



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2022



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 2022.

Datauttaget gjordes i slutet på april 2023. Det kan vara så att ett antal graviditeter inte var vid tiden för datauttaget.

År 2022 skrevs det in 11609 gravida inom SÖ enligt Obstetrix liggaren.



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Antal inskrivna på mödrahälsövården 2022:

Värnamo: 986

Jönköping: 2070

Västervik: 923

Norrköping 1965

Linköping 2807

Eksjö: 1291

Kalmar 1567



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Gruppen består av:

Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

Margarita Malamova Konova Eksjö

Ulrika Laurelii Jönköping

Maria Eriksson Kalmar

Sofia Nevander Linköping

Birgitta Zdolsek Norrköping

Katarina Blomstrand Värnamo

vakant Västervik

Samordningsbarnmorskor i regionen:

Anneli Karlén Jönköping

Lina Johannesson Jönköping

Jessica Karlsson Eksjö

Monica Hellström Värnamo

Ulla Tränk Kalmar

Eva Wester Västervik

Maria Åkerlund Norrköping

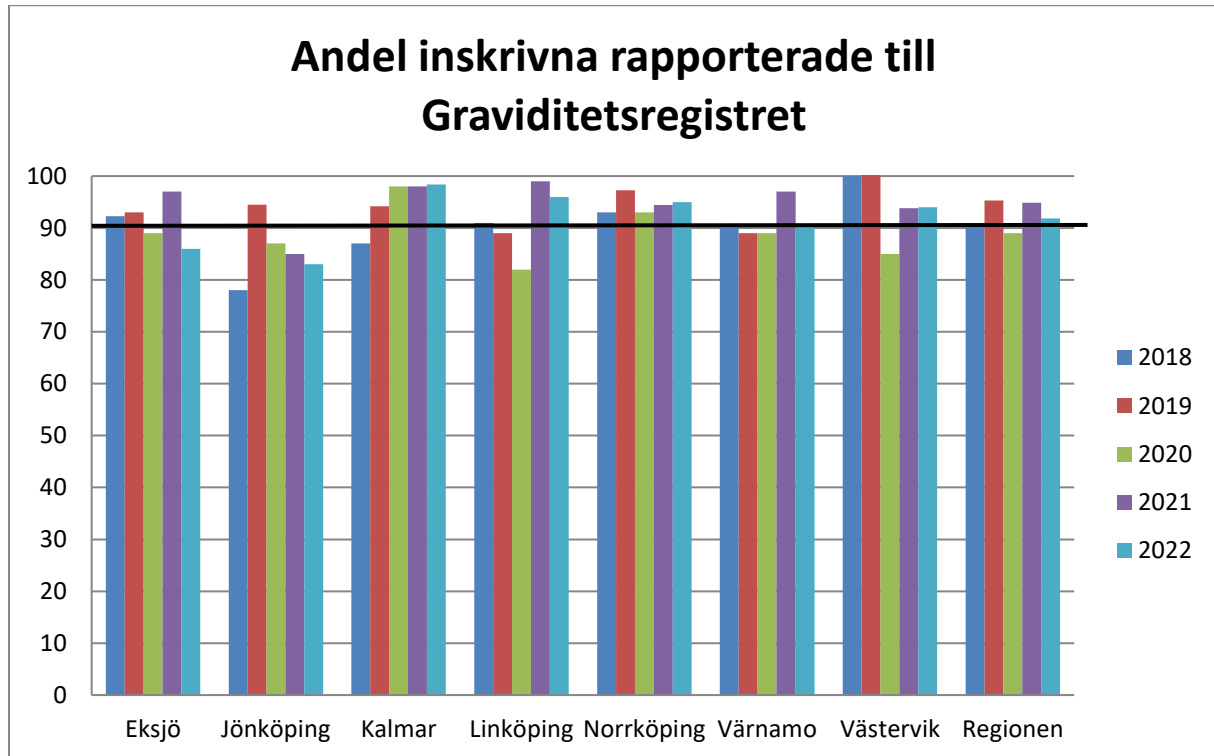
Camilla Edlund Linköping

Maria Ringenhag Västervik

Verksamhetschefsrepresentant Catarina Notelid-Claus

IT-samordnare Olga Bjarnehäll

2023-05-17



Målvärde >90%

Källa: Graviditetsregistret

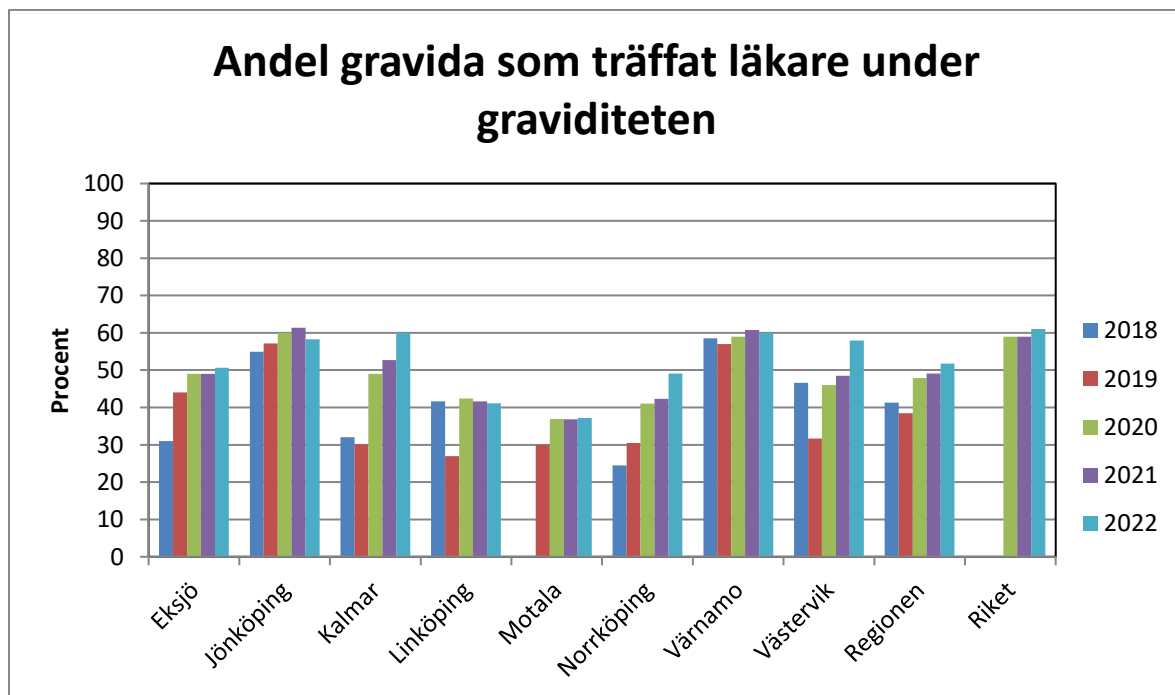
Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Det är av stor vikt att samtliga parametrar anges i den gravida kvinnans journal för att säkert kunna tolka datauttag, identifiera förbättringsområden och följa förändring. Överföring av data till graviditetsregistret sker 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 inskrivna som är 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 uppmana barnmorskor i verksamheten att registrera korrekt i Obstetrix samt i registret. Det bör också skapas förutsättningar för registrering. Detta kan t.ex. vara att som i Linköping där vårdadministratörer i stället för barnmorskor fyller i registret.

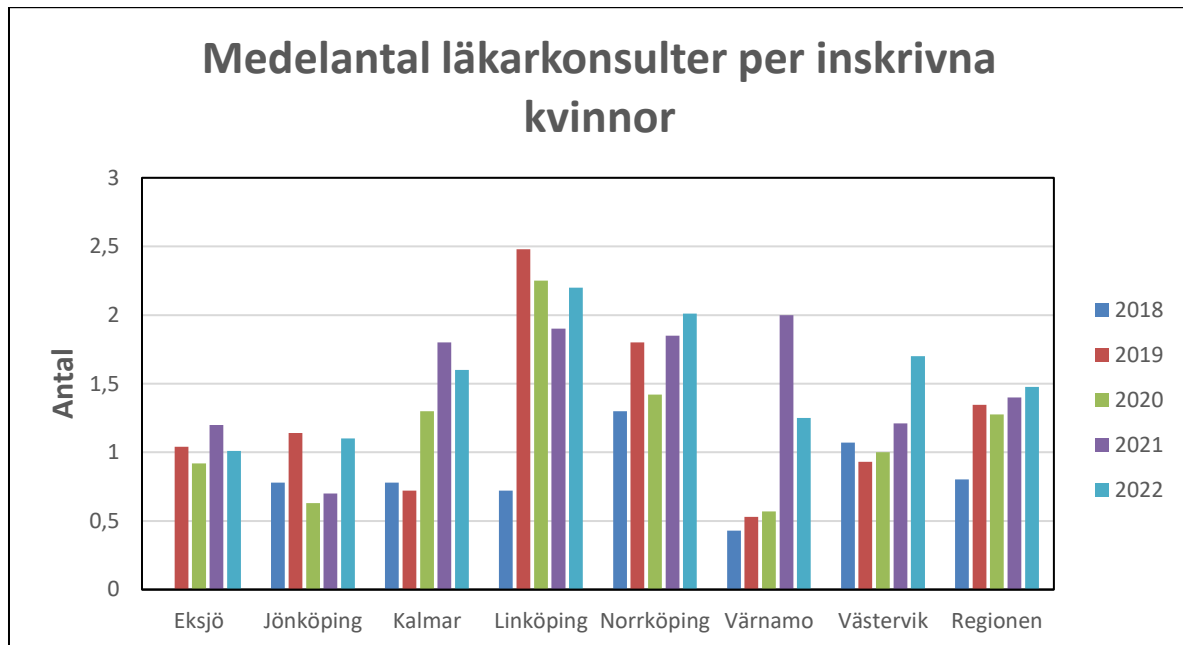
År 2022 är andelen manuellt registrerade glädjande högre i regionen jämfört med 2021, men det finns en variation.



Förbättringsförslag: att tillsammans i MÖL/SAMBA gruppen dela framgångsfaktorer och utarbeta ett systematiskt kontrollsystem för att säkerställa att alla gravida rapporteras in i Graviditetsregistret.



