

# Regionrapport

## Preventiv Kvinnohälsövård 2023





Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

## Innehåll

Introduktion .....	4
Organisation och arbetsmiljö .....	5
Diagram 1. Antal inskrivna på kvinnohälsovården 2023 .....	5
Diagram 2. Andel inskrivna (%) rapporterade till Graviditetsregistret.....	5
Diagram 3. Andel gravida (%) som träffat läkare under graviditeten .....	6
Diagram 4. Medelantal läkarkonsulter per inskrivna kvinnor .....	7
Diagram 5. Antal inskrivna per barnmorska.....	8
Diagram 6. Andel läkare (%) med utbildning i samtalsmetodik .....	9
Diagram 7. Andel barnmorskor (%) med utbildning i samtalsmetodik .....	9
Preventiv Hälsa.....	10
Preventivmedelsutbildning .....	10
Prekonceptionell hälsa .....	11
Cervixcancerprevention .....	12
Diagram 8. Täckningsgrad GCK (%).....	13
Vad erbjuds.....	13
Information om vaccinationer under graviditet.....	13
Föräldraskapsstöd .....	14
Diagram 9. Deltagande i föräldraskapsstöd, förstföderskor (%) .....	15
Tolkanvändning .....	15
Diagram 10a: Utomnordiskt födelse land och användning av tolk vid minst ett tillfälle.....	16
Diagram 10b: Andel gravida (%) födda utanför Norden som vid ett eller flera tillfällen kommunicerat via professionell tolk.....	16
Fosterdiagnostik .....	17
Eftervårdsbesök.....	17
Den gravidas upplevelse av kvinnohälsovården .....	18
Diagram 11a. Anser du att mödrahälsovården tillgodosett ditt behov? (%) .....	18
Diagram 11b. Skulle du rekommendera den MHV du besökt (%).....	19
Levnadsvanor .....	19
Vikt.....	20



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Diagram 13. Andel inskrivna (%) med BMI $\geq$ 30 .....	22
Diagram 14. Medelviktuppgång i BMI-klasser 2023.....	23
Substansbruk och graviditet.....	23
Alkohol.....	24
Tobak/nikotin .....	25
Diagram 12. Vilka av följande levnadsvanor har barnmorskan pratat med dig om?.....	26
Medicinska parametrar .....	26
Graviditetsdiabetes .....	26
Diagram 15. Andel gravida (%) som fått diagnosen graviditetsdiabetes .....	26
Preeklampsi .....	28
SGA – Lätt för tiden .....	29
Diagram 16. Antal födda och andel upptäckta SGA-barn (%) .....	30
Psykisk ohälsa .....	30
Psykisk ohälsa under graviditet.....	30
Diagram 17. Andel gravida (%) som fått behandling mot psykisk ohälsa .....	31
Tillfrågats om våldsutsatthet.....	32
Diagram 18. Andel gravida (%) som tillfrågats om våldsutsatthet.....	33
Förlossningsrädsla .....	33
Diagram 19. Andel gravida (%) som fått extra stöd pga förlossningsrädsla.....	34
FUR .....	34
Extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla .....	35



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

## 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 2023. Datauttaget gjordes i slutet på april 2024. Det kan vara så att ett antal graviditeter inte var slutrapporterade vid tiden för datauttaget.

*Gruppen består av:*

### **Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:**

Margarita Malamova Eksjö  
Ulrika Laurelii Jönköping  
Maria Eriksson Kalmar  
Kristina Kernell Linköping  
Valerie Stålberg Norrköping  
Katarina Blomstrand Värnamo  
Lisa Lindholm Jansson Västervik

### **Samordningsbarnmorskor i regionen:**

Jessika Karlsson Eksjö  
Sofia Karlsson Jönköping  
Sofia Dorji Jönköping  
Ulla Tränk Kalmar  
Lovisa Lingetun Linköping  
Maria Åkerlund Norrköping  
Monica Hellström Värnamo  
Eva Wester Västervik  
Elin Johansson Västervik

**Verksamhetschefsrepresentant** Catarina Notelid-Claus

**IT-samordnare** Olga Bjarnehäll



## Organisation och arbetsmiljö

År 2023 skrevs det in 11351 gravida inom Sydöstra regionen enligt Obstetrixliggaren.

