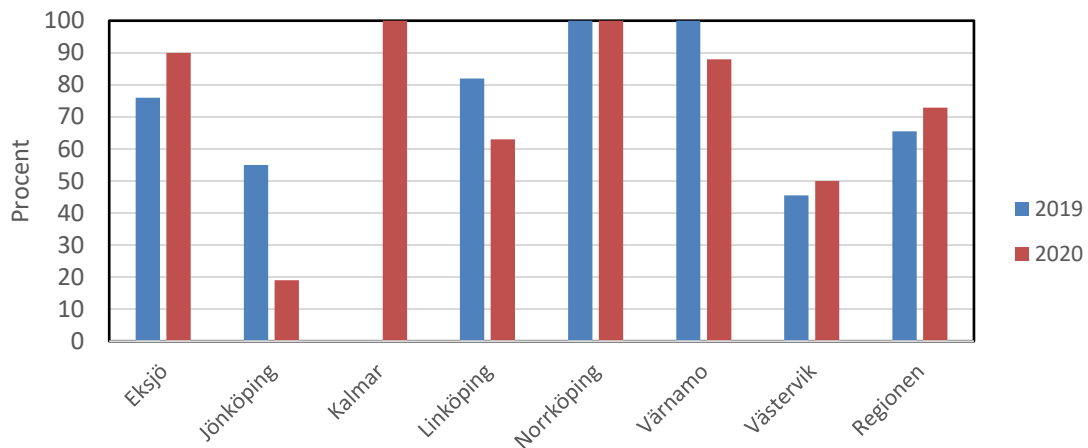
2020 hade 89 % (59-100%) av barnmorskorna i regionen aktuell FARG steg I. Andelen är något lägre än de två föregående åren då 90-95 % hade motsvarande utbildningsgrad. I de flesta fall beror detta på nyanställningar. Flera i regionen har haft egna utbildningstillfällen och vi fortsätter bjuda in över 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. Målet är att genomföra denna utbildning 1 gång/år. År 2020 hade 67 % (46-100%) av barnmorskorna i regionen gjort detta test. Där FARG utbildning genomförts har det gjorts till förmån för prevtestet och kan därför ange en lägre andel genomförda utbildningar. Andelen läkare som har genomfört testet är generellt mycket lågt 0-100%.

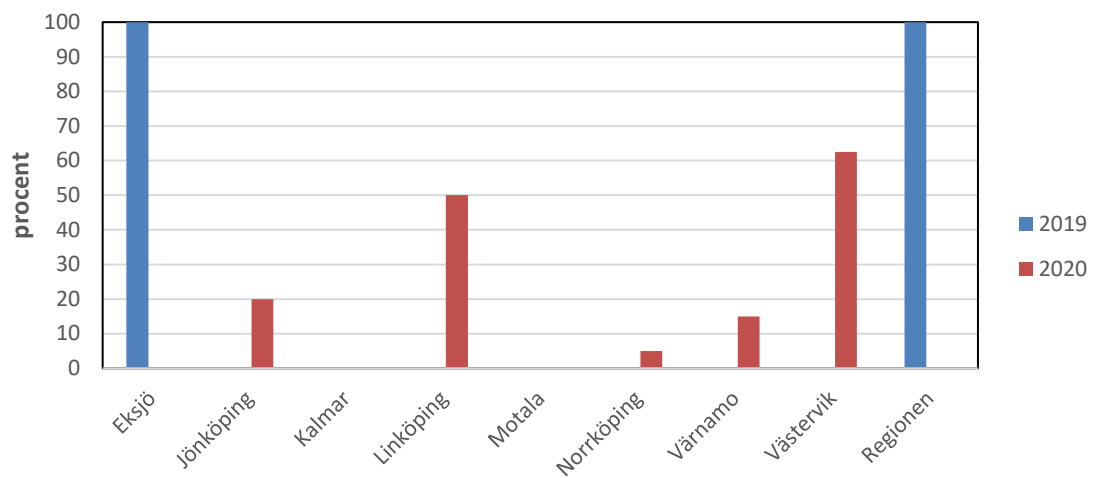
Förbättringsförslag; Gruppen anser att det skall vara lika självklart att genomföra prev-testet årligen som att genomgå en CTG utbildning. Ledning/chef för verksamheten kan genom att avsätta tid göra det möjligt för medarbetarna att genomföra testet.

