

## Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2021

### 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 rapportera in data på förlösta 2021.

Datauttaget gjordes i slutet på april 2021. Det kan vara så att ett antal graviditeter ej var slutrapporterade vid tiden för datauttaget.

År 2021 skrevs det in 12 419 gravida inom SÖ enligt Obstetrix liggaren.

Antal inskrivna på kvinnohälsovården 2021:

Värnamo: 1016

Jönköping: 2146

Västervik: 935

Norrköping 2103

Linköping 3098

Eksjö 1425

Kalmar 1696



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Gruppen består av:

Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

Eva Lis Råsberg Eksjö

Ulrika Laurelii Jönköping

Maria Eriksson Kalmar

Sofia Nevander Linköping

Birgitta Zdolsek Norrköping

Katarina Blomstrand Värnamo

Maria Engman Västervik

Samordningsbarnmorskor i regionen:

Anneli Karlén Jönköping

Lina Johannesson Jönköping

Jessica Karlsson Eksjö

Monica Hellström Värnamo

Ulla Tränk Kalmar

Eva Wester Västervik

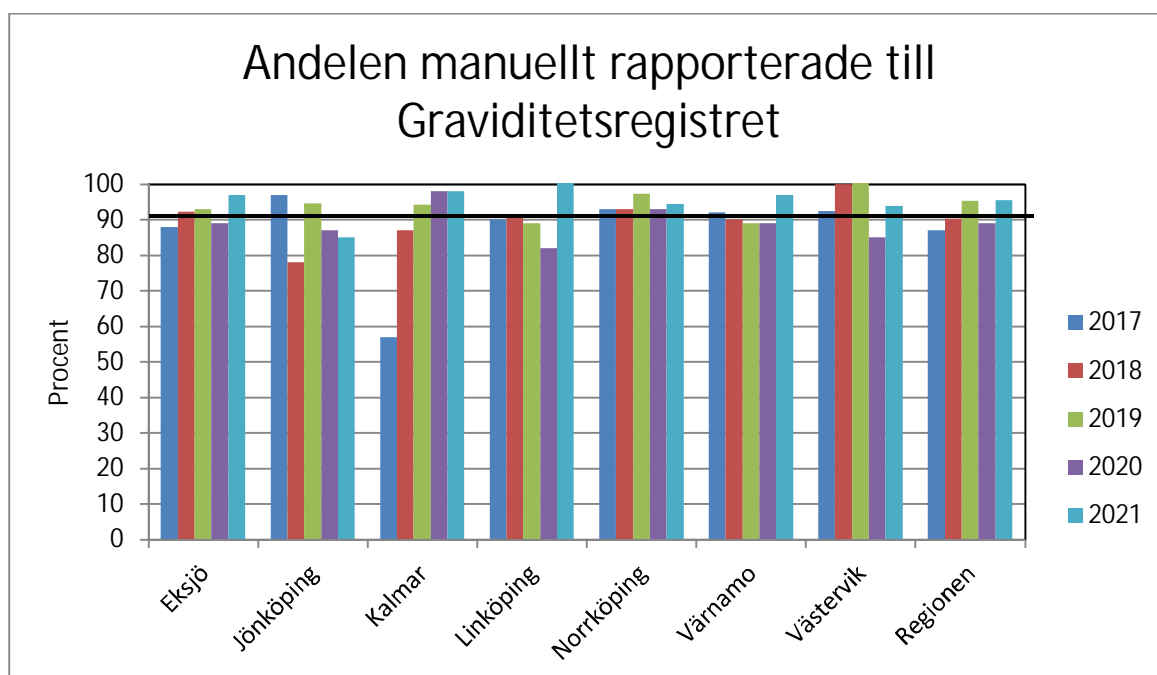
Maria Åkerblom Norrköping

Verksamhetschefsrepresentant Catarina Notelid-Claus

IT-samordnare Meg Wigmo

2022-06-08

## Hälsovård i samband med graviditet



Målvärde >90%

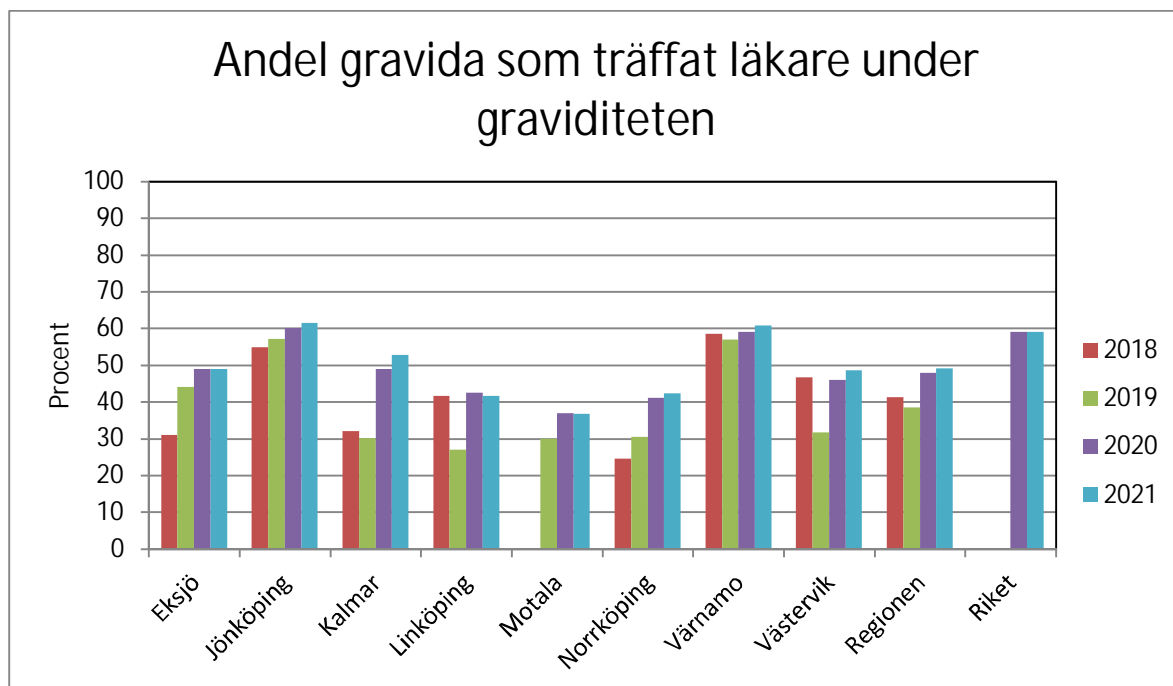
Källa: Graviditetsregistret

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 bara om inskrivningsanteckning, uppföljningsanteckning finns och kvinnan är förlöst i samma region. 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.

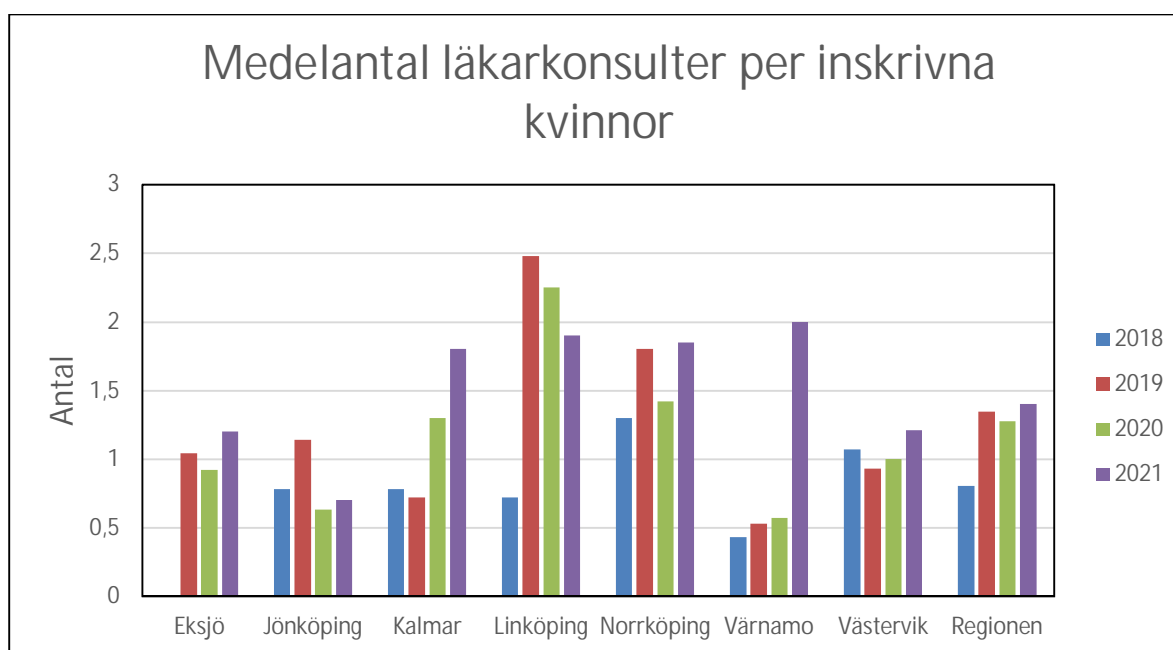
Ledningsansvariga inom mödrahälsovård arbetar med att identifiera felkällor samt stimulera barnmorskor i verksamheten att registrera korrekt i Obstetrix samt i registret.

År 2021 är andelen manuellt registrerade glädjande högre i regionen jämfört med 2020. Som exempel har Linköping infört ett systematiskt arbete där vårdadministratörer i stället för barnmorskor som fyller i registret.

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



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad



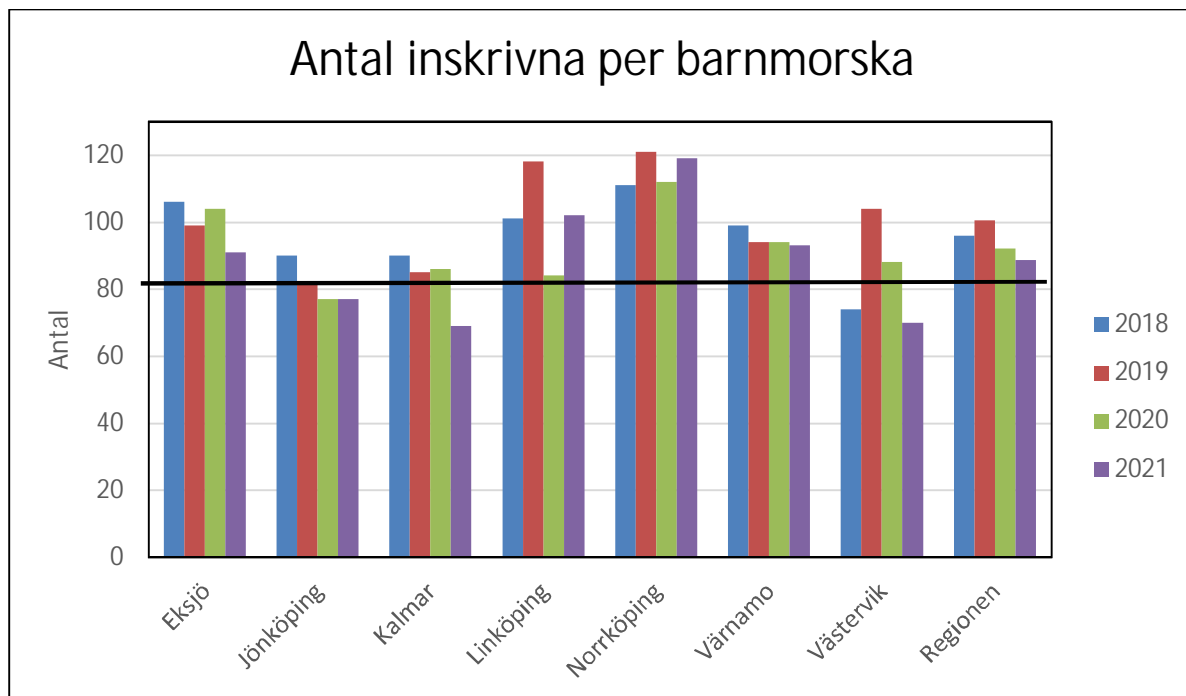
Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

Vad som avses med parametern är att se hur stor andel av de gravida som har träffat en läkare en eller flera gånger 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 kan också spegla tillgången till läkartider, det kan vara så att vid dålig tillgång på läkartider styrs besök över till konsult, även om det borde varit ett besök.