Källa: Graviditetsregistret - manuellt inmatad



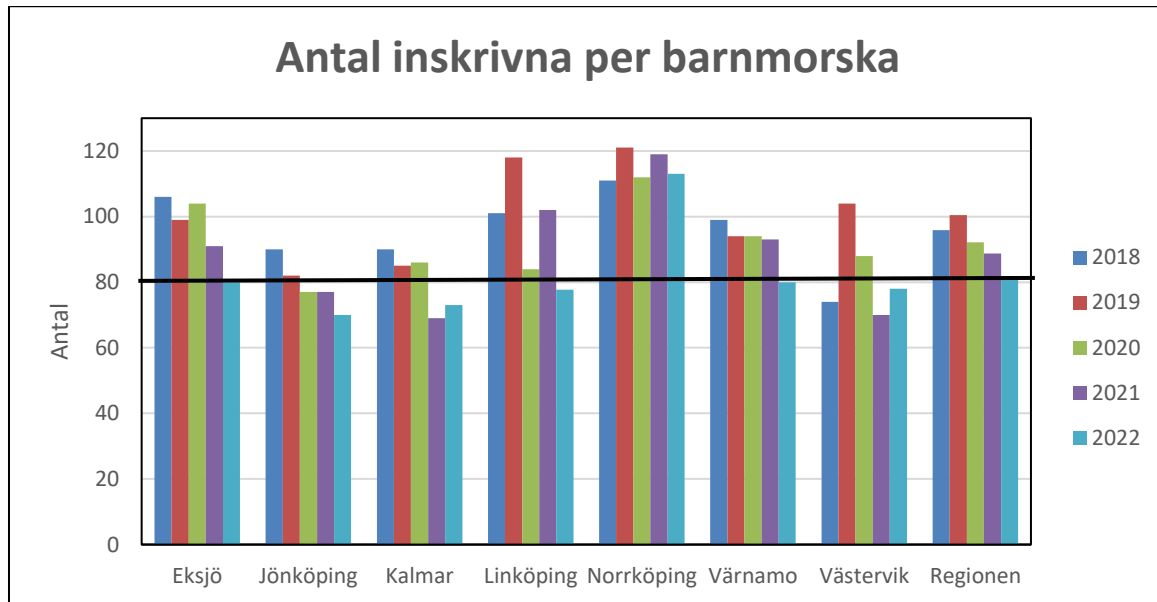
Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

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 mödrahälsovården utan även vårdtyngd. I vår region sker de flesta besök inom ramen för mödrahälsovården.

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 mödrahälsovården 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.

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

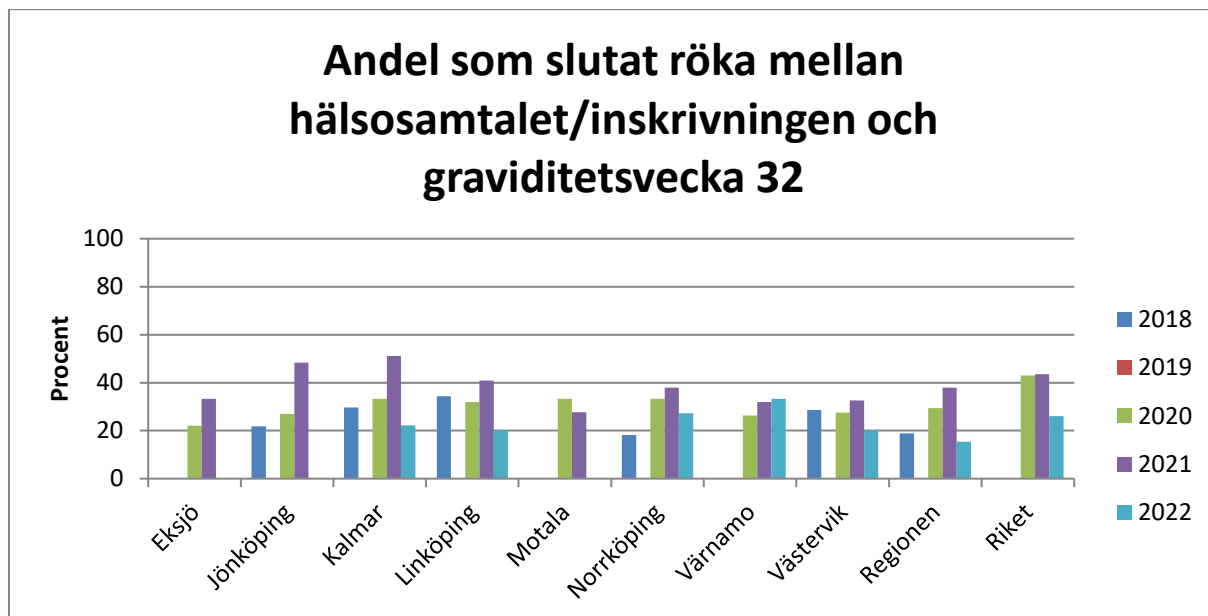


Målvärde: 80 inskrivna per heltidstjänst barnmorska (enligt rekommendation i ARG-rapport nr 59 ”Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa”)

Källa: Obstetrix MVC-liggare

Antalet inskrivna gravida per barnmorsketjänst varierar inom regionen; som lägst 70 i Jönköping och som högst 113 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 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 administrativt stöd. En god bemanning inom mödrahälsovården är nödvändig för rimlig arbetsbelastning och därmed en hög patientsäkerhet.

Förbättringsförslag: Det ses en tydlig snedfördelning avseende andelen inskrivna per barnmorska i regionen. Norrköping sticker ut med ett mycket högre antal inskrivna per barnmorska och detta mönster har setts under flera år. Mödrahälsovården har ålagts flera ytterligare uppdrag under senaste åren samtidigt som man förväntas utföra sitt grunduppdrag. Vidare har samverkan med familjecentraler ökat i omfattning på flera ställen i regionen som också tar mycket tid. Hur ska vi använda vår tid och kompetens? I nuläget behövs saker prioriteras bort om nya uppgifter ska in. Detta är ett stort problem som bör belysas ytterligare.

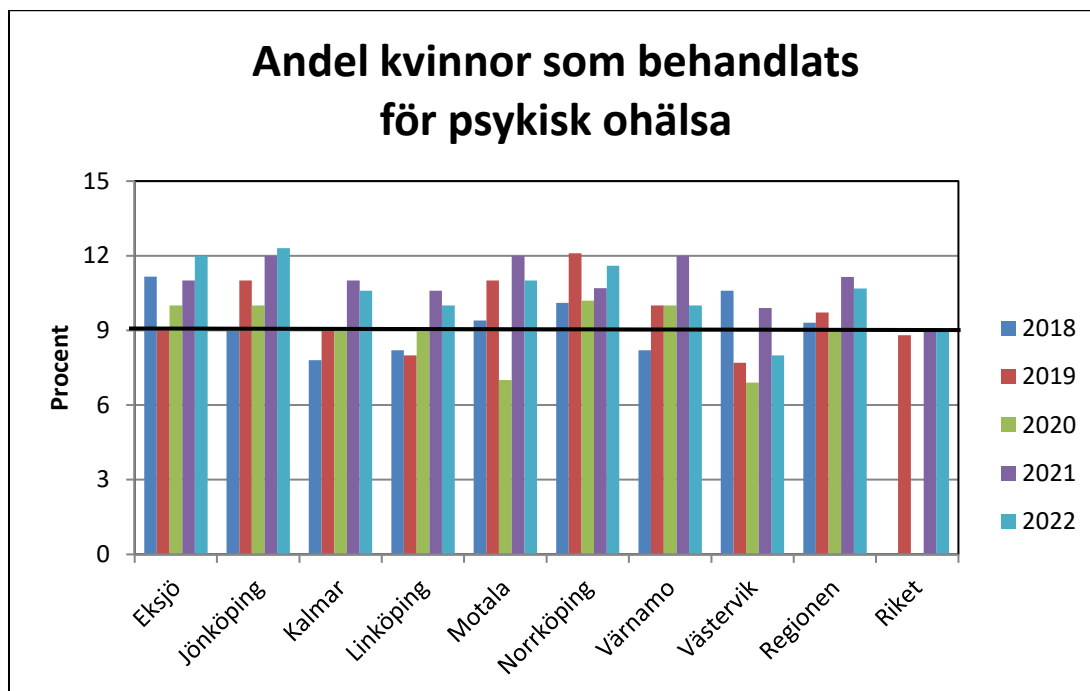


Rökning under graviditet ökar bland annat risken för prematurförlossning, tillväxthämning hos fostret, moderkaksavlossning, perinatal dödlighet och plötslig spädbarnsdöd. Den individuella riskökningen är i regel måttlig men den relativt höga frekvensen av rökare gör att antalet skadefall blir betydande. 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. Snusning under graviditet är också associerat med ökad risk för postnatal död, SUID (sudden unexpected infant death) och SIDS (sudden infant death syndrome). Snusstopp i tidig graviditet minskar riskerna. Snusning anses betydligt mindre skadligt för hälsan än rökning men snusning har ökat kraftigt bland unga kvinnor de senaste åren. Snus och andra nikotinprodukter under graviditet bör inte betraktas som riskfria alternativ till rökning.

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. 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 bl.a. interaktiva tjänsten på 1177.

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.

Förbättringsförslag: Som tidigare gäller fortsatt MI-utbildning + catch-up för barnmorskor och läkare, att tobak- och nikotinanvändning belyses vid varje besök inom öppen- och slutenvården och ett ökat samarbete med enheter som arbetar med tobaksavvänjning, alternativt ha tillgång till egen tobaksavvänjare.



Målvärde: Rikets %

Källa: Manuellt inmatad data, Graviditetsregistret.

Socialstyrelsen uppmanar mödrahälsovården att identifiera psykisk ohälsa. Sydöstra sjukvårdsregionen har gemensamma vårdriktlinjer 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.

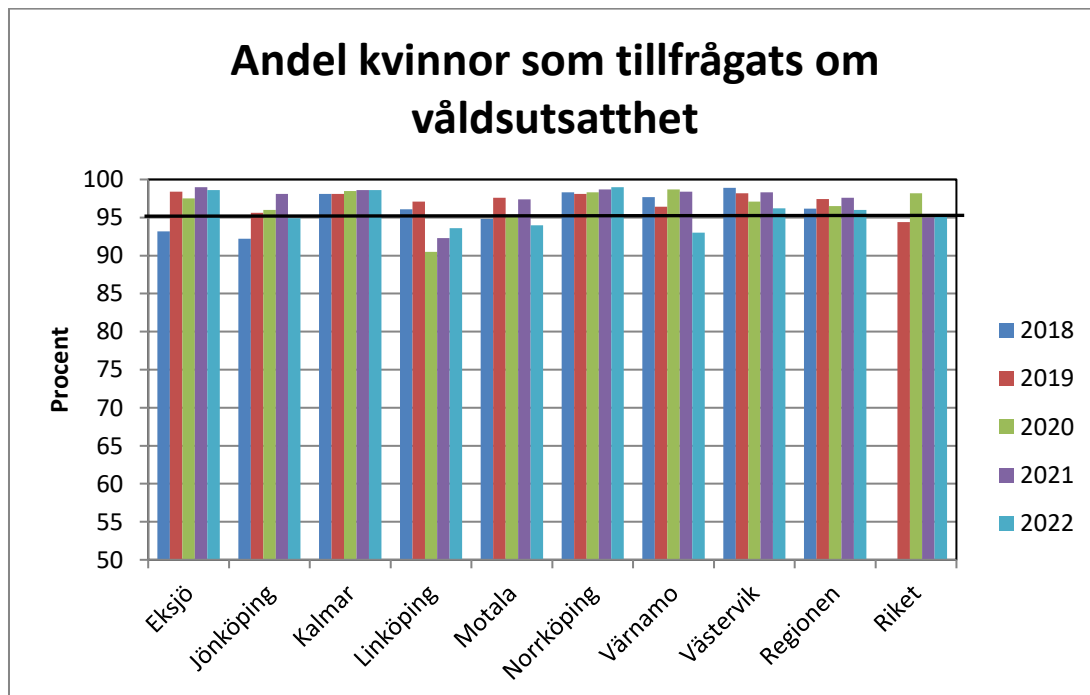
Screening av depressionssymptom sker vid inskrivningen i Östergötland med en depressionsskala (EPDS) och i region Kalmar och Jönköping använder man EPDS vid behov.