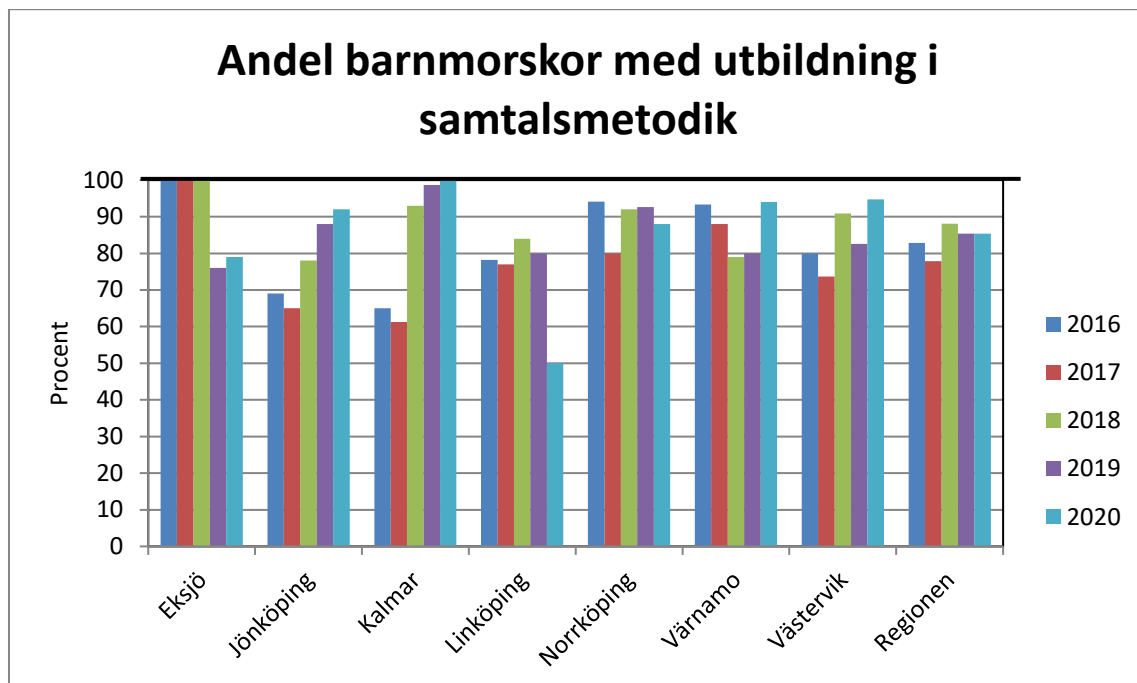


Andel webbaserad preventivmedelsutbildning barnmorskor



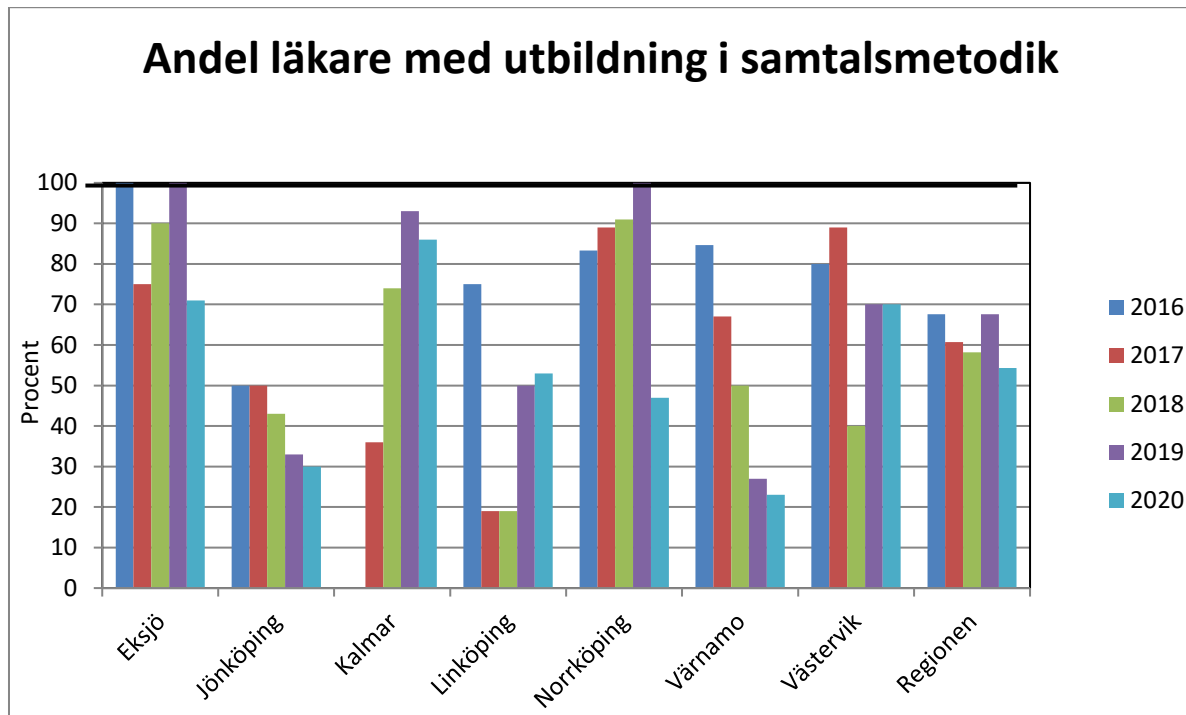
Andel webbaserad preventivmedelsutbildning läkare