Diagram 1. Antal inskrivna på kvinnohälsovården 2023

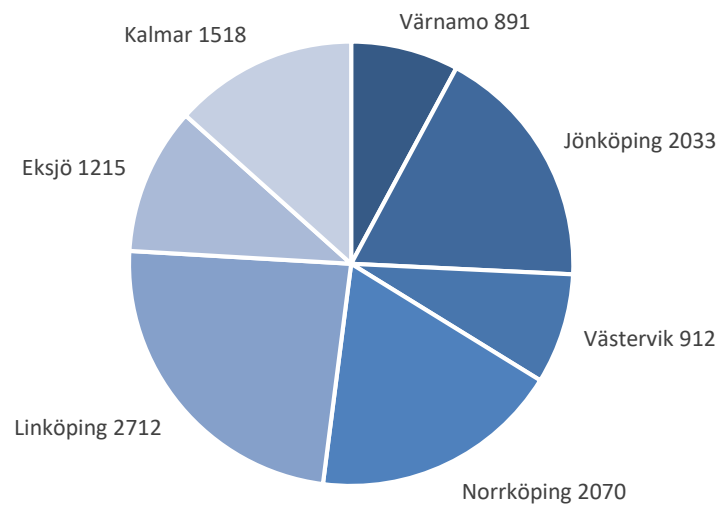
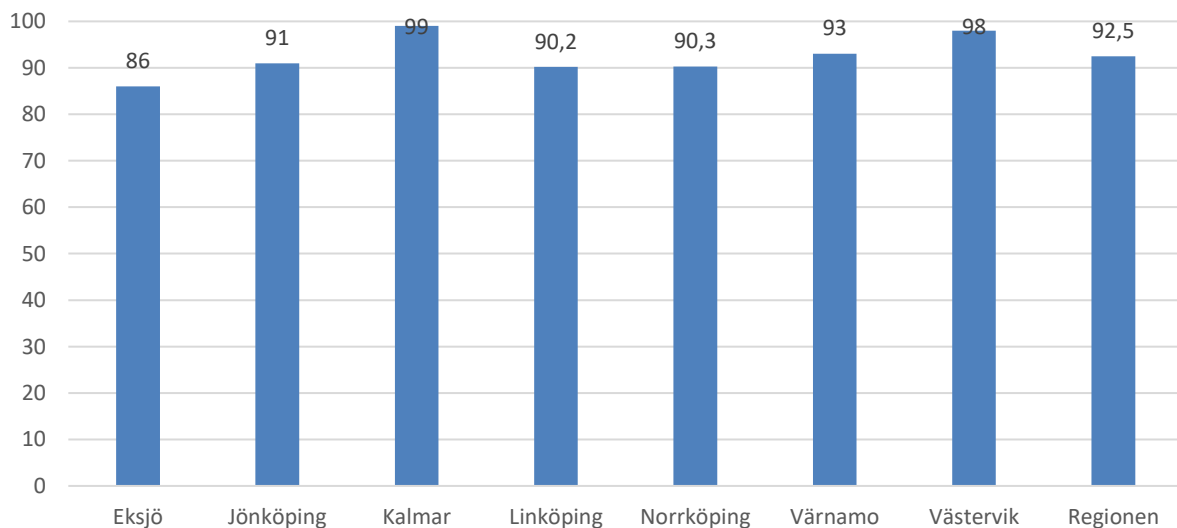