Man ser en tendens i att staplarna är högre överlag i regionen för 2022 och 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, t.ex. handläggning med professionell psykolog.





Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Mål: >95%

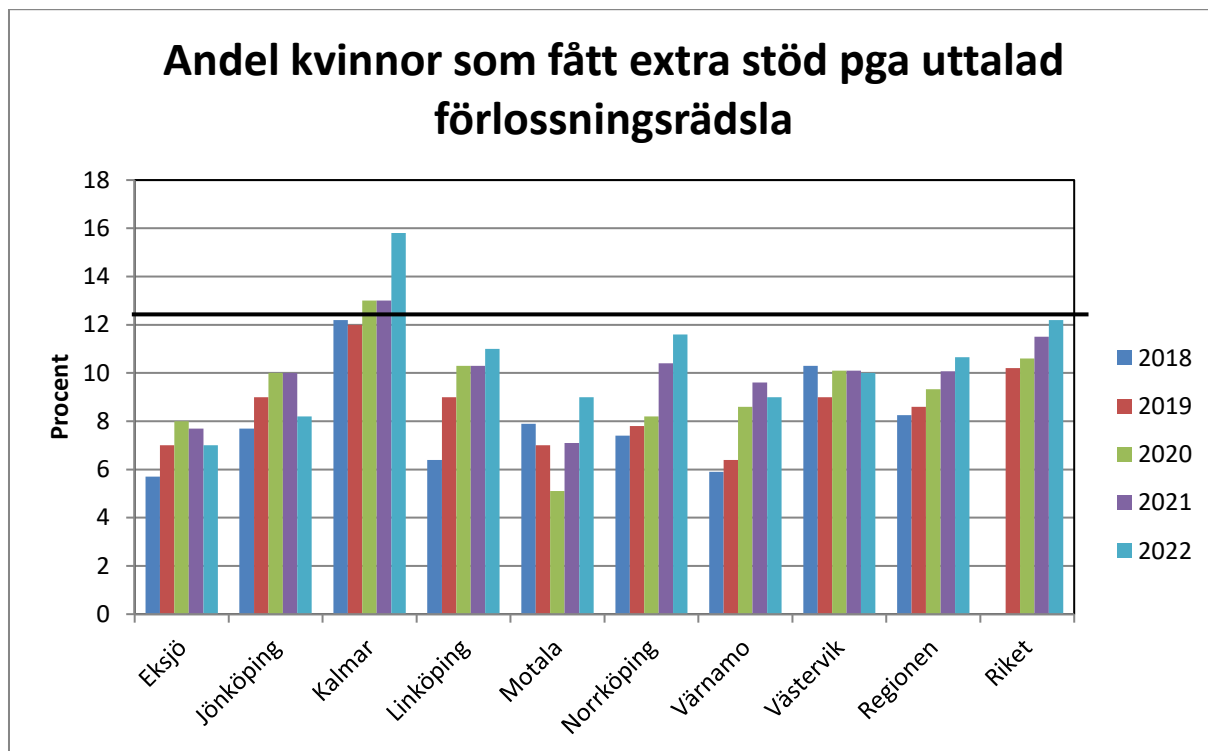
Källa: Manuellt inmatad data, Graviditetsregistret

Att ha erfarenhet av att vara utsatt för våld påverkar hälsan och leder till att kvinnor söker vård för många olika symptom. Erfarenheter av våld kan påverka anpassningen till graviditeten, anknytning till barnet och även det kommande barnets hälsa. Våld i nära relation innebär att mönster av upprepade övergrepp och kränkningar, fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt från en närstående person. Våld kan debutera eller eskalera under en graviditet. Frågan ”Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet?” ingår i anamnesen vid första samtal/inskrivning samt vid besöket i v.32 eller v.35 inom mödrahälsovården och dokumenteras i MHV1. Vid behov av tolk ska auktoriserad tolk, om möjligt, telefontolk användas.

Andel tillfrågade kvinnor avseende våld följs som en kvalitetsparameter i sydöstrasjukvårdsregionen.

Inom regionen har mellan 93 och 99% av de gravida kvinnorna (medelvärde 96,0% tillfrågats om våldsutsatthet. Jämförande siffra för riket ligger på 95,4%. 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. I östra Östergötland har en utbildningsinsats gjorts i ämnet ”Våld i nära relation” under 2022, vilket kan ha bidragit till att 99% tillfrågats.

Förbättringsförslag: Således behöver barnmorskorna fråga ALLA kvinnor om våldsutsatthet. Kontinuerliga utbildningsinsatser ges i ämnet för att öka kompetens och kunskap om våld. Det är viktigt att vi bibehåller och utvecklar rutiner.



Mål: 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.

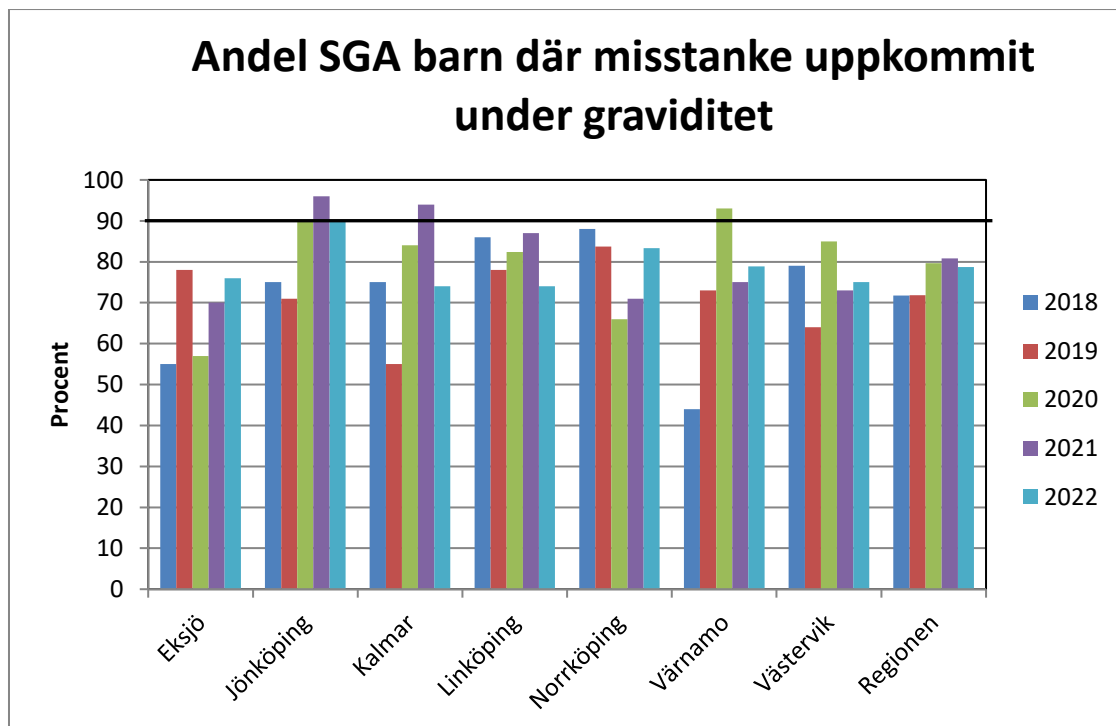
Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2022 fick 10,8 % av gravida kvinnor i regionen extra stöd p.g.a. förlossningsrädsla, att jämföras med 12,2 % i riket. Lägst i regionen ligger Eksjö med 7% och högst ligger Kalmar med 15,8%.

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 omfödskor, på riksnivå ligger förlossningsrädslan hos förstfödskor på 10,6% jämfört med 13,5% för omfödskor. 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
2022	33/25	40/36	23/17	39/29	36/30	19/15	12/9



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

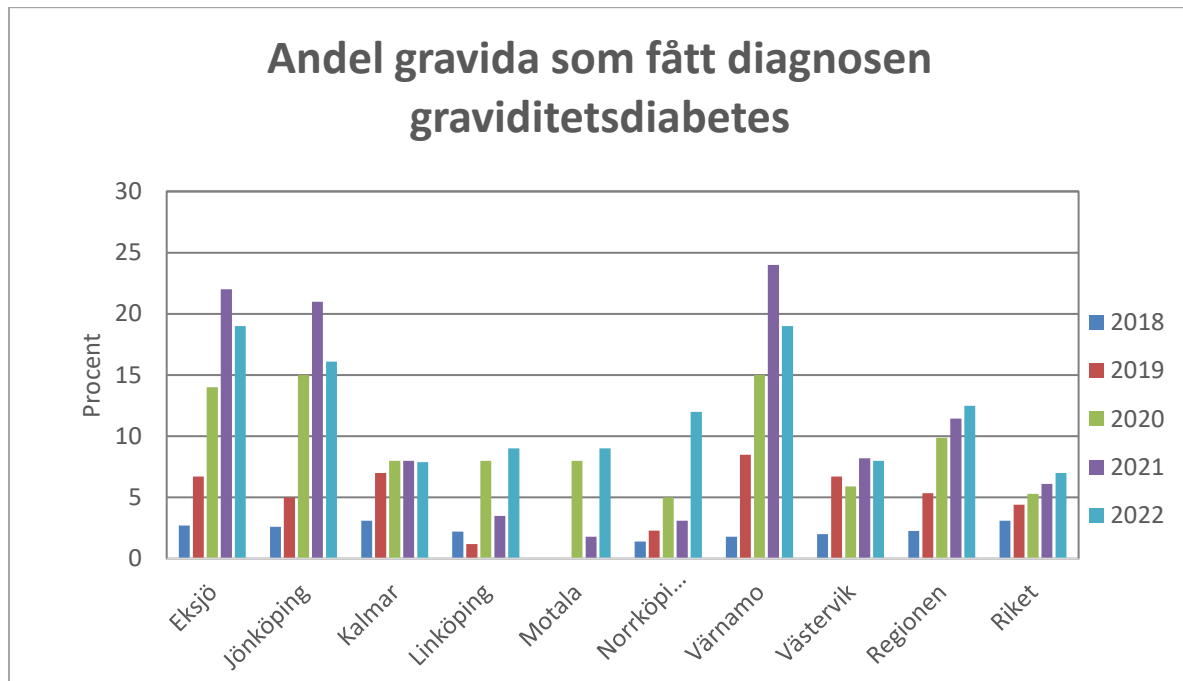
Jönköpings län

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 vårdriktlinjer 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 MÖL-grupp har vi haft en diskussion, ifall senareläggande av tillväxtultraljudet än 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. 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 2022 mellan 74 och 90% via mödrahälsovården. Siffror från riket kan ej ses. Siffrorna fortsätter att variera från år till år inom och mellan regionens MHV-områden förutom Jönköping som legat konstant högt i procent de sista tre åren. Lärdom från Jönköping?