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.

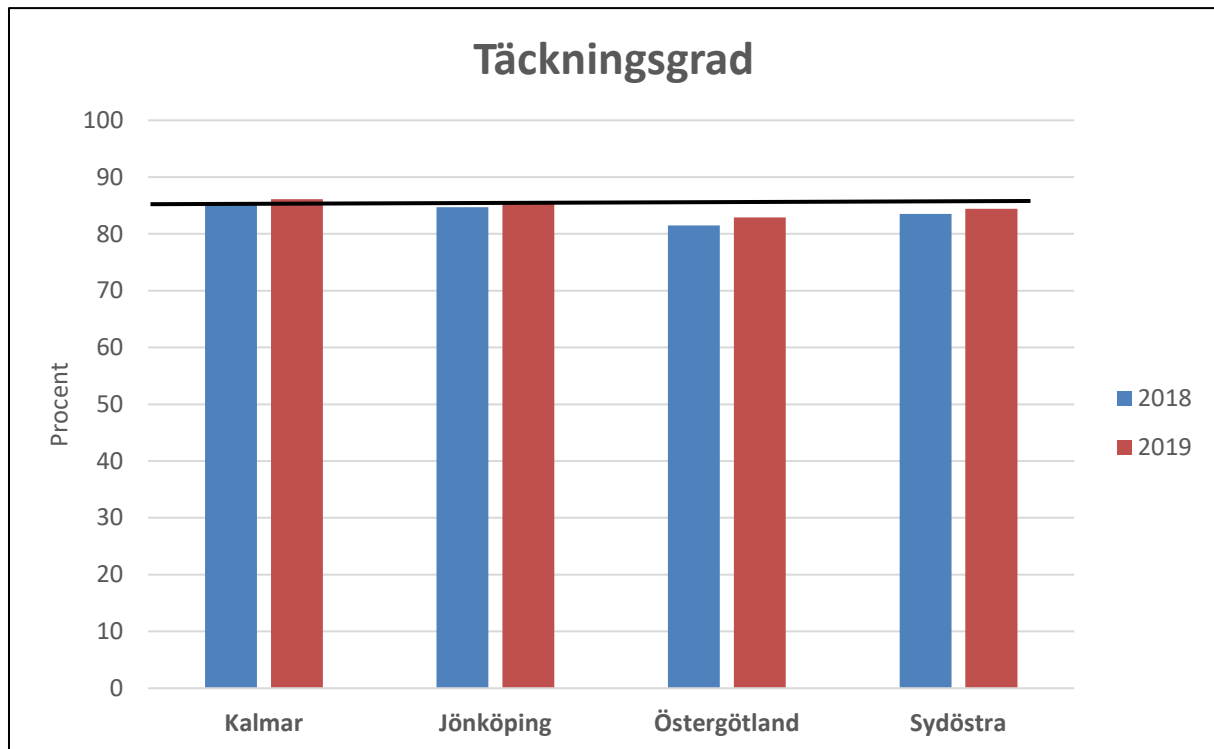
I regionen har 80 % (48-100 %) av barnmorskorna och 62 % (27-100 %) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en minskning i barnmorskegruppen men en ökning i läkargruppen jämfört med föregående år.

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.

Förbättringsförslag; Vi fortsätter att verka för att barnmorskor och läkare ska genomgå grundutbildning eller upprepade utbildning (minst en halv dag) i samtalsmetodik var femte år.



Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa Cytburken statistik

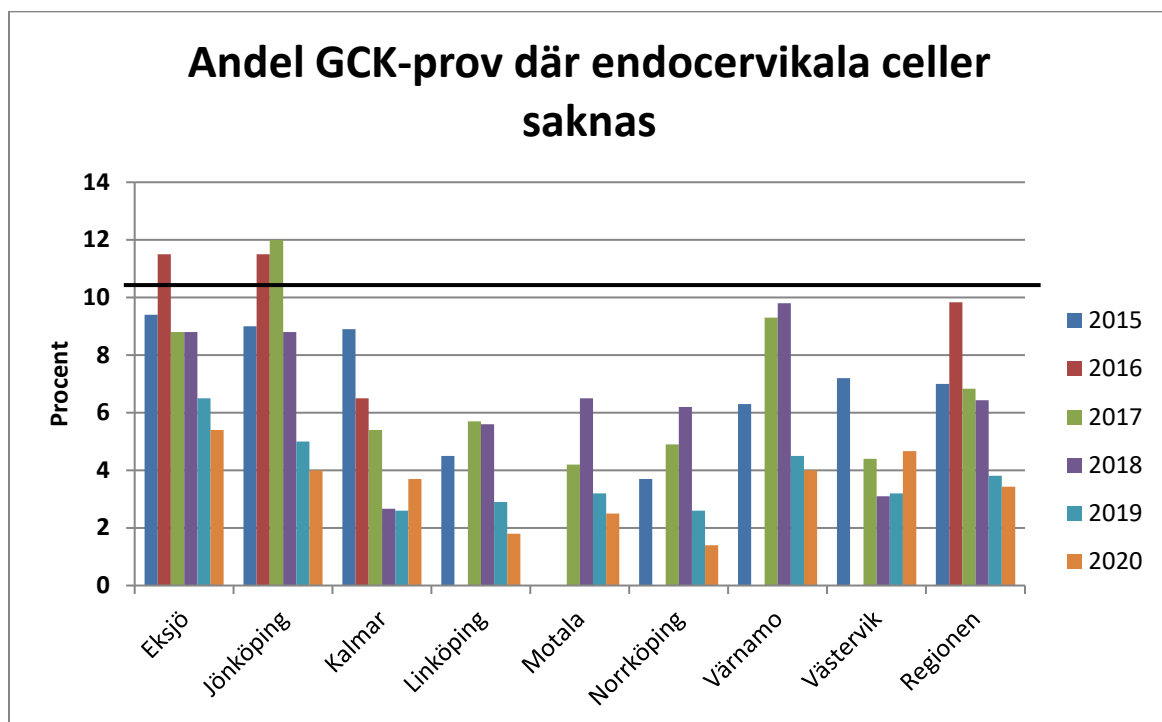
Screening med gynekologisk cellprovtagning (GCK) pågår sedan ca 50 år tillbaka. Att delta regelbundet i screeningprogrammet skyddar upp till 95% mot cervixcancer och deltagande efter kallelse är viktigt. Täckningsgraden avspeglar deltagandet och effektiviteten i gynekologisk cellprovskontroll men ändras långsamt eftersom flera års data inkluderas.

Primär analys av HPV i vissa åldersgrupper är införd i hela SÖ regionen. Täckningsgraden inkluderar 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.

Pga Covid-19 pandemin har GCK verksamheten in Östergötland inte kunnat fortlöpa som önskat då laboratorieverksamheten varit tvungna att prioritera andra verksamheter.

Förbättringsförslag: Att uppmärksamma de församlingar/kommuner med låg täckningsgrad och analysera orsakerna till detsamma. Att erbjuda självprovtagning till de som uteblir eller ej hinner kallas. För att säkerställa att alla med kvinnligt personnummer erbjuds provtagning om det är brist på mottagningar till vårdpersonaltaget prov finns nu möjligheten till att införa

självprovtagning till hela screeningpopulationen. Östergötland planerar att gå över till självprovtagning under 2021.



Målvärde < 10%

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 inom screeningverksamheten.

Andel cellprov med avsaknad av endocervikala celler varierar i regionen mellan 1,4% och 5,4%. Genomsnitt i regionen 3,3% vilket är förbättring jfr med tidigare.

Förbättringsförslag: Årligt genomförande av RCCs webbutbildning för all personal som tar GCK prov.