Från 2019 inkluderas även medelantal läkarkonsulter per inskriven kvinna, för att få en helhetsbild. Vi har sett att antalet läkarbesök ökat i hela regionen, vilket sannolikt speglar att vi har fler riskgraviditeter. Att siffran på vissa orter i år gått ner speglar troligen minskad läkartillgång, reell eller p.g.a. pandemin vet vi ej.

**Förbättringsförslag:** För att för tydliga vårdtygden ska fr.o.m. nästa år konsulter till förlossningen registreras.



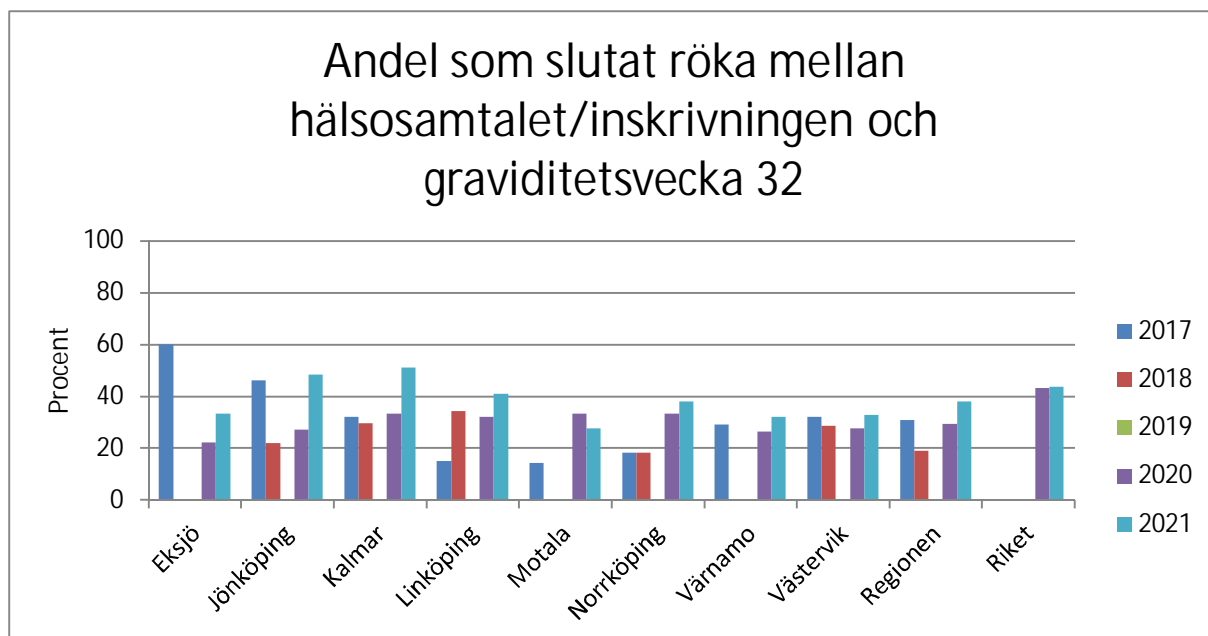
Målvärde: 80 inskrivna per heltidstjänst barnmorska (enligt rekommendation i ARG-rapport nr 59 "Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa")

Källa: Obstetrix MVC-liggare

Antalet inskrivna gravida per barnmorsketjänst varierar inom regionen; som lägst 69 i Kalmar och som högst 119 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 och samverkan i familjecentral. Mödrahälsovårdens organisation i regionen ser olika ut även 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.

**Förbättringsförslag:** Inför nästa rapport försök till förtydligande av barnmorskans uppgifter i respektive område för att på ett mer rättvisande sätt kunna jämföra arbetsbelastningen.



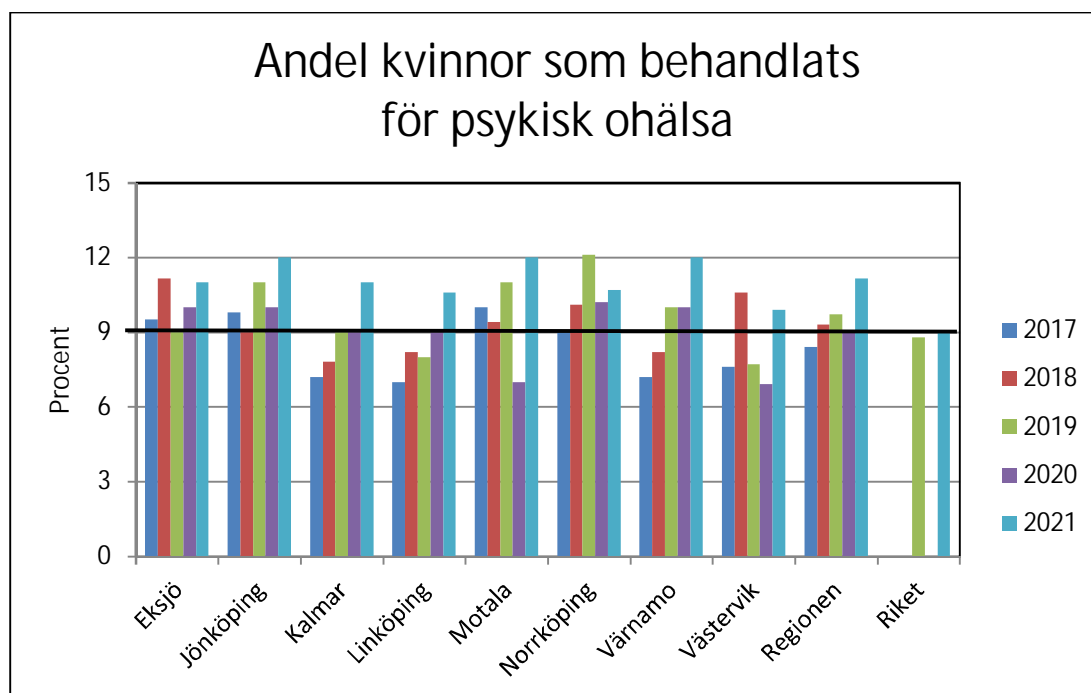
Tobaksbruk under graviditet ökar bland annat risken för prematurförlossning, tillväxthämning hos fostret, moderkaksavlossning, perinatal dödlighet och plötslig spädbarnsdöd. Den individuella riskökningen är i regel måttlig men den relativt höga frekvensen av rökare gör att antalet skadefall blir betydande. Det är inte helt klarlagt vilka faktorer i tobaksröken, som ger fosterskador (koloxid, nikotin eller någon av de andra många komponenter i tobaksrök). Även passiv rökning är ogynnsam för modern och det väntade barnet.

Målet är en tobaksfri graviditet. Tobaksavvänjning på olika språk kan erbjudas. Delar av regionen använder frågeformuläret "SICET II Frågor om tobak i hemmiljö den senaste månaden" och det lämnas ut till gravida med tobaksbruk i tidig graviditet. Enkäten syftar till att öka motivationen att sluta använda tobak. Barnmorskan går igenom svaren tillsammans med patienten. Region Kalmar har hälsocoacher, Region Jönköping remitterar till professionella tobaksavvänjare som jobbar med denna patientgrupp. Motiverande samtalsmetodik och patientcentrerat förhållningssätt används för att motivera till tobaksfrihet. Barnmorskan arbetar efter kunskapsunderlaget "[Hållbar livsstil](#)" – en handledning för barnmorskor om samtal om levnadsvanor. Informationen om risker för barnet med passiv rökning, "ENKLA RÅD" via Socialstyrelsen, är anpassat till gravida kvinnor efter en modell enligt [Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#). Tobaksavvänjning finns också via interaktiva tjänsten på 1177, "Rökfri" alternativt via [www.slutarokalinjen.se](http://www.slutarokalinjen.se). Detta erbjudande bör upprepas vid varje barnmorskebesök om kvinnan fortsätter att använda tobak. I Östergötland erbjuder Tobakshjälpen via Folktandvården, tobaksavvänjare som kontakter kvinnan två veckor efter avsänt sms till dem.

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 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 rapporten för 2020 och nu 2021 har vi dock valt att rapportera statistik, då det är ett viktigt folkhälsoarbete utifrån risker med tobaksbruk för den gravida kvinnan och hennes barn. Det är fortsatt svårt att dra några slutsatser ifall pandemin med bl.a. distansarbete påverkat gravida kvinnors tobaksbruk under sista två åren.

**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 sista två åren, p.g.a. pandemin men förhoppningsvis kan utbildningen återupptas fullt ut inom snar framtid.



Målvärde: > Rikets %

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.



Socialstyrelsen uppmanar mödrahälsovården 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.

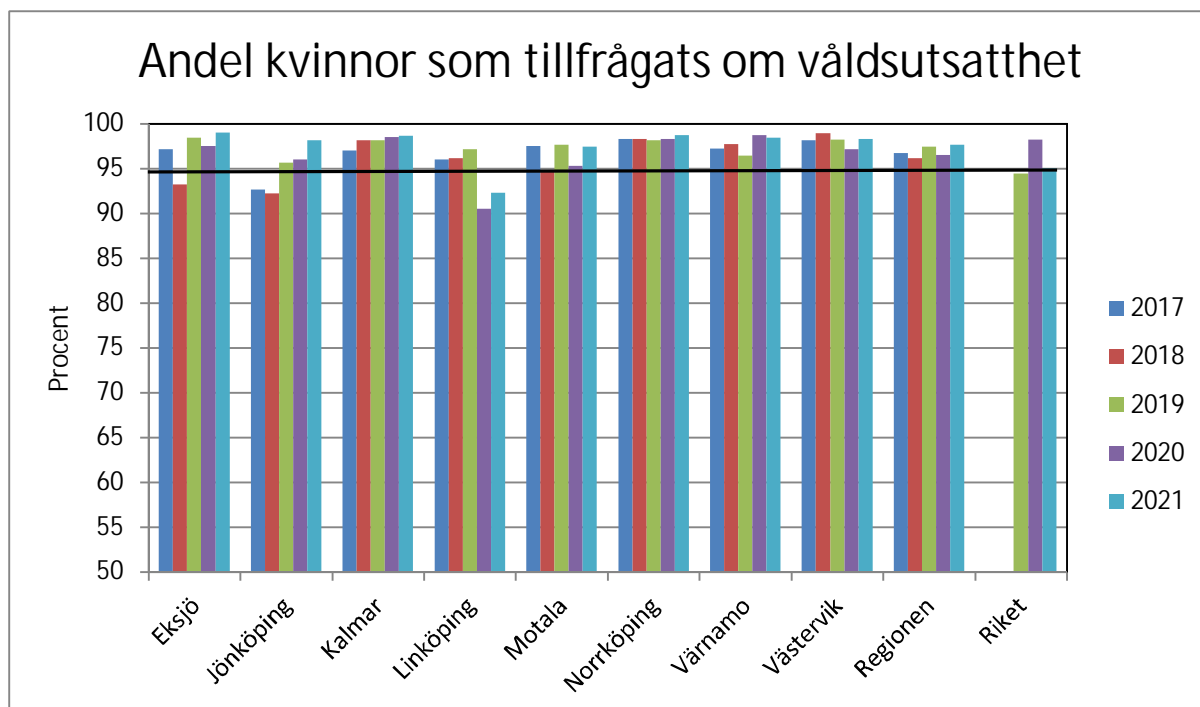
Screening av depressionssymptom sker vid inskrivningen i Östergötland med en depressionsskala (EPDS) och i region Kalmar och Jönköping använder man EPDS vid behov.