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

Alla är överens om att det är en intressant parameter att följa men att det är små tal och därför svårt att dra några slutsatser. En vision vore att göra ett gemensamt arbete efter den "lista" som utformades för några år sedan och således en sammanställning på flera år vore önskvärt.



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 avspeglats i en kraftigt förhöjd andel gravida med diagnos GDM 13% (att jämföra med riket där siffran ligger på 7%). 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 19% i Värnamo och Eksjö till som lägst 7,9% i Kalmar) beroende på vilka gränsvärden som används:



Region

Östergötland



Region Kalmar län



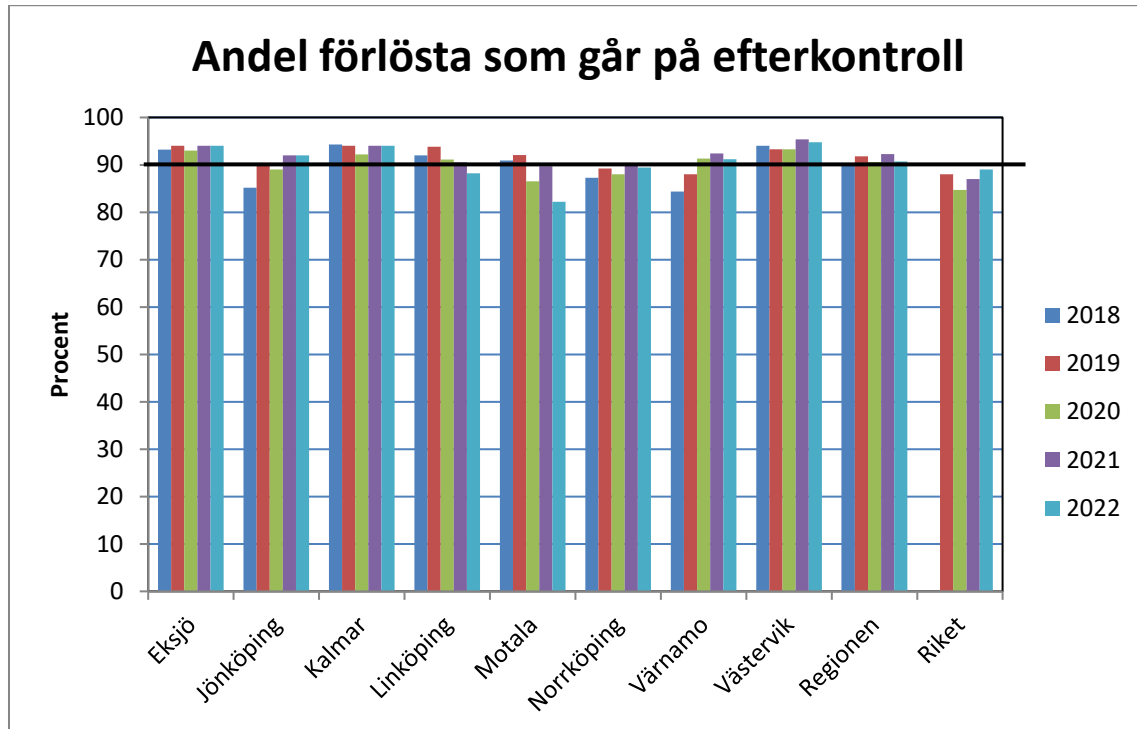
Region

Jönköpings län

- R JL: Eksjö, Jönköping och Värnamo startade redan under 2019 fullt ut med de nya rekommenderade gränsvärdena enligt ovan. 2022 fick hela 18% av den gravida populationen i Jönköpings län diagnosen GDM. Man kan vidare notera att uppdelat på nationalitet får så hög andel som 29% av de icke svenskfödda kvinnorna diagnosen (riket 10%), medan andelen hos svenskfödda är 14% (riket 5%).
- R KL: Kalmar och Västervik startade redan under hösten 2018 med 2-h värde 8,5 - men har fortfarande kvar tidigare gräns för fastevärde 7,0.
- R Ö: 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 valde man att gå tillbaka till de gränsvärden som tidigare användes i denna region; (fastevärde 7,0 och 2-h värde 10,0 (kapillär provtagning)). Sedan april 2022 används åter fastevärde 5,3 och 2-h värde 9,4 (kapillär provtagning motsvarande det venösa).

De förändrade gränsvärdena har, 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) där kliniker från elva av Sveriges regioner deltog. Resultatet av denna studie väntas stå klart hösten 2023 och förväntas bidra till utformning av nationella riktlinjer. Det pågår redan nationellt arbete inom SFOG.



Målvärde $\geq 90\%$

Källa: Graviditetsregistret automatiskt.

Efterkontroll erbjuds idag till alla förlösta kvinnor, enligt basprogram. I regionen kom 90,7% av kvinnorna på efterkontroll (82,2-94,8%), vilket innebär att vi uppfyller målvärdet men ligger något under jämfört med förra året (92%).

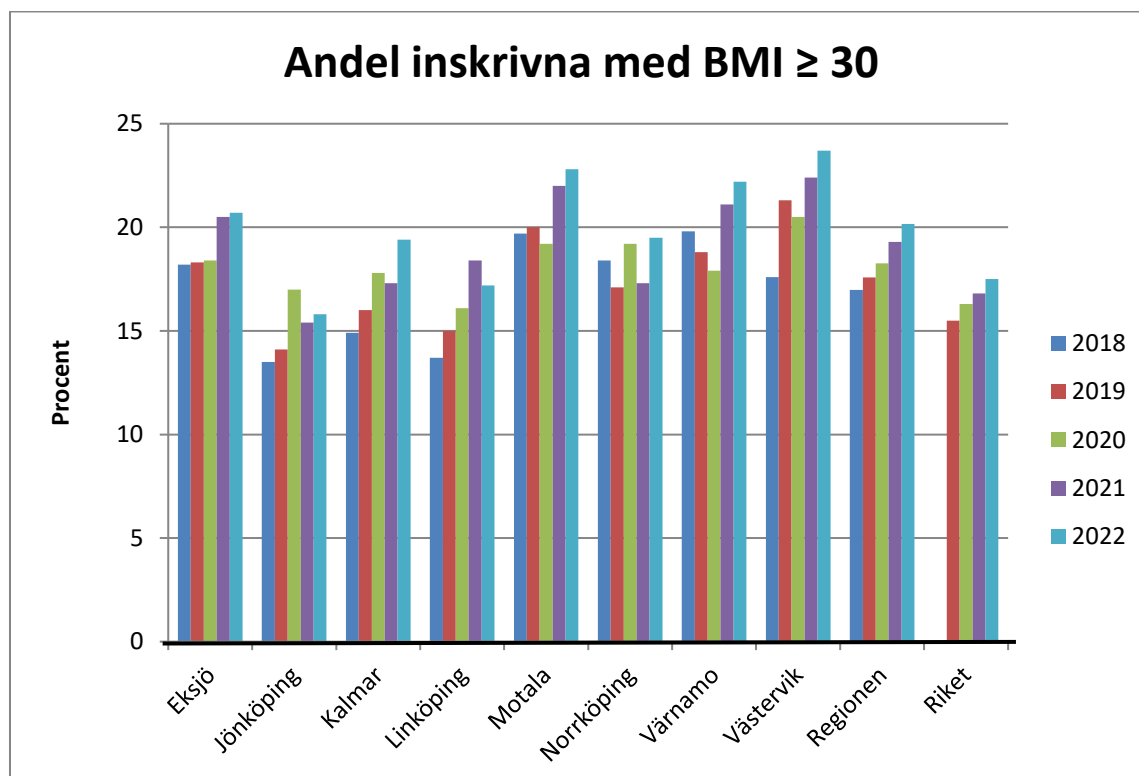
Detta besök är en uppföljning av patientens situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. En genomgång av förlossningen och erbjudande om medicinsk undersökning ingår liksom diskussion kring preventivmedel, livsstilsfaktorer:

- Samtal om kvinnans och partnerns förlossningsupplevelse
- Uppföljning av samtal om levnadsvanor, dvs. alkohol, tobak, läkemedel, vikt, kost och fysisk aktivitet
- Erbjudande om antikonceptionsrådgivning
- Gynekologisk undersökning (inspektion av slemhinnor och eventuella bristningar samt utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga)
- Mätning av blodtryck, Hb vikt, urinprov, graviditetstest vid behov
- Amningsstöd
- Utvärdering av psykiskt hälsotillstånd.

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. Telefonkontakt 2-3 veckor post partum görs delvis i Sydöstra regionen.

Förbättringsförslag: Fortsatt arbete med tidig kontakt pågår.