Diagram 2. Andel inskrivna (%) rapporterade till Graviditetsregistret



**Målvärde 98%**

Källa: Graviditetsregistret



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

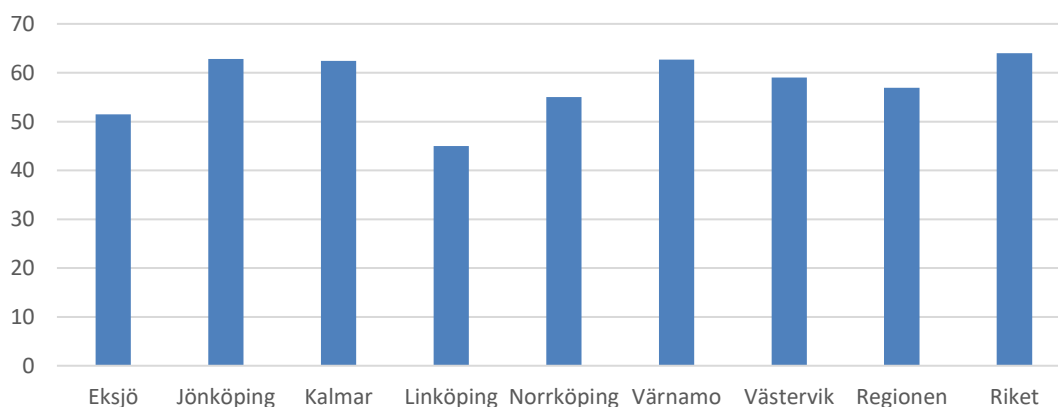
Jönköpings län

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 ultraljudsbarnmorskorna kontrollerar att kvinnan är inlagd i graviditetsregistret i samband med sitt första ultraljud så som i Jönköping eller i Kalmar där det ges personlig återkoppling till alla barnmorskor som glömt.

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

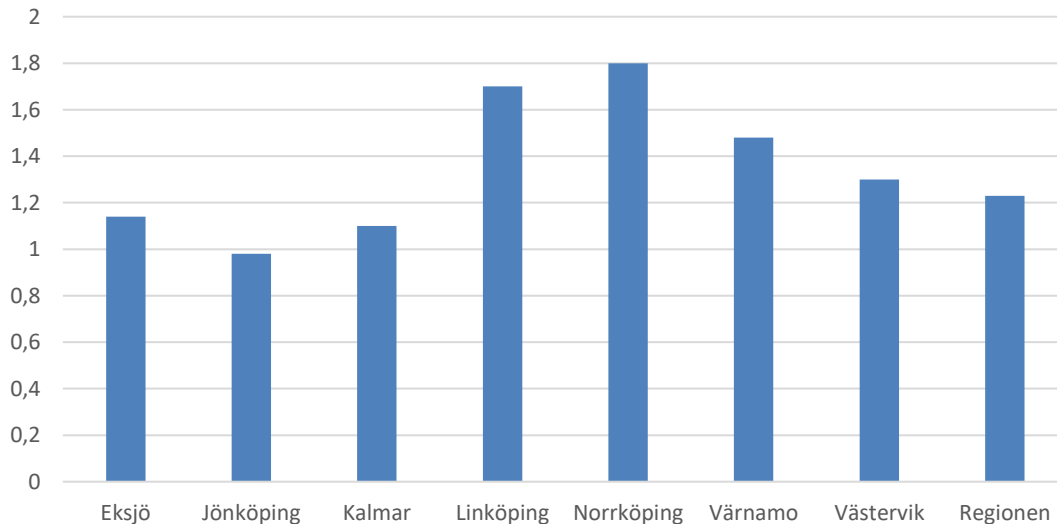
Diagram 3. Andel gravida (%) som träffat läkare under graviditeten



Källa: Graviditetsregistret



Diagram 4. Medelantal läkarkonsulter per inskrivna kvinnor



Källa: Cosmictidbok alternativt Obstetrixtidbok antal konsulter/antal inskrivna

Vad som avses med parametern är att se hur stor andel av de gravida som har varit i kontakt med en läkare en eller flera gånger under sin graviditet, pga. graviditetsrelaterade besvär, oavsett var besöket skett. Kontakten kan ha varit fysisk, digital eller per telefon. Värdet speglar då inte enbart tillgången till läkare på kvinnohälsovården utan även vårdtyngd. I vår region sker de flesta kontakterna 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 direkta patientkontakter och att kontakter på annat ställe än kvinnohälsovården kanske inte rutinmässigt registreras. Men det kan också spegla tillgången till läkartider, då det kan vara så att vid dålig tillgång på läkartider styrs besök över till en indirekt konsult, även om det borde varit en direkt patientkontakt.