Östra Östergötland har ett special team med olika aktörer från t.ex. psykiatri som planerar riskgraviditeter för psykisk ohälsa. I Centrala och Västra Östergötland genomförs planeringsronder med involverade aktörer t.ex. socialförvaltningen tillsammans med den gravid och ev. partner. I region Kalmar och Jönköping sker samverkan på familjecentraler.

Ca 11 % av de gravida får behandling under sin graviditet för psykisk ohälsa. Man ser en tendens i att staplarna är högre överlag i regionen för 2021 jämfört med 2020. Pandemieffekt? Den siffran har tidigare 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.

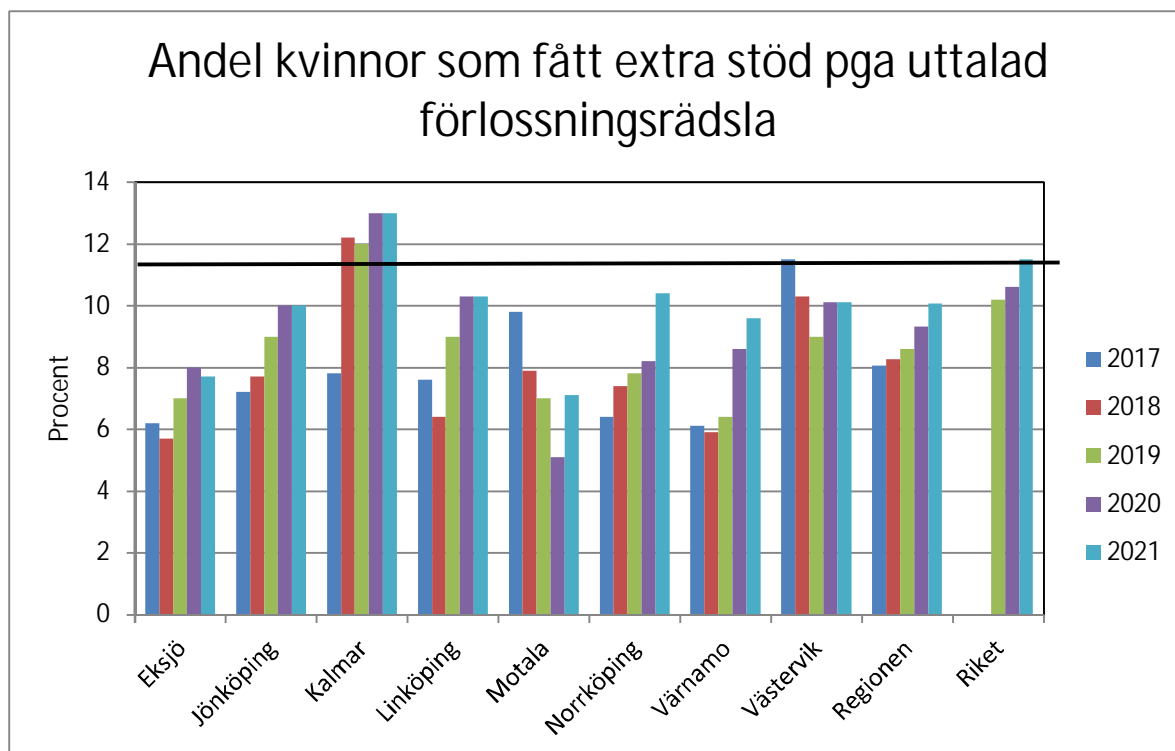
Enligt basprogrammet ska den gravida kvinnan tillfrågats om våldsutsatthet två gånger under graviditeten d.v.s. i tidig graviditet vid första samtal/inskrivningen, men också i ca

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 92,3 och 99% av de gravida kvinnorna (medelvärde 97,0% tillfrågats om våldsutsatthet. Jämförande siffra för riket ligger på 95,9%. Trenden sedan 2014 av andel tillfrågade kvinnor har legat stabilt högt i Sydöstra regionen jämfört med riket där man sett en successiv ökning. 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. Det bör skapas rutiner för hur barnmorskan kan tillfråga alla oavsett tid för inskrivning”

Vid behov ska möjlighet till utbildningssatsning i ämnet ges för att öka kompetens och kunskap om våld.



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.

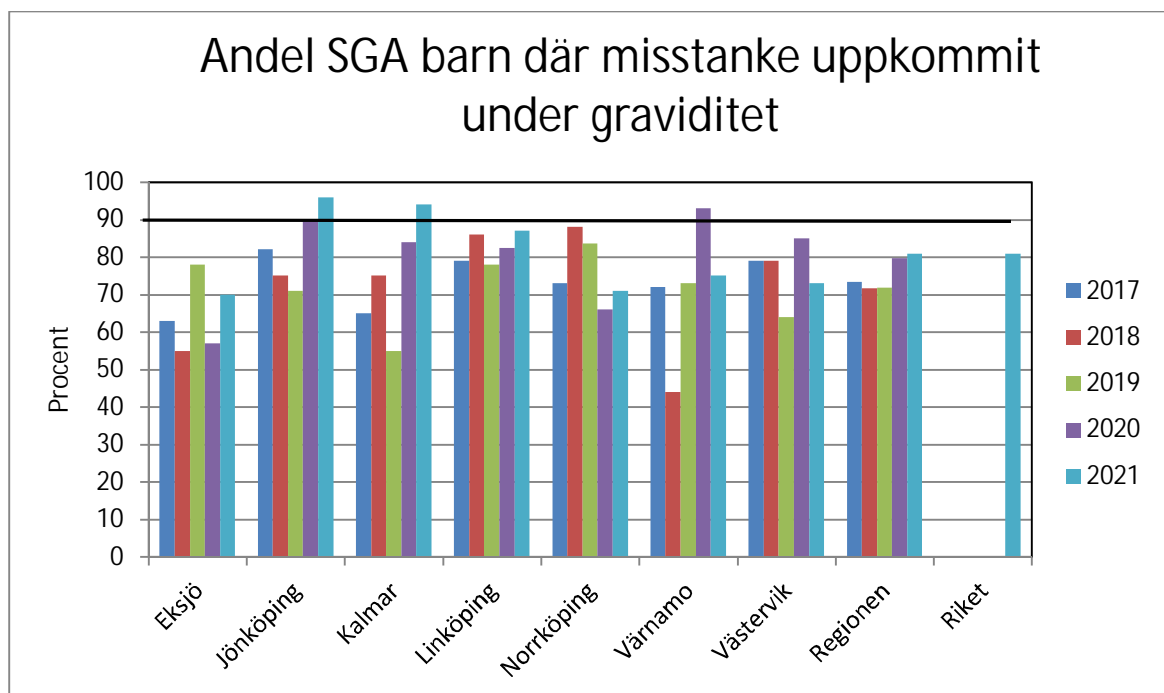
Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på Mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2021 fick 10 % (7,1–13,0 %) av gravida kvinnor i regionen, jämfört med 11,5 % 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, på riksnivå ligger förlossningsrädslan hos förstfödernor på 9,8 % jämfört med 12,7 % för 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. Socialstyrelsen föreslår i sin remissversion av rapporten ”Graviditet, förlossning och tiden efter” en generell screening för förlossningsrädsla vid flera tillfällen under graviditeten.



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
2021	10/7	29/28	15/14	38/33	31/22	28/21	13/10

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 gemensam riskbedömning samt regelbundna storleksbedömningar via palpation och



Region

Östergötland



Region Kalmar län



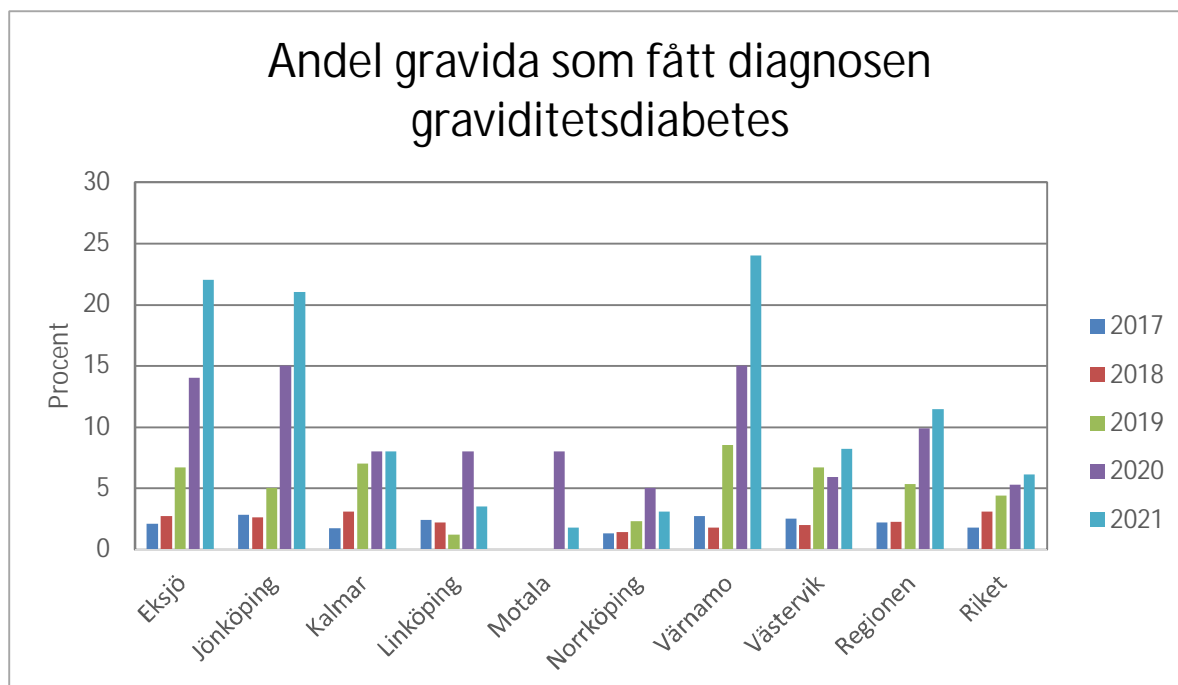
Region

Jönköpings län

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 SGA-barnen 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 2021 mellan 70 och 96% via mödrahälsovården jämfört med 80,9% 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 med/utan tolkbehov relaterat till att föda SGA-barn inom flera MHVområden. 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 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 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 denna rekommendation 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 avspeglat sig i en kraftigt förhöjd andel gravida med diagnos GDM 11,5% (att jämföra med riket där siffran ligger på 6%). I screeningen ingår hos oss alla kvinnor med utomeuropeiskt ursprung, vilket också bidrar till den höga siffran. Samtidigt ses en stor variation inom regionen (från som högst 24% i Värnamo till som lägst 2% i Motala).

RJL: Eksjö, Jönköping och Värnamo startade redan under 2019 fullt ut med de nya rekommenderade gränsvärdena enligt ovan. 2021 fick hela 22% av den gravida populationen i Jönköpings län diagnosen GDM. Man kan vidare notera att uppdelat på nationalitet får så hög andel som 24% av de icke svenskfödda kvinnorna diagnosen, medan andelen hos svenskfödda är 11%.