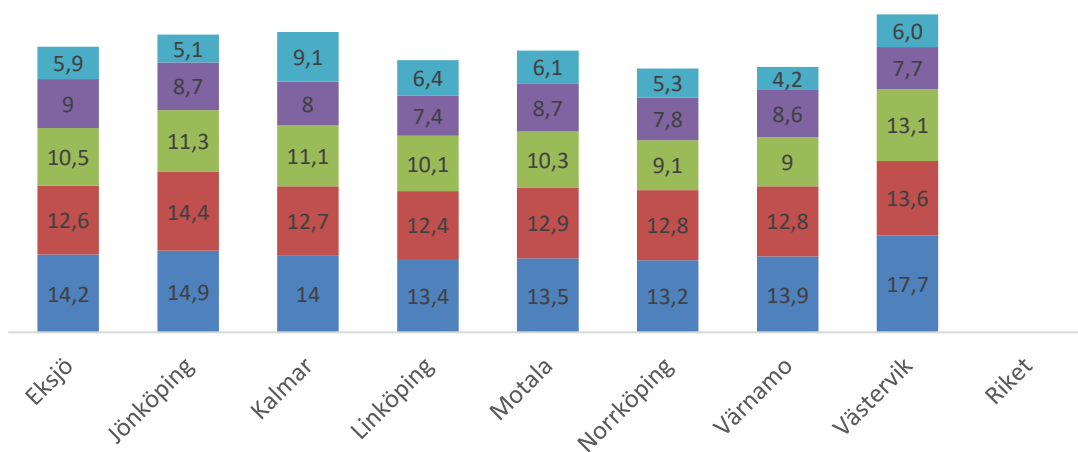
Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



Medelviktuppgång i BMI klasser 2022

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



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

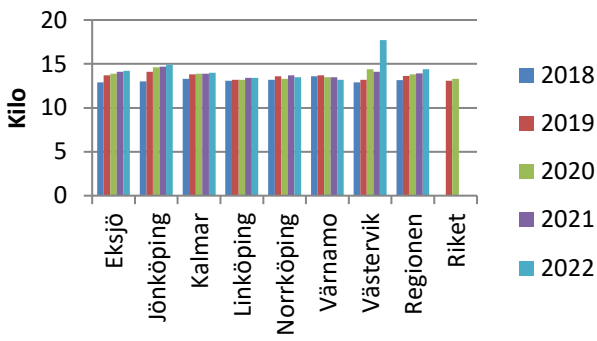
Fetma grad II: BMI 35-39,9: 5,0-9,1 kg

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

(ref: IOM, institute of medicine).

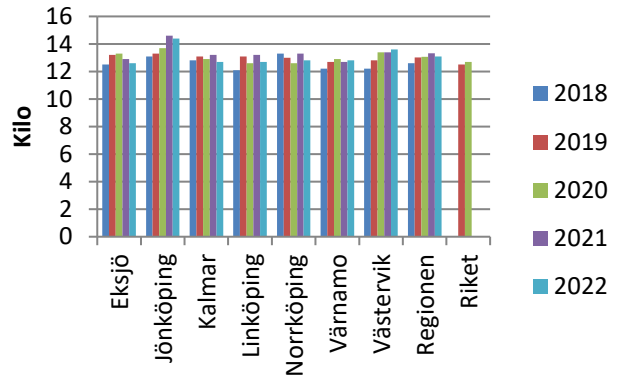


Medelviktuppgång BMI 18,5-24,9



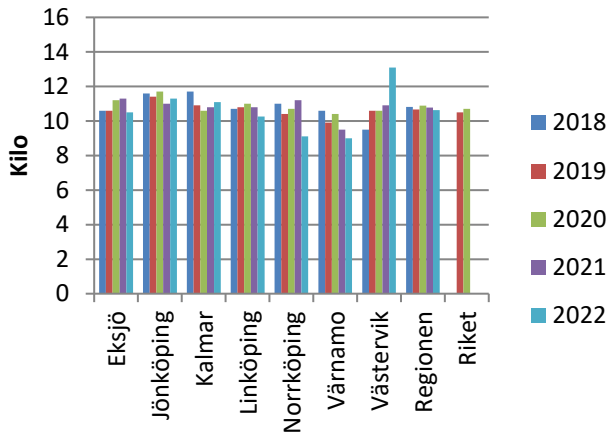
Medelvärde 11,5-16 kg

Medelviktuppgång BMI 25-29,9



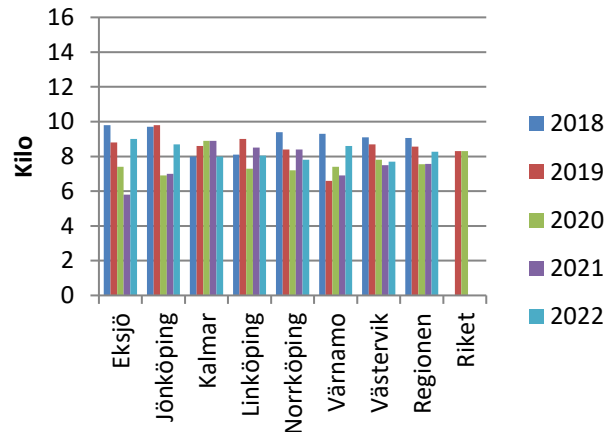
Medelvärde 6,8-11,4 kg

Medelviktuppgång BMI 30-34,9



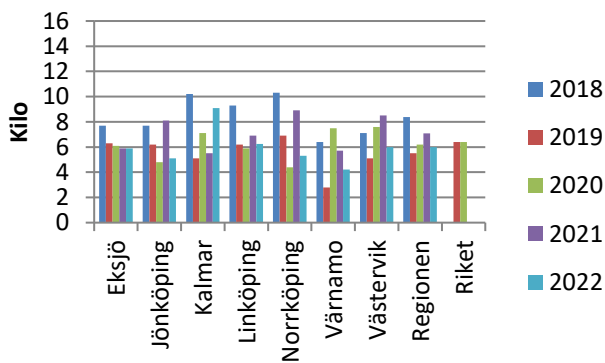
Medelvärde 5,0-9,1 kg

Medelviktuppgång BMI 35-39,9



Medelvärde 5,0-9,1 kg

Medelviktuppgång BMI >40



Medelvärde 5,0-9,1 kg



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 ≥ 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.

2022 hade 19,7% fetma vid inskrivningen jämfört med 17,5% av de gravida i hela riket. Andelen med fetma fortsätter att öka jämfört med tidigare år vilket är mycket oroande.

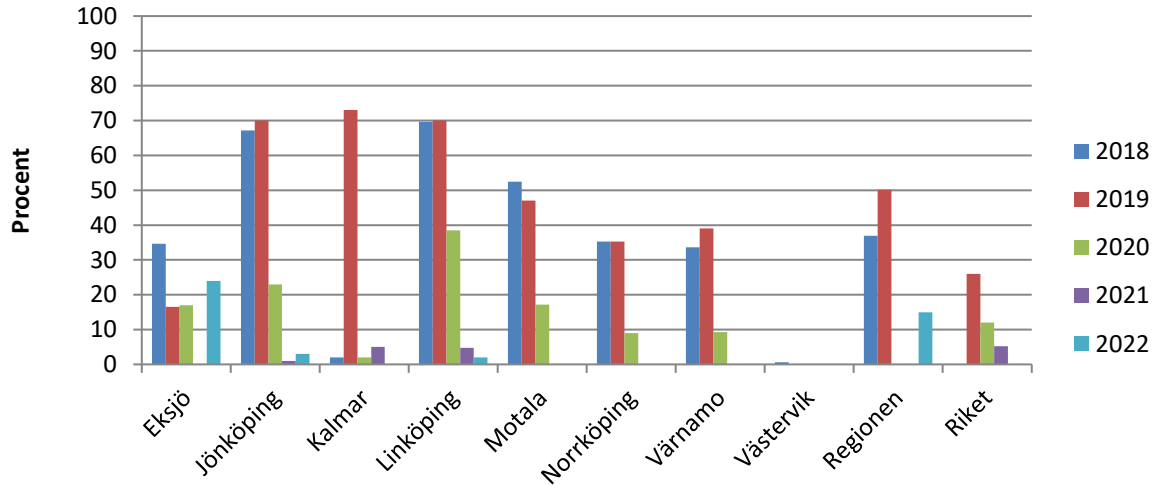
Inom gruppen med normal vikt och gruppen med fetma grad II och III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I gruppen med övervikt överstiger medelviktuppgången den rekommenderade i hela regionen, medan i gruppen med fetma grad I överstiger medelviktuppgången i 5 av regionens 7 sjukhusområden.

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. Inom vissa delar av regionen finns anställda/tillgång till hälsocoacher som kan hjälpa kvinnor.

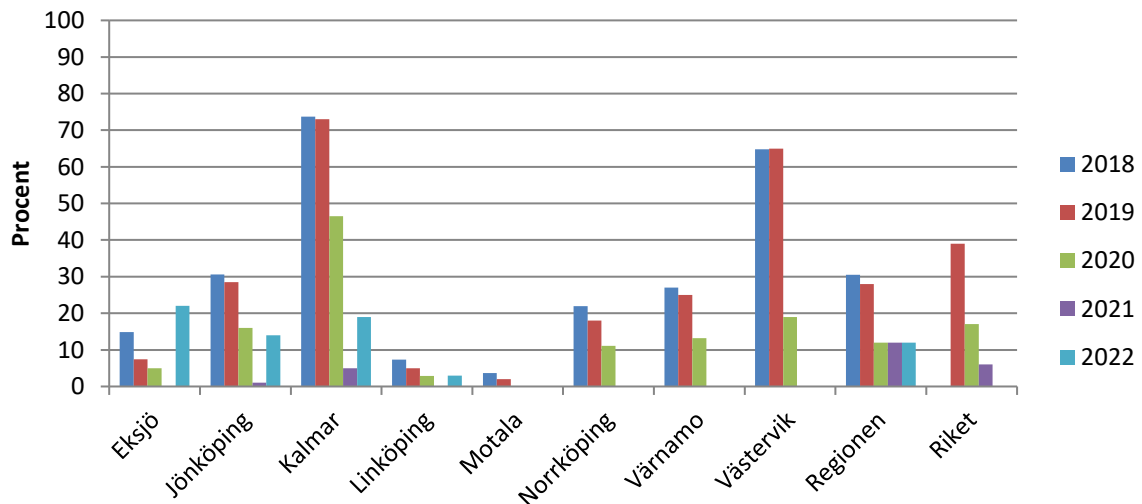
Förbättringsförslag: Ökat stöd inom mödrahälsovården från andra professioner önskvärt. Det finns olika appar som fungerar som ett stödverktyg för gravida kvinnor i det preventionsarbete som ska utföras inom mödrahälsovården. Verktygen är lättförståeliga och fokuserar på hur man ska ändra beteenden mot goda levnadsvanor. Det är önskvärt att vi får tillgång till något av de verktygen.



Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, tematräff



Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, mindre grupp





Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

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 och början en del av 2022 har föräldrautbildning i grupp 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.

Graviditetsenkäten som skickas till alla förlösta kvinnor introducerats under 2020. I enkäten finns även en fråga om föräldrastöd.

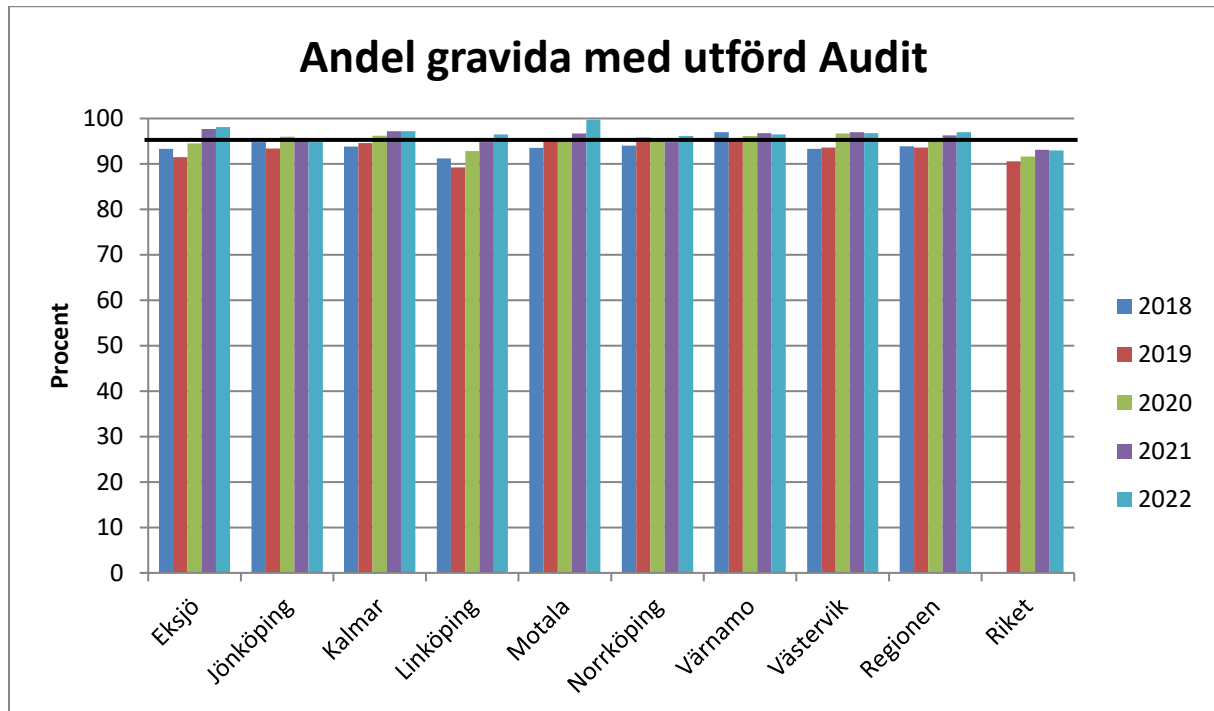
Under 2023 startar ett nytt föräldrarutbildningskoncept i region Jönköping.

Förbättringsförslag: Det pågår ett nationellt arbete med att ta fram ett digitalt föräldrastöd som ett komplement till det fysiska föräldrastödet.

Behovsinventering av föräldrastöd visar att det är efterfrågat och ger föräldrar en större möjlighet att fördjupa sin kunskap i mindre grupper. För de som inte har möjlighet att delta i föräldrastöd är det angeläget att digitala lösningar finns kvar.



Andel som screenats för Audit



Målvärde >95%

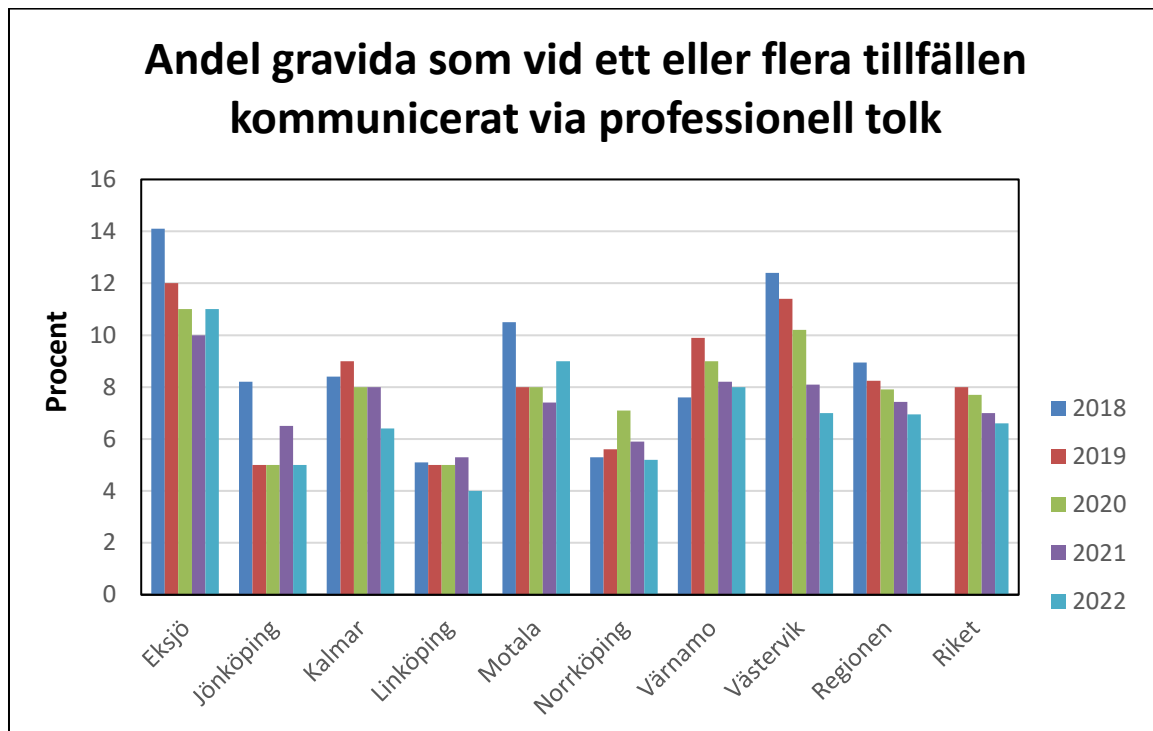
Källa: Graviditetsregistret

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 2022 ligger fortsatt högt i SÖ regionen mellan 94.8% och 99.7% med ett medelvärde på 97,0 %. Siffran för riket ligger lägre, dvs på 93%. Trenden för screening med AUDIT sedan 2015 har tydligt ökat successivt i Sydöstra regionen, med kurvan har stagnerat de sista åren. 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 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. Det är också viktigt att en audit registreras i registret även om kvinnan säger sig vara alkoholfri. Det blir

allt vanligare med bruk av andra droger/substanser än alkohol i samhälle, vi planerar en utbildningsinsats 2024 för att införa DUDIT (Prime drug use disorder identification test).



Källa: Manuellt inmatad i gravregistret

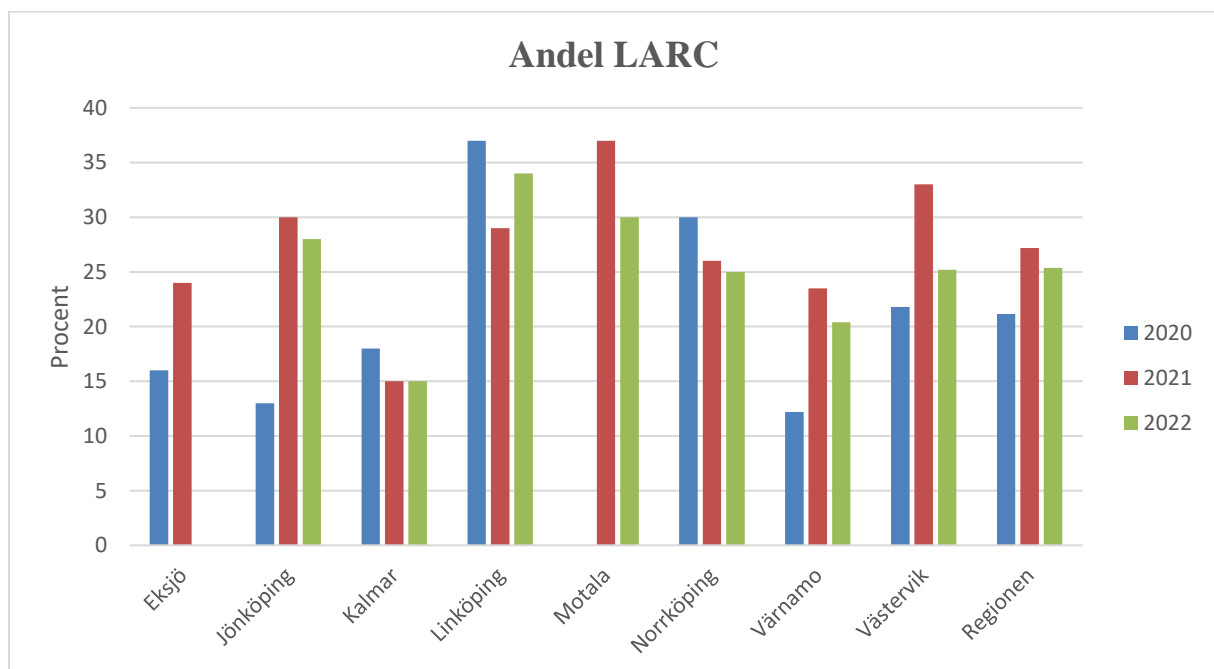
Avser både tolk på plats och tolk via telefon vid minst ett tillfälle.

Patientlagen 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 24%. Medeltalet för regionen är 6%, och medeltal för riket är 7%. De senaste åren har siffran legat på ungefär samma nivå.

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 (MHV1) 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 %.

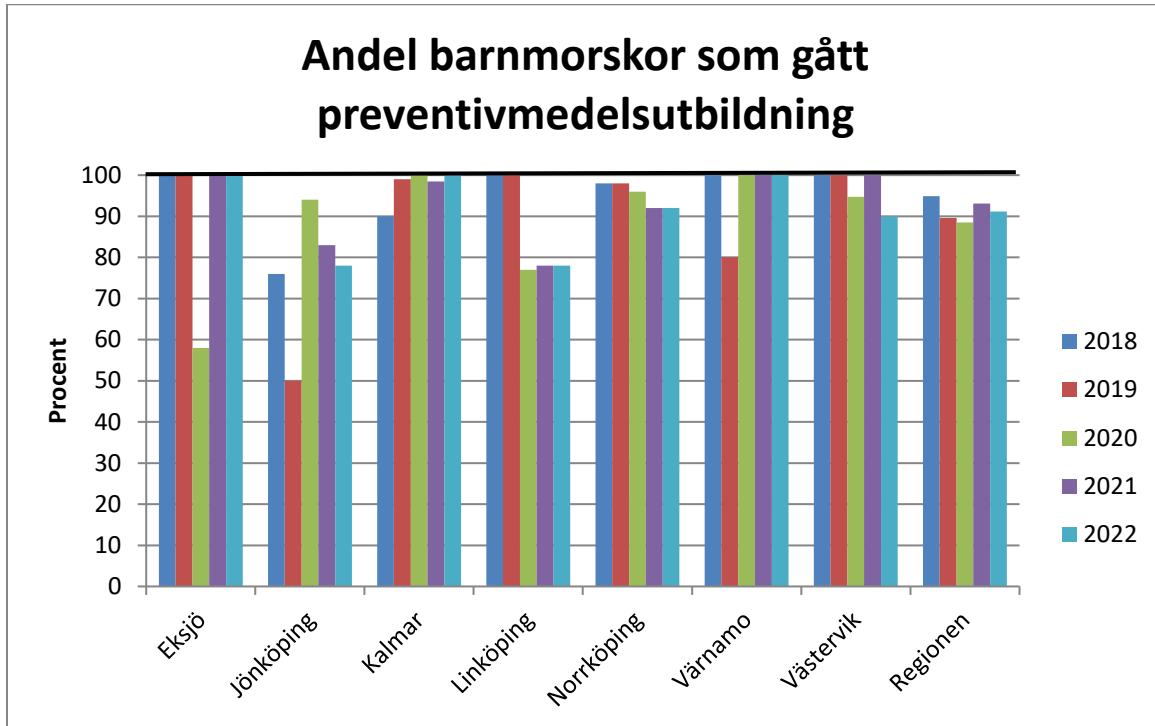
Det har varit svårt att hitta ett statistiskt säkert sätt att göra uttag för parametern om inte manuell redovisning skall införas. Uttag av data görs ur datajournal Cosmic för unika

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.