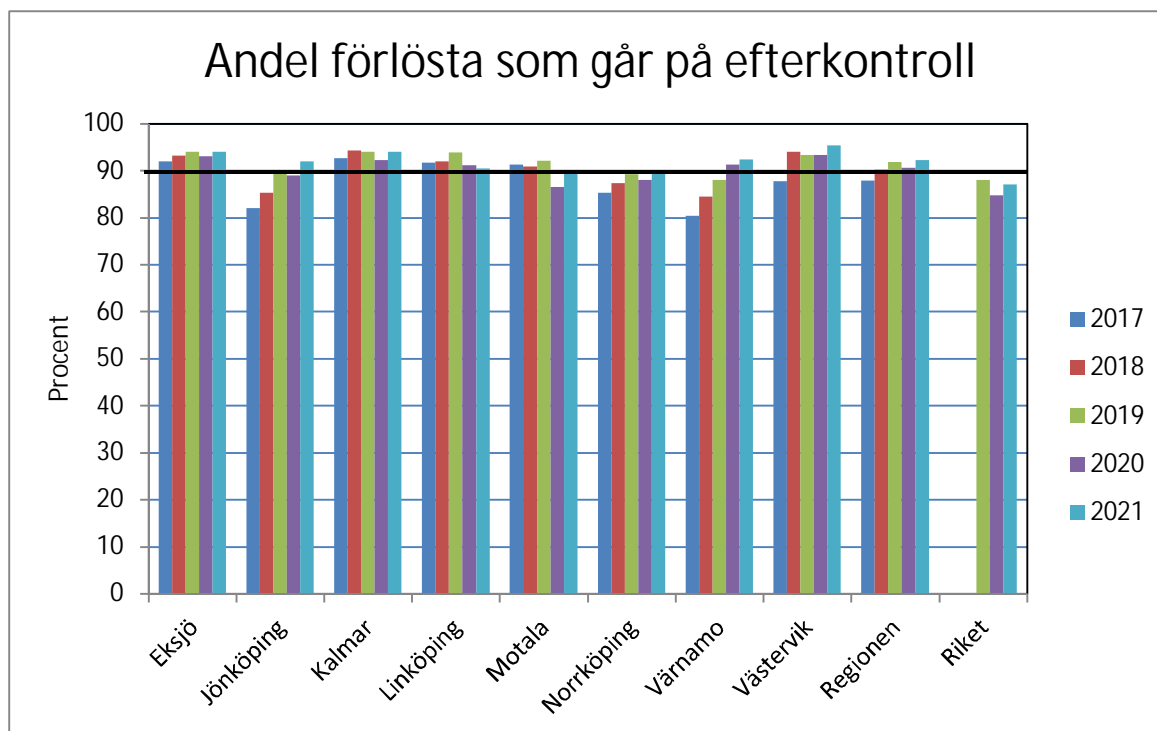
RKL: Kalmar och Västervik startade redan under hösten 2018 med 2-h värde 8,5 -men har fortfarande kvar tidigare gräns för fastevärde 7,0.

RÖ: Linköping, Motala och Norrköping övergick hösten 2019 till fastevärde 5,3 och 2-h värde 9,4 (kapillär provtagning motsvarande det venösa). Under Corona-pandemin har man emellertid sedan våren 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.

**Förbättringsförslag:** I Sverige utvärderas för närvarande multicenterstudien från 2018-19 CDC4G ”Changing Diagnostic Criteria for Gestational Diabetes in Sweden” ([www.cdc4g.se](http://www.cdc4g.se)) där kliniker från elva av Sveriges regioner deltog. Då resultatet av denna studie står klart enligt senaste besked hösten 2022 kan sannolikt nationella riktlinjer vara att vänta, medförande en mer jämlik vård i vårt land.





Målvärde  $\geq 90\%$

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.

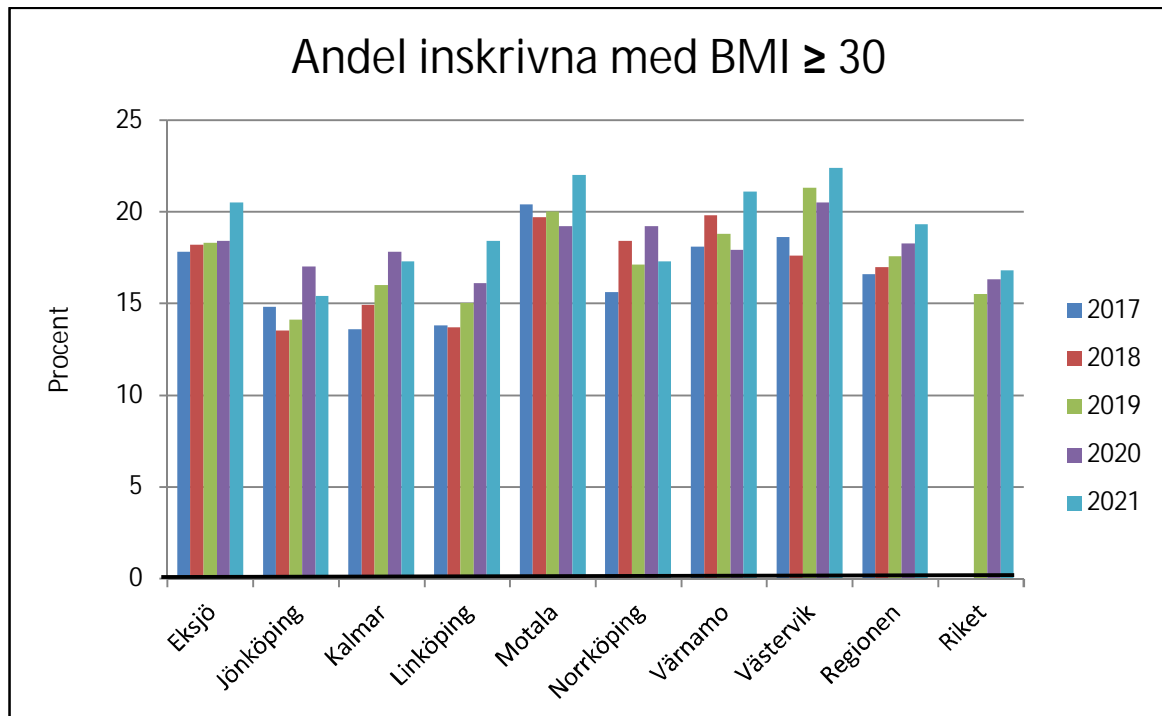
Detta besök är en uppföljning av patientens situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. En genomgång av förlossningen och erbjudande om medicinsk undersökning ingår liksom diskussion kring preventivmedel och livsstilsfaktorer.

Besöket är viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svår förlossningsupplevelse, för att vid behov kunna 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:** Uppringning 2-3vecor postpartum kan identifiera tidiga problem men också påminna och planera för efterkontrollen.

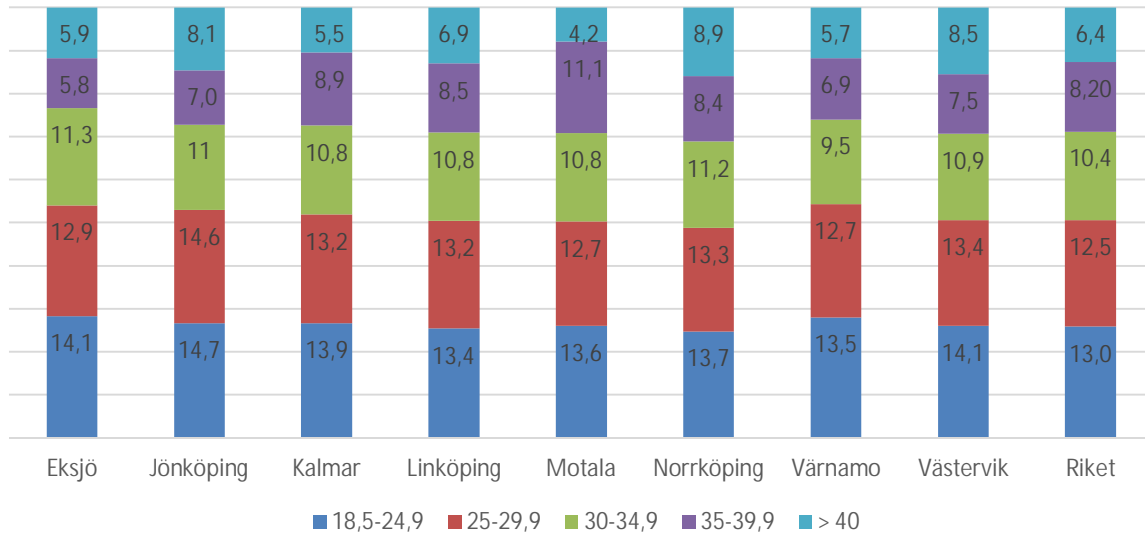


Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



### Medelviktuppgång i BMI klasser 2021



**Målvärde:**

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

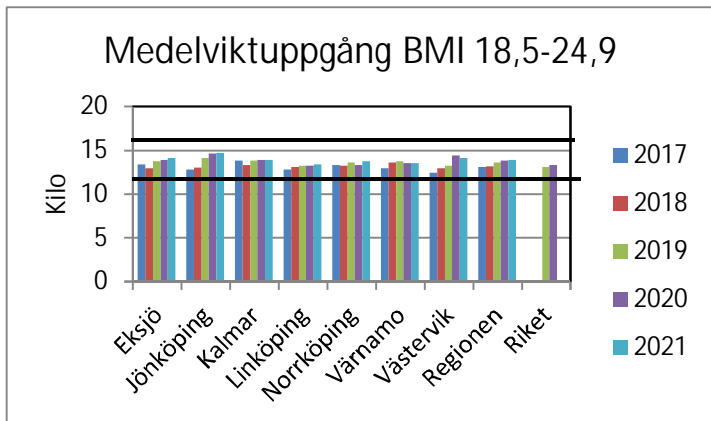
Övervikt: BMI 25-29,9: 6,8-11,4 kg

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

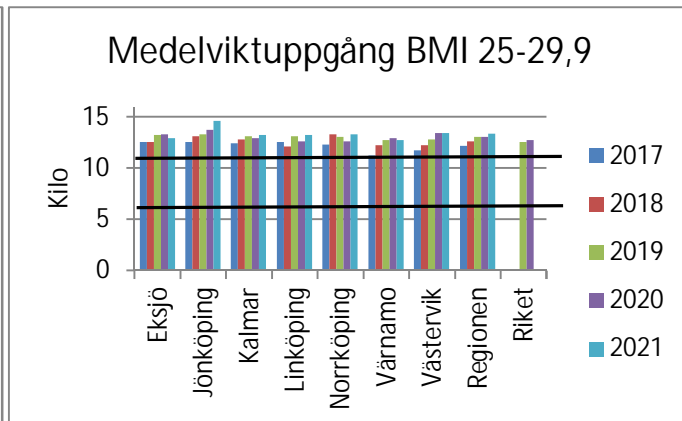
Fetma grad II: BMI 35-39,9: 5,0-9,1 kg

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

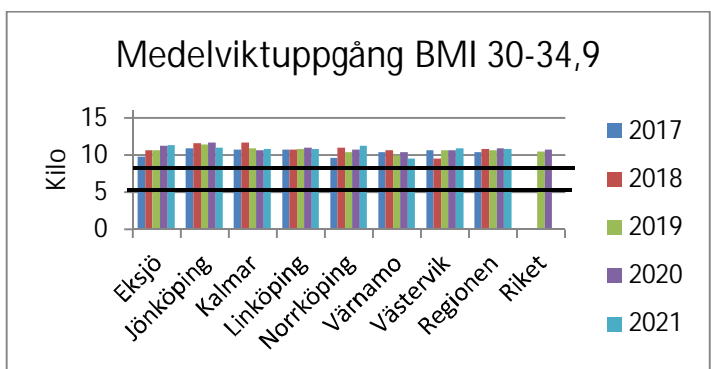
(ref: IOM, institute of medicine).



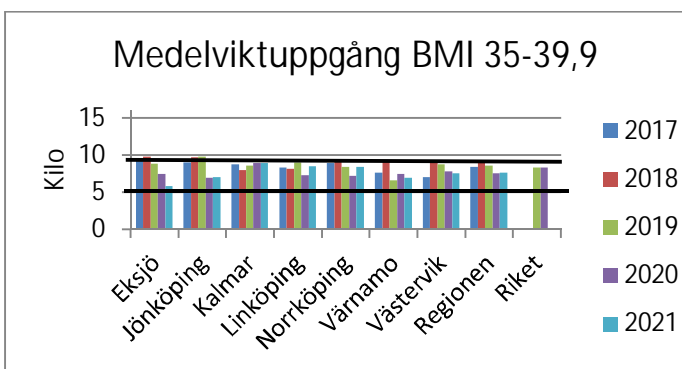
Medelvärde 11,5-16 kg



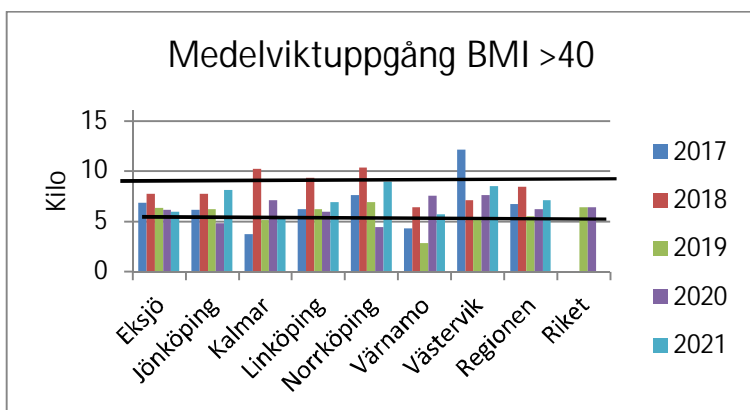
Medelvärde 6,8-11,4 kg



Medelvärde 5,0-9,1 kg



Medelvärde 5,0-9,1 kg



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.

2021 hade 19,3% fetma vid inskrivningen jämfört med 16,3% av de gravida i hela riket. Andelen med fetma fortsätter att öka jämfört med tidigare år vilket är mycket oroande.

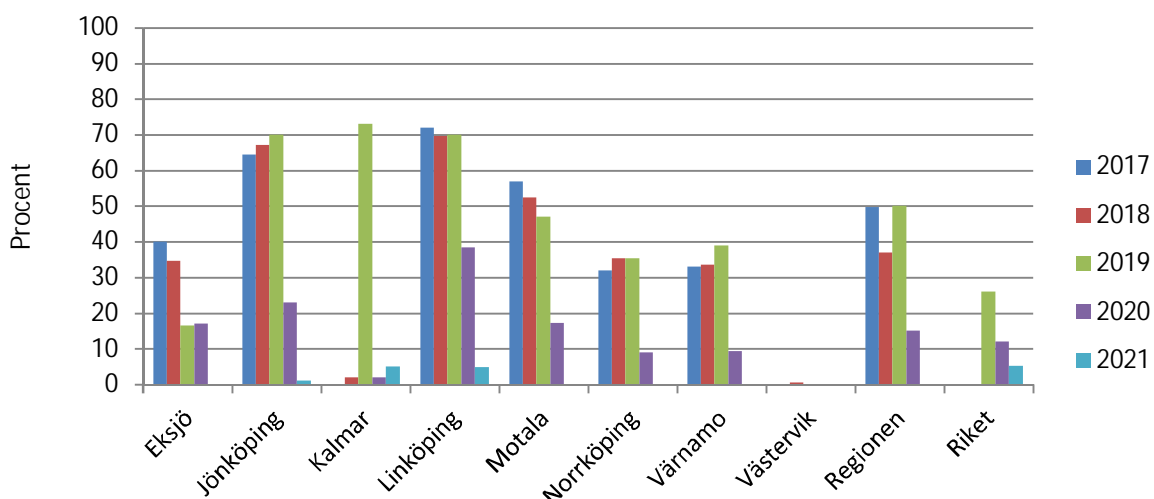
Inom gruppen med normal vikt och gruppen med fetma grad III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I gruppen med övervikt och fetma grad I överstiger medelviktuppgången den rekommenderade i hela regionen, medan i gruppen med fetma grad II ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå 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.

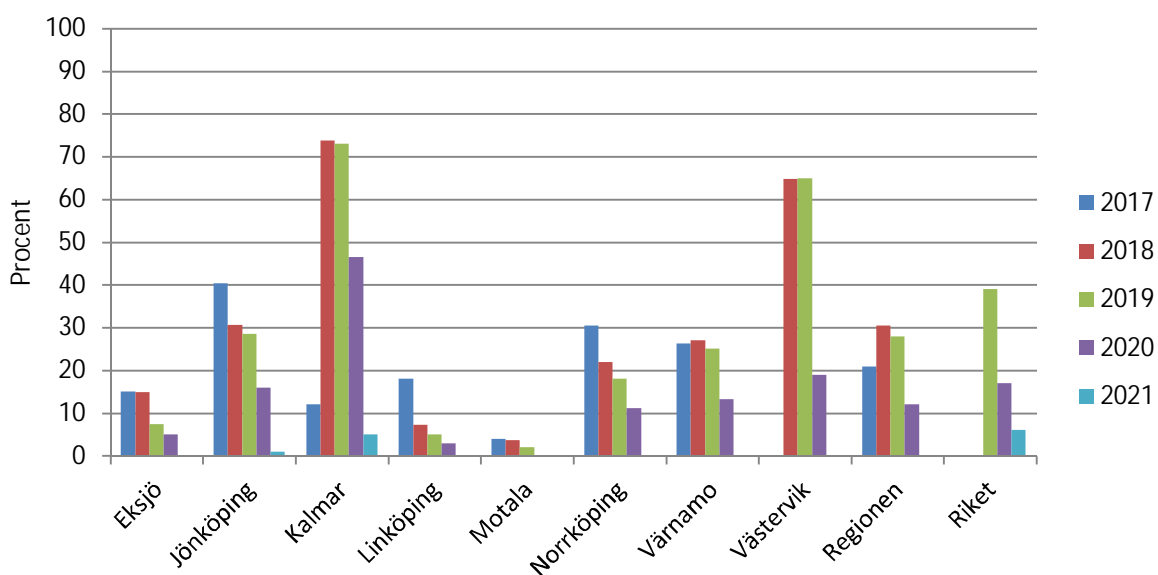
**Förbättringsförslag:** Ökat stöd inom mödrahälsovården från andra professioner önskvärt. Inom region Kalmar har man tillgång till Hälsocoach för de gravida för hälsosammare levnadsvanor. Inom region Östergötland har det gjorts studier om en app, ”Healthy Moms” som är ett stödverktyg för gravida kvinnor i det preventionsarbete som ska utföras inom mödrahälsovården. Verktiget är lättförståeligt och fokuserar på hur man ska ändra beteenden mot goda levnadsvanor istället för endast varför. Verktiget finns på svenska, arabiska, somaliska och engelska. Forskningen är avslutad och det finns artiklar publicerade, evidensen är god för att det gör skillnad. Forskning har även visat att vårdpersonal tycker frågorna kring övervikt och fetma blir avdramatiserade och att det är ett stöd i deras egen arbetsmiljö att pat har ett verktyg. Detta skulle kunna bli ett användbart verktyg framöver. HealthyMom är ett verktyg som vi anser skulle komma till stor nytta i verksamheten. Det är önskvärt att regionen arbetar för ett införande.



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



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



Målsättningen med 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.

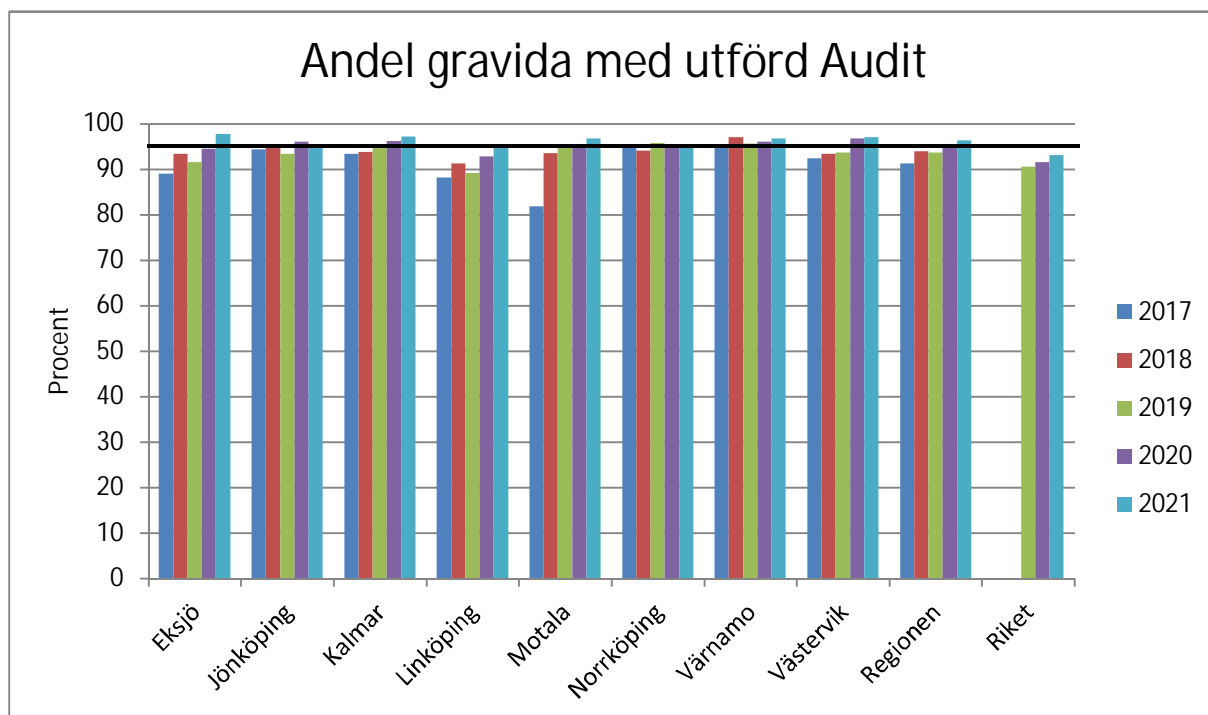
Föräldrastöd kan ske genom fortlöpande enskilda möten med föräldrar, föräldragrupper (generella och riktade), samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. De tre arbetssätten kompletterar varandra och är delvis överlappande, vilket behövs för att alla ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd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

År 2021 har föräldrautbildning i grupp eller enskilt varit i stort sett obefintlig i hela regionen på grund av restriktioner med anledning Coronaviruspandemi. Föräldrar har till viss del kunnat ta del av information och utbildning webbaserat med hjälp av skriftlig och videobaserad information. Nackdelen med denna typ av information är att den inte ger samma möjlighet till fördjupning samt att ställa frågor. I Västervik har under pandemin föräldrastöd skett digitalt.