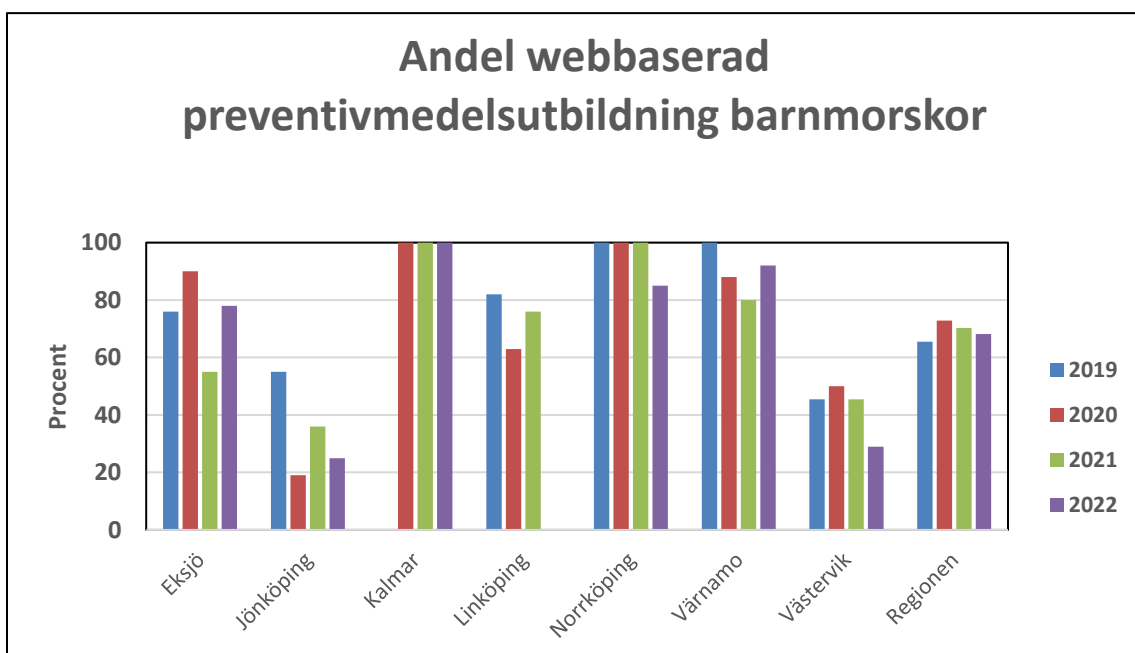
Förbättringsförslag: Kontakt har efter förra årets möte tagits med FARG för utveckling av diagnossättning för att tydligare kunna särskilja vilka som vid förstagångsförskrivning får förskrivet LARC, men tyvärr stannade frågan upp på grund av att BM i andra delar av landet inte diagnossätter i patientregistret. Ett förslag till nästa år är att visa vilket preventivmedel väljer kvinnor vid efterkontrollen.

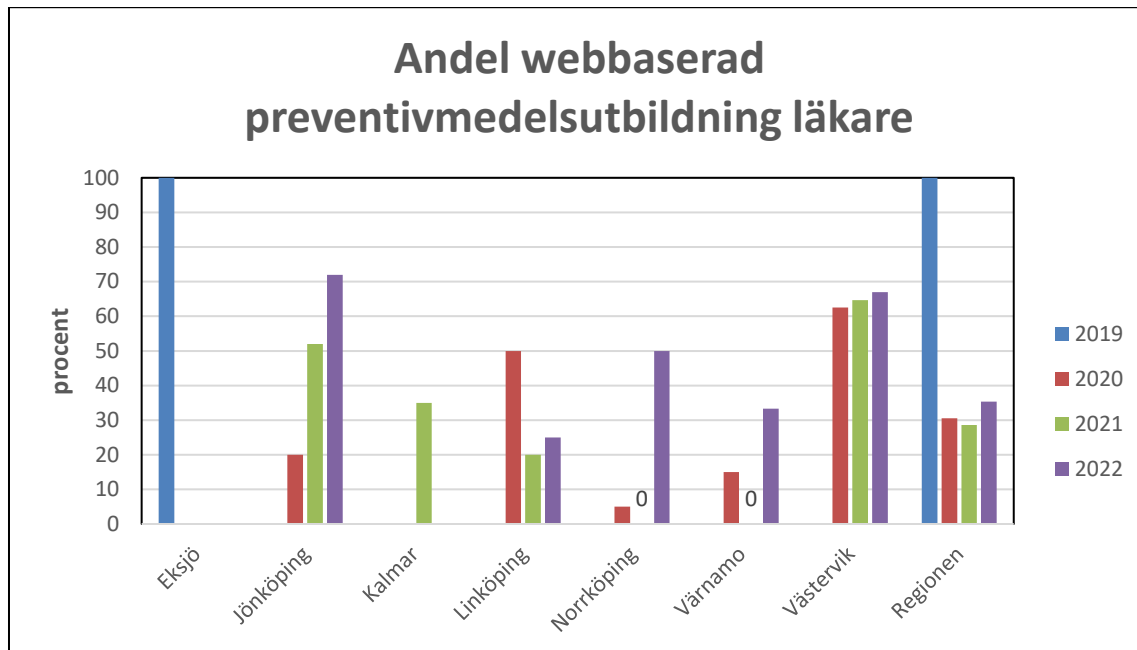


Familjeplanering



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 främjar god sexuell och reproduktiv hälsa. Under de senaste fem åren genomgången familjeplaneringskurs, används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor för att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

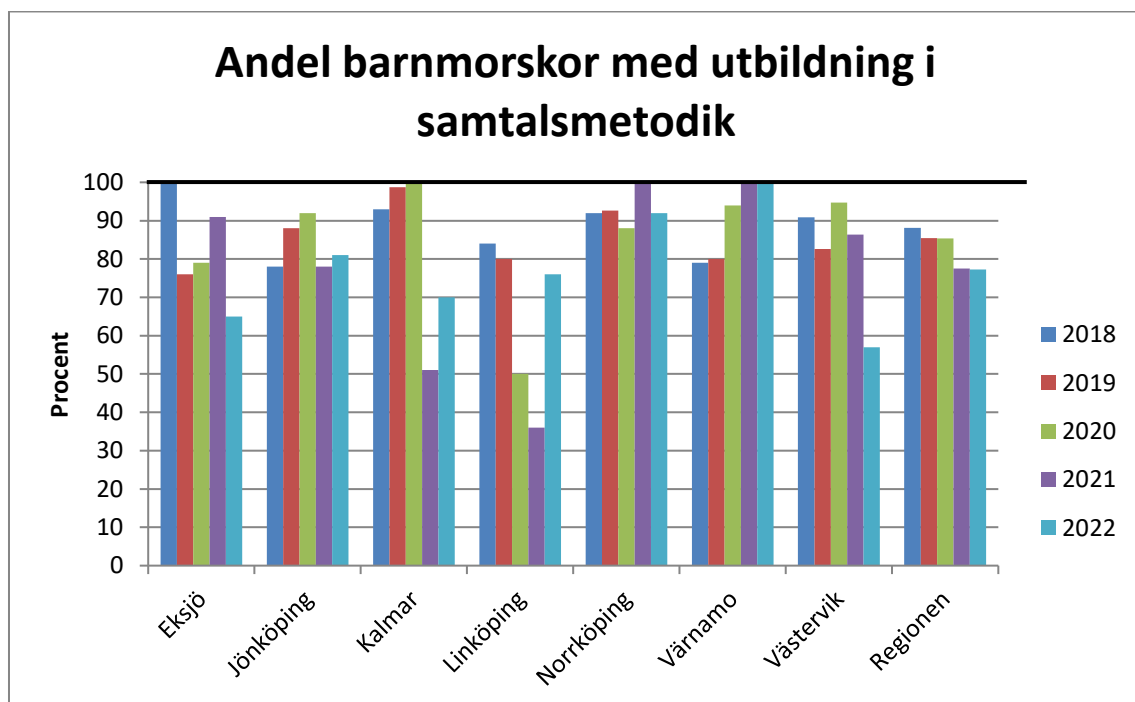
2022 hade 91% (78% -100%) av barnmorskorna i regionen tillräckligt aktuell utbildning motsvarande FARG steg I (saknas siffra från Västervik). Andelen varierar något år från år, vilket bedöms bero på viss personalomsättning. I regionen har vi ett samarbete kring utbildningsinsatserna och inbjudningar 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 webbaserad kortare utbildning med åtföljande test. Fr.o.m. förra året mäter vi andelen barnmorskor och läkare som under året genomfört detta ”prevtest”. År 2022 hade 76 % (25-100%) av barnmorskorna i regionen gjort detta test (saknas dock siffror från Linköping och Västervik). Då FARG-utbildning anordnats nedprioriteras det året prev-testet.