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%

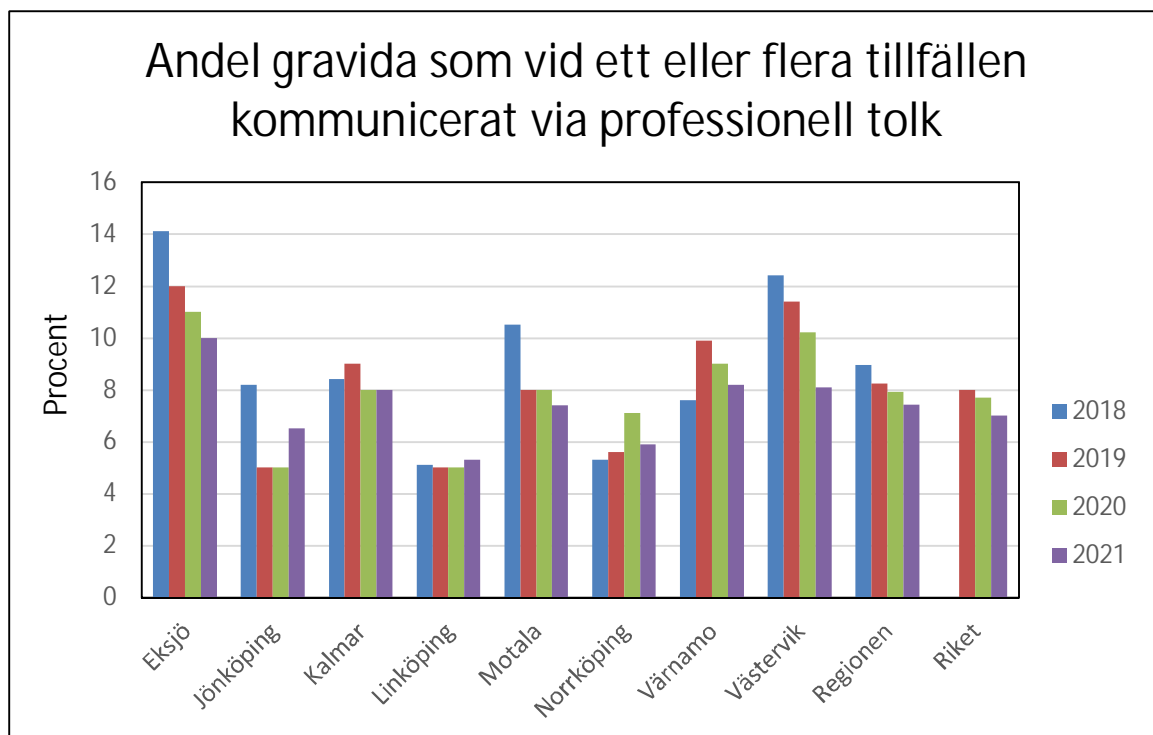
Källa: Graviditetsregistret

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 2021 ligger fortsatt högt i SÖ regionen mellan 94,8 och 97,7 % med ett medelvärde på 95,9 %, Siffran för riket ligger lägre, dvs på 93,1%. Trenden för screening med AUDIT sedan 2015 har tydligt ökat successivt i Sydöstra regionen jämfört med riket. Målet för närvarande i Sydöstra regionen är att 95 % har screenats med AUDIT, även om slutmålet ska vara att 100% screenas. Under hösten 2019 genomfördes en utbildningssatsning gällande graviditet och alkohol och detta har eventuellt nu bidragit till bättre resultat i Sydöstra regionen.

**Förbättringsförslag;** Vi fortsätter att bevaka AUDIT och målet är även i fortsättningen att alla screenas med AUDIT. Dessutom finns AUDIT på andra språk 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.

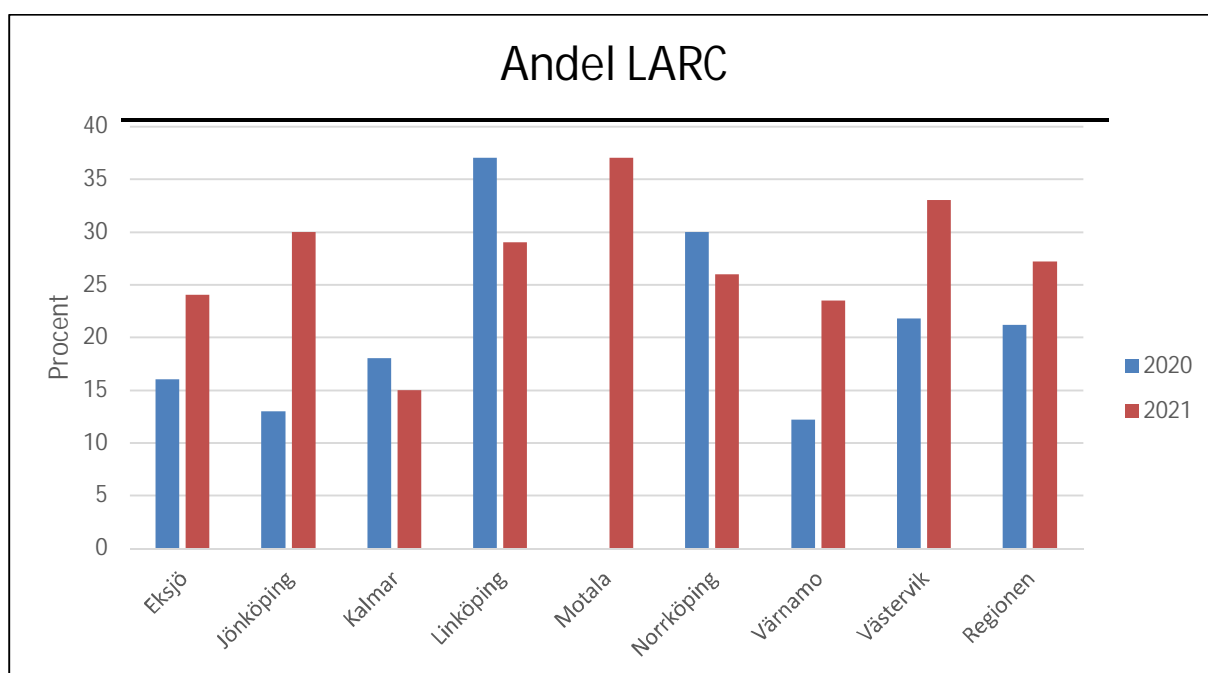
Besök med tolk är ofta mer resurskrävande inte bara p.g.a. den större tidsåtgång som själva tolksituationen medför, utan också p.g.a. att vårdtagarna i större utsträckning har annan kulturell bakgrund och otillräcklig kunskap om svenska samhällsfunktioner. Andel besök med tolk har på så sätt stor betydelse 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 situationen registreras specifikt.

I vår region varierade andel tolkbesök på de enskilda mottagningarna mellan 0% och 25,6%. Medeltalet för regionen är 7%, samma som för riket.

Andel tolksamtal speglar invandratätheten 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 ska även detta vara dokumenterat.

**Förbättringsförslag:** För att kunna optimera utnyttjandet av tolk behöver vi bilda oss en uppfattning om i hur stor utsträckning professionell tolk används då det finns behov av sådan. Vi behöver också veta hur vanligt det är med språkförbistring som försvårar bedömning och ställningstagande till handläggning. "Rutinkollen" - regelbundet återkommande granskning av slumpvis utvalda journaler - kan vara till hjälp i detta arbete.



Målvärde 40% (FARG)

LARC (*Long Acting Reversible Contraceptives*) skall enligt nationella riktlinjer förskrivas i så hög grad som möjligt då det är de preventivmedel som skyddar bäst mot graviditet. Med LARC menas spiral och p-stav. SFOG-FARG har som antikonceptionsmål att förskrivning av LARC i öppenvård ska vara 40 %.

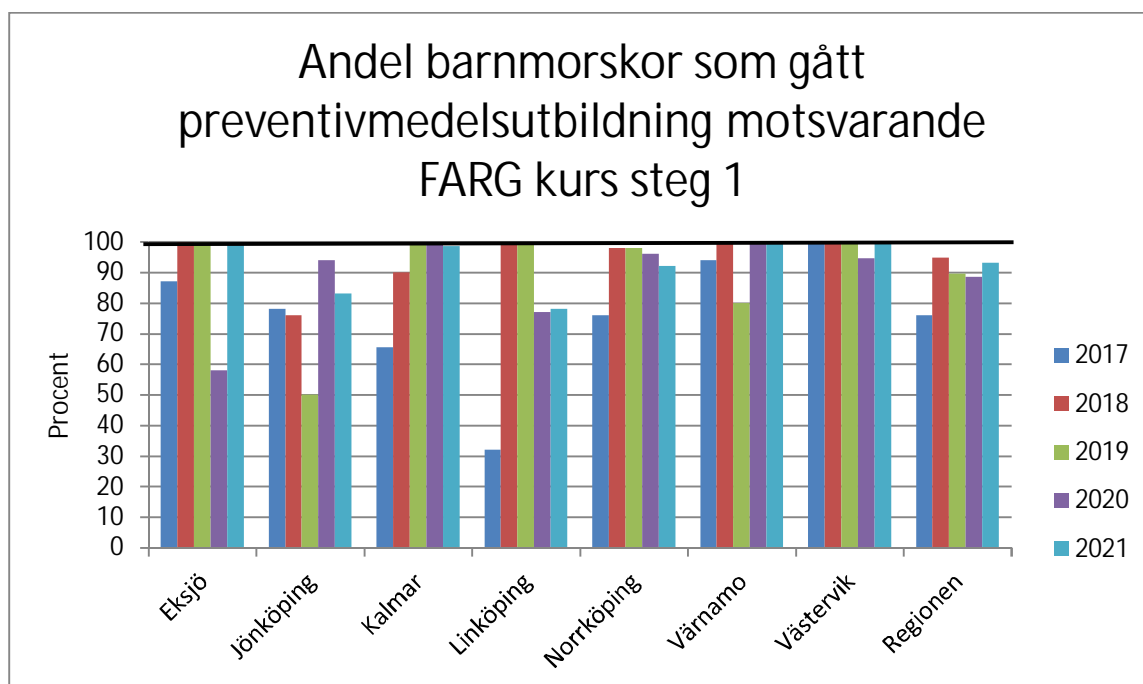
Det har varit svårt att hitta ett statistiskt säkert sätt att göra uttag för parametern om inte manuell redovisning skall införas. Uttag av data görs ur datajournal Cosmic för unika

individer som under året har diagnoskod för insättning av spiral eller p-stav. Siffran visar inte hur många av dessa individer som har slutat med sin metod.

**Förbättringsförslag;** Kontakt med FARG för utveckling av diagnossättning för att tydligare kunna särskilja vilka som vid förstagångsförskrivning får förskrivet LARC.



## Familjeplanering



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

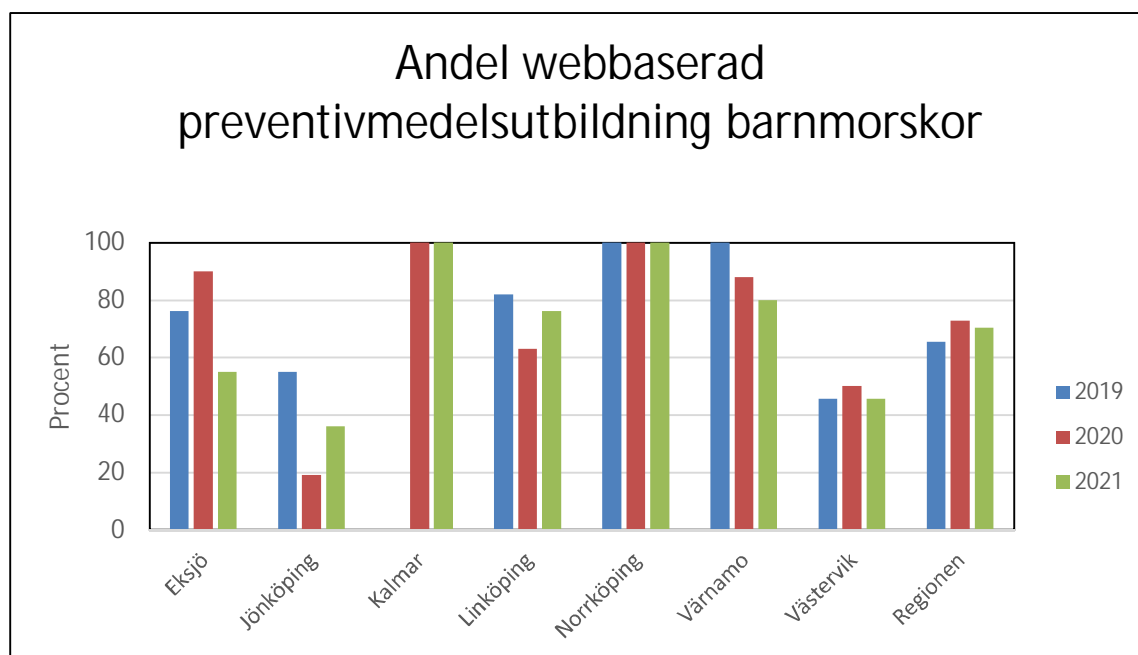
Källa: Lokal inrapportering av egna data

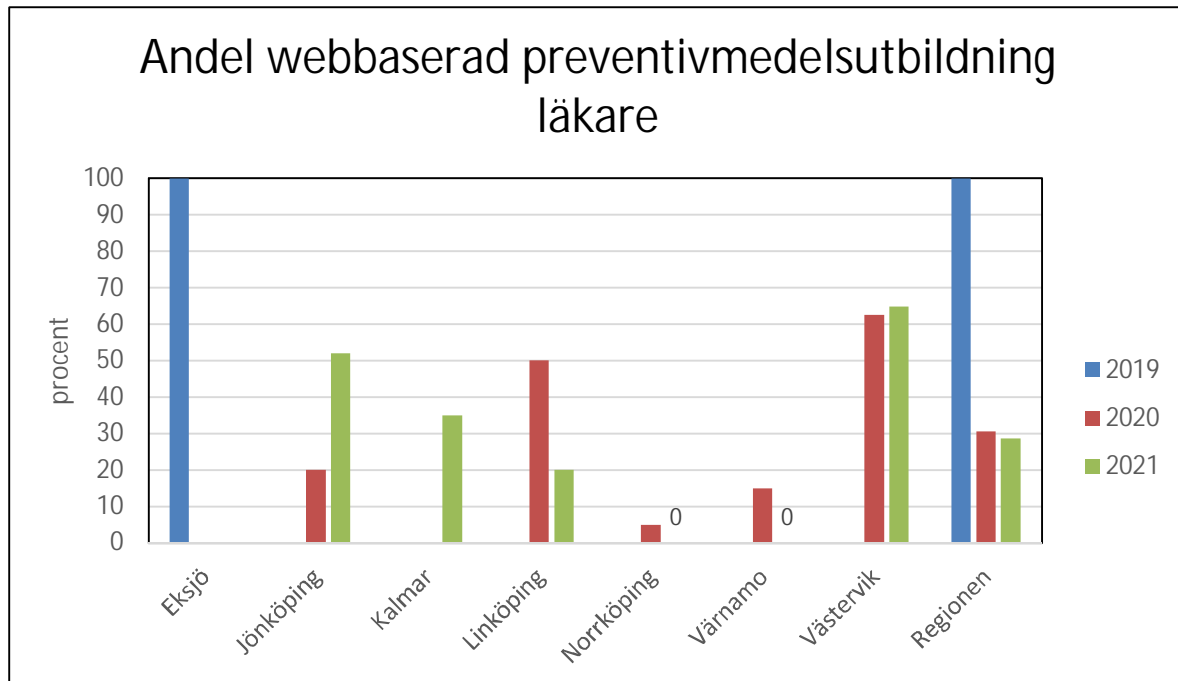
Gedigen kunskap om numera stort antal befintliga preventivmedel är en förutsättning för att kunna ge optimal preventivmedelsrådgivning, vilket i sin tur befrämjar god sexuell och reproduktiv hälsa. Under de senaste fem åren genomgången familjeplanerings-kurs, motsvarande den utbildning som arbets- och referensgruppen för familjeplanering (FARG) inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) erbjuder, används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor för att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

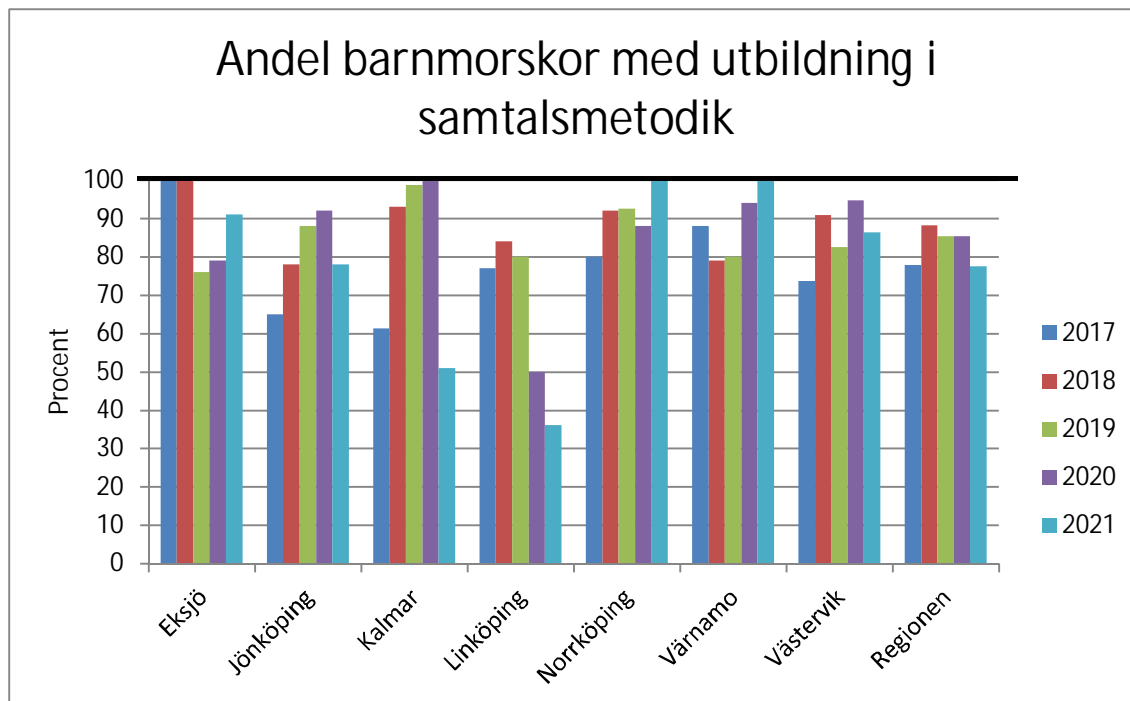
2021 hade 92 % (78%-100%) av barnmorskorna i regionen tillräckligt aktuell utbildning motsvarande FARG steg I. Andelen varierar något år från år, vilket bedöms bero på viss personalomsättning. I regionen har vi ett samarbete kring utbildningsinsatserna och inbjudningar till de utbildningstillfällen som anordnas görs över länsgränserna, vilket bidrar till att vi lyckas upprätthålla en situation med relativt hög andel nyligen uppdaterade barnmorskor.

Vi uppmuntrar också barnmorskor och läkare som förskriver preventivmedel att årligen genomföra det s.k. ”prevtestet” – en via SLL anordnad web-baserad kortare utbildning med åtföljande test. Fr.o.m. förra året mäter vi andelen barnmorskor och läkare som under året genomfört detta ”prevtest”. År 2021 hade 68 % (45-100%) av barnmorskorna i regionen gjort detta test - en marginellt ökad andel jämfört med 2020. Då FARG-utbildning anordnats nedprioriteras det året prev-testet. Andelen läkare som har genomfört testet är generellt låg: 29% (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.

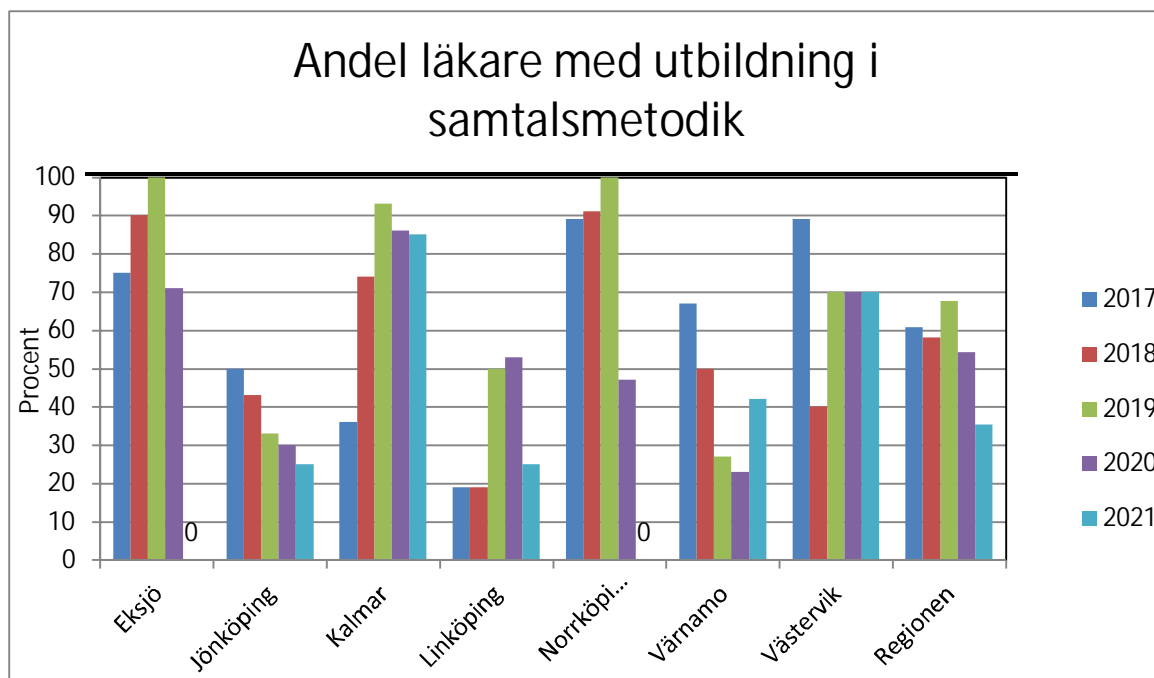






Mål 100%.

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.

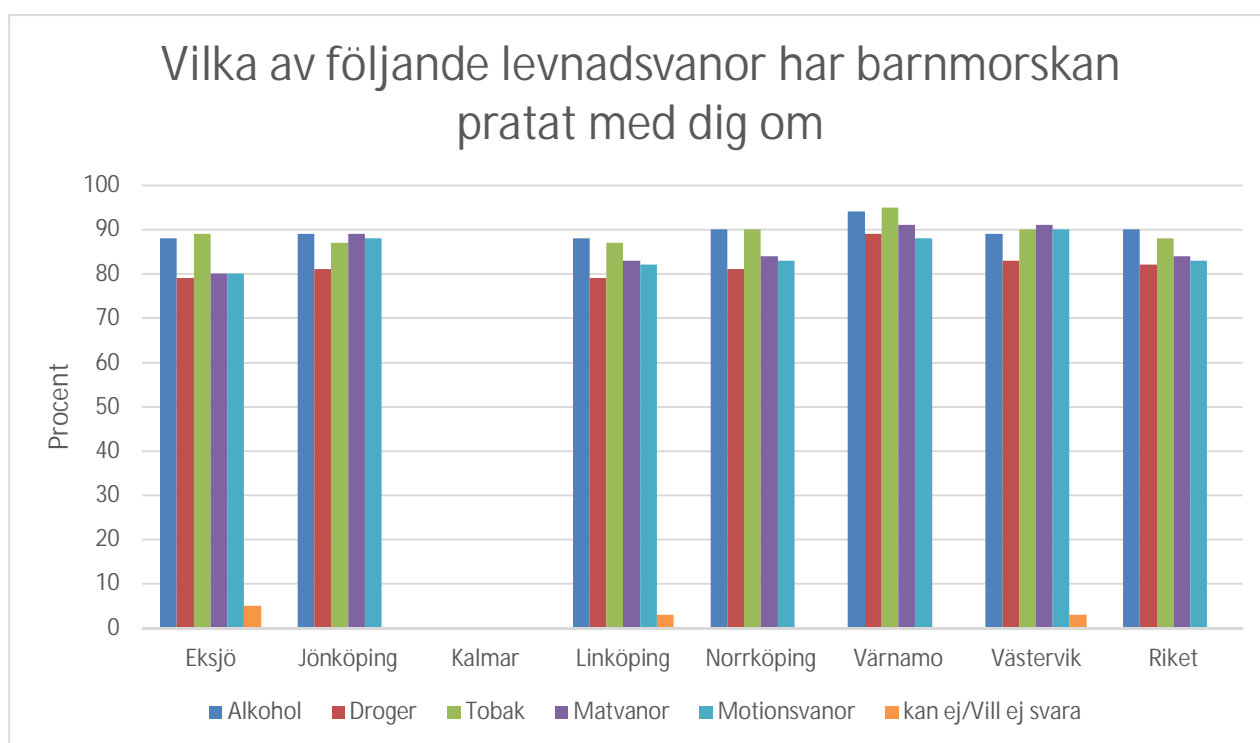
Vi anser det viktigt att alla barnmorskor och läkare som har MHV har MI. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt.