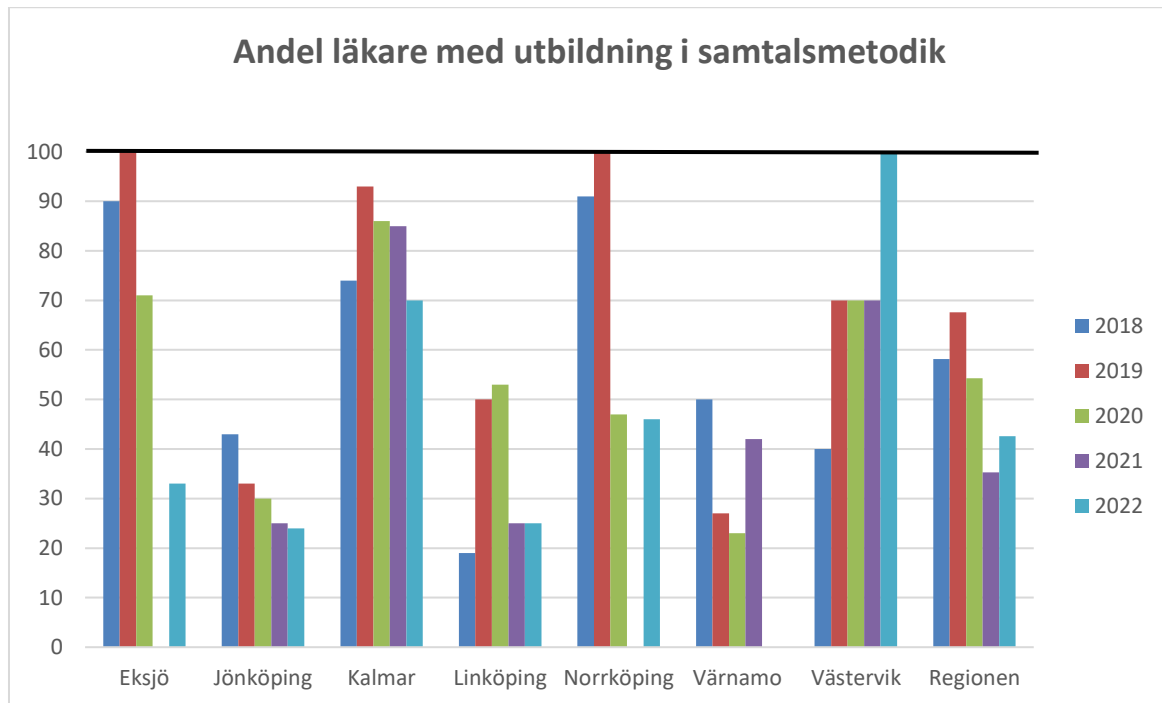
Andelen läkare som har genomfört testet är generellt låg: 36% (0%-72%), det saknas siffror från Eksjö.

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

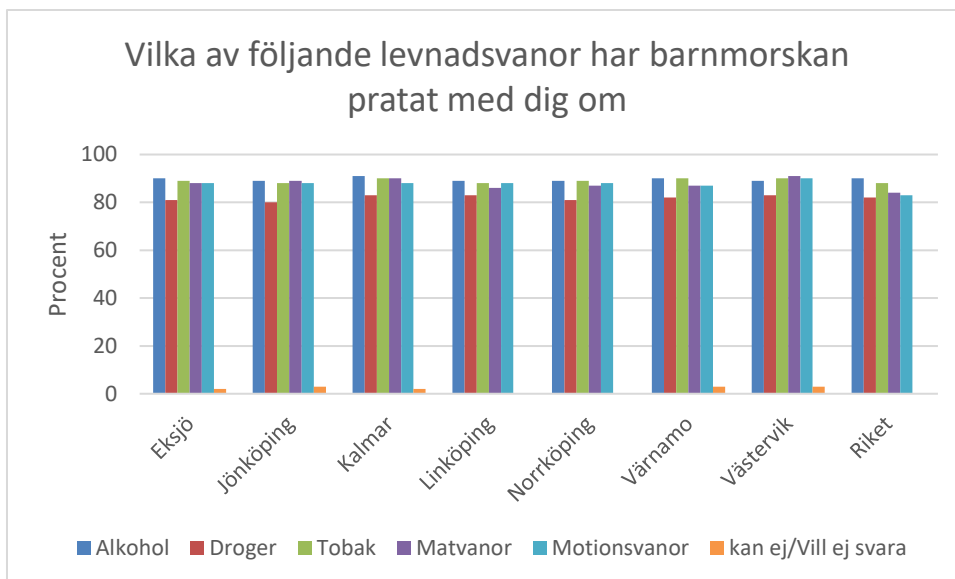
”Motiverande samtal” (MI: Motivational Interviewing) används inom mödrahälsovården bl.a. för att främja livsstilsförändringar. MI är en evidensbaserad samtalsmetodik som har visat sig kunna påverka utfallet av olika interventioner.

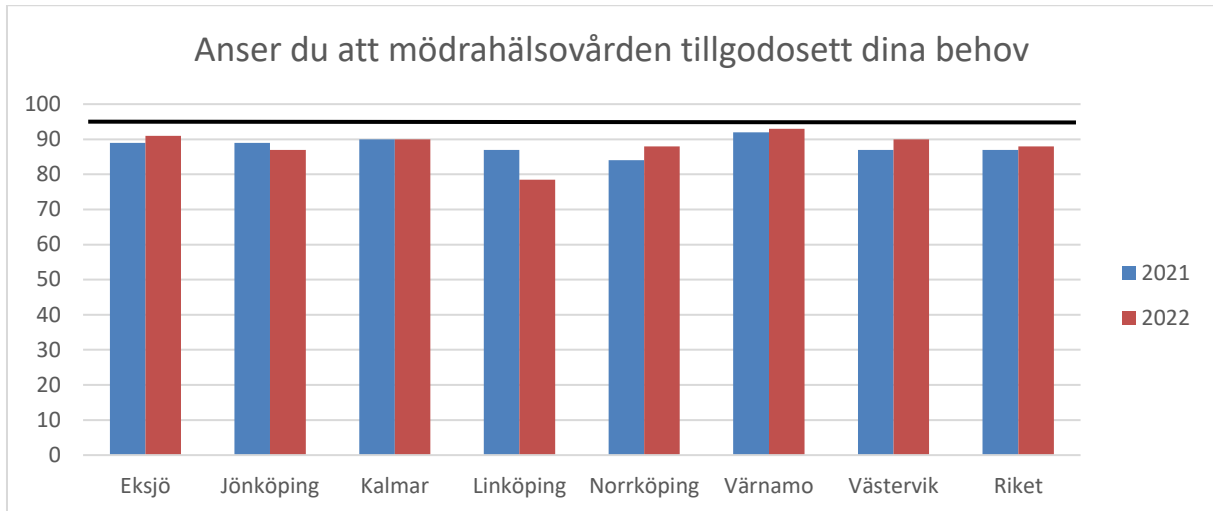
Vi anser det önskvärt att barnmorskor och läkare som arbetar med mödrahälsovård behärskar och använder sig av MI. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt. Målsättningen ska vara att alla barnmorskor och läkare är grundutbildade och sedan får upprepade utbildning minst vart femte år.

I regionen har 81% (65-100%) av barnmorskorna och 33% (24 - 70%) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. (Siffror saknas avseende barnmorskorna från Västervik och avseende läkare från Västervik.) Nyanställningar påverkar ibland utfallet. I rådande läkar- och barnmorskebrist kan det vara svårt att prioritera MI-utbildning och nyligen har med stor sannolikhet Covid-19 påverkat utbildningsmöjligheterna. 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 och sedan upprepade utbildning (minst en halv dag) i samtalsmetodik vart femte år.

Med start 2022 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





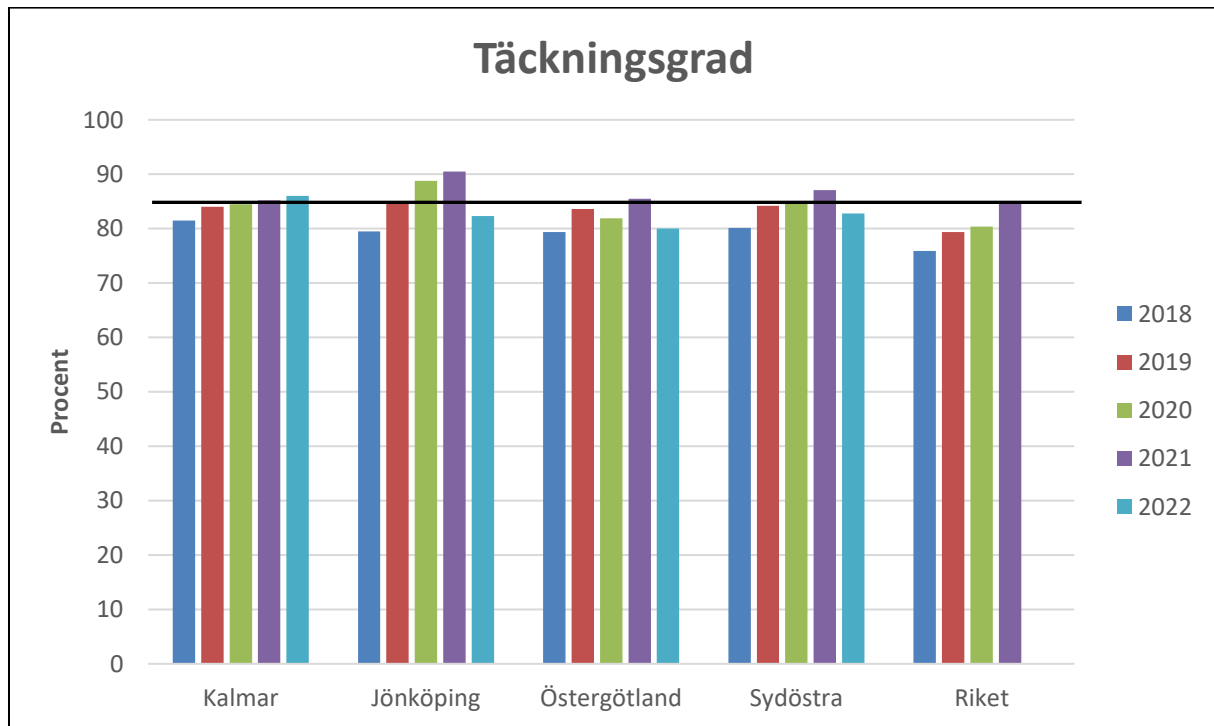
Målvärde: 95%

Källa: Graviditetsenkäten

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.

Täckningsgraden har sjunkit något jämfört med 2020. Siffrorna håller på att återhämta sig efter pandemin?

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.

Uteblivarprojektet har startat på nytt, där skickar man hem hela provtagningskittet direkt till skillnad från vanliga screeningpopulationen. Man har valt att inte gå igenom vilka som tidigare har fått erbjudande utan man börjar om på nytt för att förhoppningsvis även fånga upp sådana som tidigare fått erbjudande.

Utrotningsprojektet startade december 2022 med utskick. Alla med kvinnligt personnummer födda mellan 1994-1998 får erbjudande om självprovtagning och vaccination (oavsett tidigare vaccinationsstatus) i två omgångar med ett intervall på 3 år. Vaccinet som ges är Gardasil 9, vilket ger skydd mot de HPV som enligt vårdprogrammet är klassade som hög- eller medelrisk samt kondylom.

Det finns ett nytt nationellt vårdprogram där syftet med rekommendationen är att nå nationell samordning och samsyn om screening för livmoderhalscancer.