I regionen har 74 % (36-100 %) av barnmorskorna och 35 % (0-85 %) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en minskning i båda grupperna jämfört med föregående år. Nyanställningar av såväl läkare som barnmorskor, eller avsaknad av upprepade utbildning minst vart 5:e år förklarar ibland utfallet. Covid epidemin har naturligtvis påverkat möjligheten till MI utbildning. 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.



Med start 2021 finns en nationell graviditetsenkät som går ut till alla gravida kring graviditetsvecka 25 samt 8 veckor respektive ett år efter förlossning. Här ombeds kvinnan svara på frågor kring sin hälsa men även kring bemötande och deras upplevda nöjdhet med vår erbjudna vård. I år har vi med två frågor från dessa enkäter i vår rapport. Se följande två diagram





Region

Östergötland

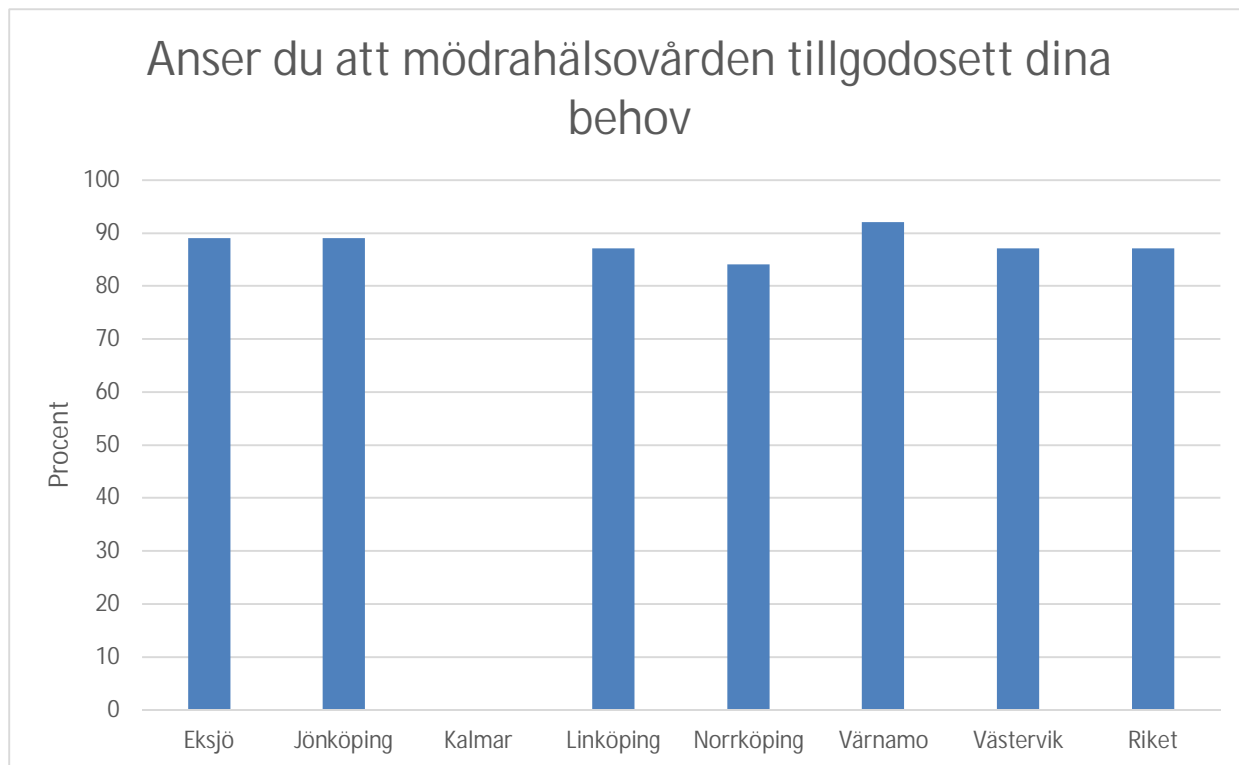


Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

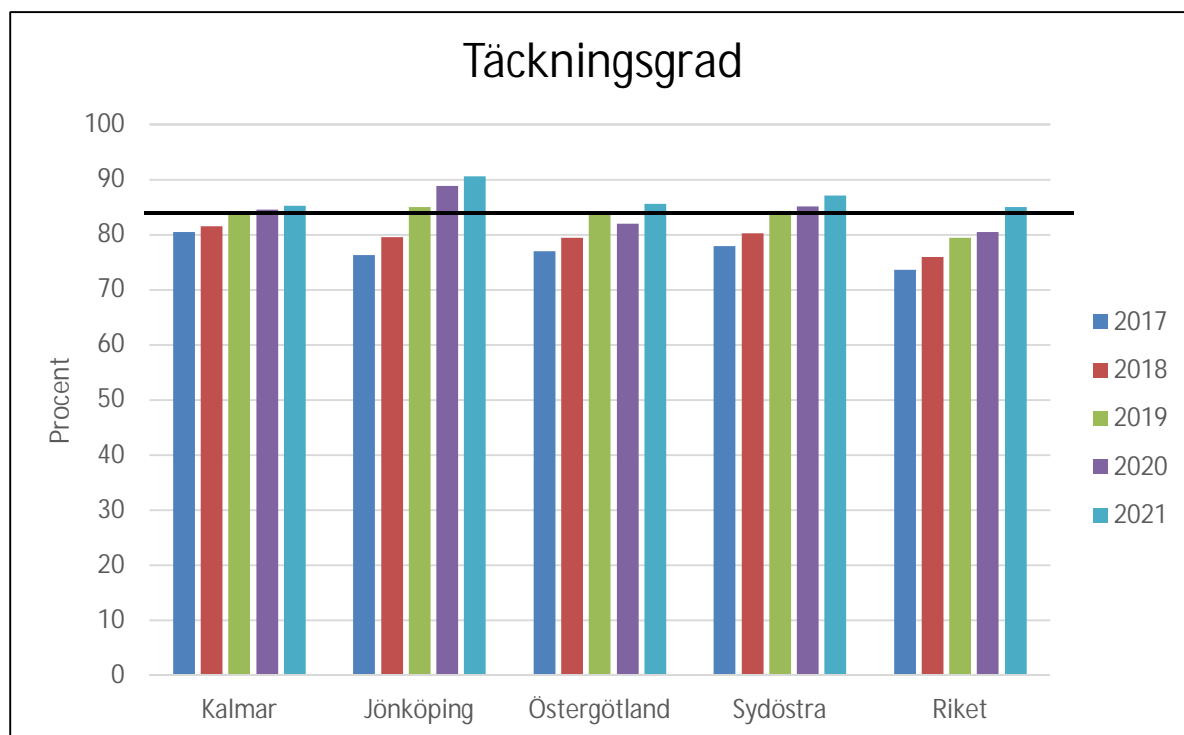


Källa: Gravitetensenkäten

Vi tror att vi ska kunna dra lärdomar av och se på vår verksamhet från ett nytt håll i och med enkäten och på detta sätt kunna förbättra vår verksamhet och erbjuda vård ytterligare.



## Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa: Nationella kvalitetsregistret cervixcancer prevention

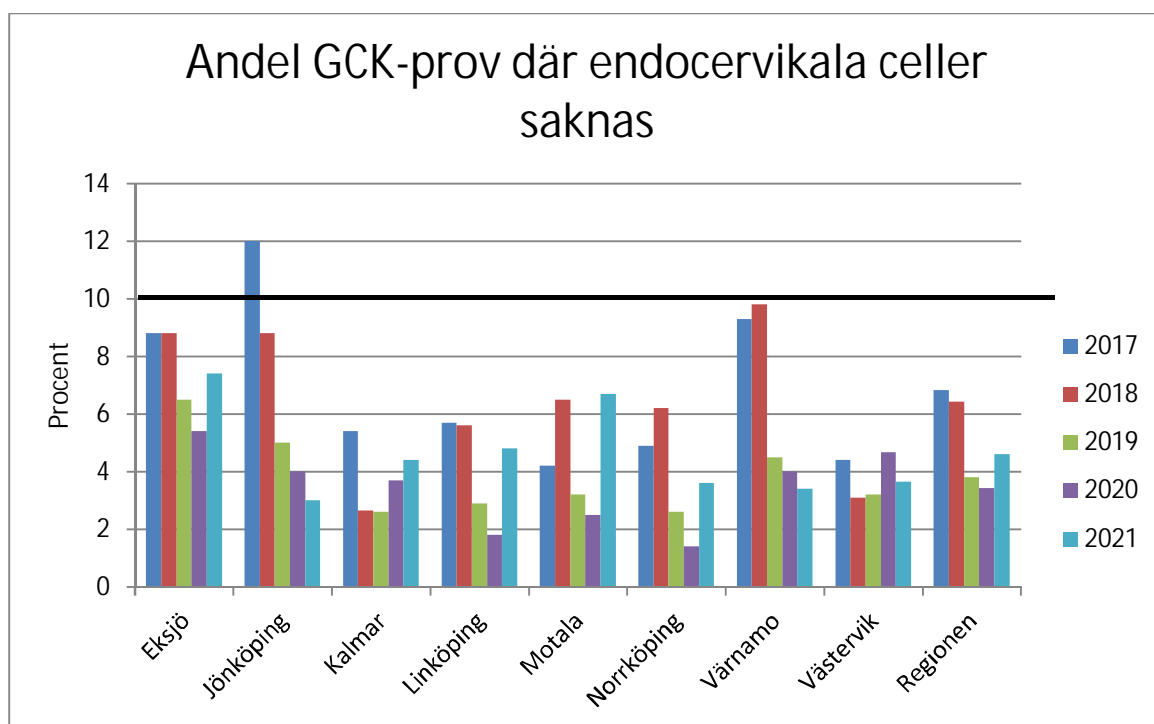
Screening med gynekologisk cellprovtagning (GCK) pågår sedan ca 50 år tillbaka. Att delta regelbundet i screeningprogrammet skyddar upp till 95% mot cervixcancer och deltagande efter kallelse är viktigt. Täckningsgraden avspeglar deltagandet och effektiviteten i gynekologisk cellprovskontroll men ändras 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](http://www.cancercentrum.se).

P.g.a. 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 kommuner med låg täckningsgrad och analysera orsakerna till detsamma. Att erbjuda självprovtagning till de som uteblir. Östergötland har gått över till självprovtagning för HPV för alla kvinnor (ej de som finns i kontrollgrupp) sedan augusti 2021. Från Socialstyrelsen pågår en utredning om en ny rekommendation till hälso-

och sjukvården för ett nationellt screeningprogram för livmoderhalscancer. Syftet med rekommendationen är att nå nationell samordning och samsyn om screening för livmoderhalscancer.



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 3,0% och 6,7 %. Genomsnitt i regionen 4,2 % vilket är något högre än föregående år.

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