Från 2019 inkluderas även medelantal läkarkonsulter per inskriven kvinna, för att få en helhetsbild. Vi har sett att både antalet direkta läkarkontakter och indirekta konsultationer ökar stadigt i hela regionen, vilket sannolikt speglar att vi har fler riskgraviditeter. Sedan i år ska konsulterna som sker gentemot förlossningen dokumenteras. Antal telefonkonsultationer mellan barnmorska och läkare registreras dock inte alltid på alla orter, vilket kan ge missvisande siffror.

**Förbättringsförslag:** För att förtydliga vårdtyngden skulle vi behöva börja mäta antalet riskgraviditeter. Detta görs i BHV-gruppens arbete om barnhälsovården och borde kunna



Region

Östergötland



Region Kalmar län

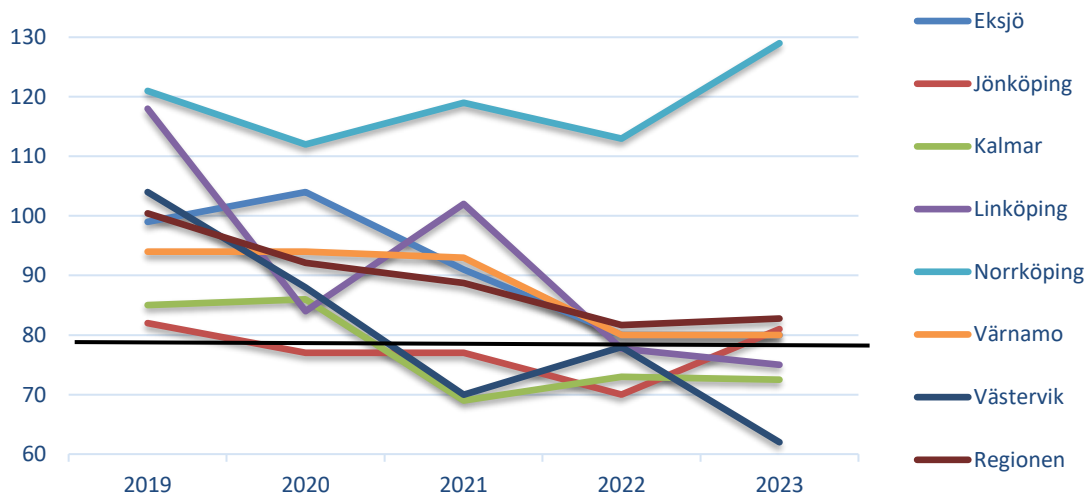


Region

Jönköpings län

implementeras även i kvinnohälsovården. Telefonkontakter behöver registreras mer konsekvent på alla orter och vi bör även börja mäta antalet digitala besök.

Diagram 5. Antal inskrivna per barnmorska



**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 62 i Västervik och som högst 129 i Norrköping. Trenden har, för de flesta mödrahälsovårdscentraler, varit en sjunkande arbetsbelastning som är mer i linje med ARG-rapportens rekommendationer. Detta kan sannolikt förklaras av sjunkande födslootal i regionen, då tillgången på barnmorskor inte har förbättrats. Det finns dock en stor variation där Norrköping utmärker sig. Skillnaderna kan 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. Kvinnohälsovårdens 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 kvinnohälsovården är nödvändig för rimlig arbetsbelastning och därmed en hög patientsäkerhet.

**Förbättringsförslag:** Det ses en tydlig snedfördelning avseende andelen inskrivna per barnmorska i regionen där Norrköping sticker ut med ett mycket högre antal inskrivna per



barnmorska och detta mönster har setts under flera år. Detta behöver snarast belysas av lokala aktörer då trenden snarare pekar åt fel håll. Kvinnohälsovården 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. Detta gör att vi behöver arbeta ännu mer med prioriteringar.

Det är också viktigt att sätta dessa siffror i relation till arbetsmiljöproblem orsakade av stress och eventuell underbemanning. För att få en mer tydlig bild av detta problem skulle det vara intressant att i framtiden mäta sjukfrånvaro och annan korttidsfrånvaro i personalgruppen, samt andel som arbetar hel/deltid.

Diagram 6. Andel läkare (%) med utbildning i samtalsmetodik

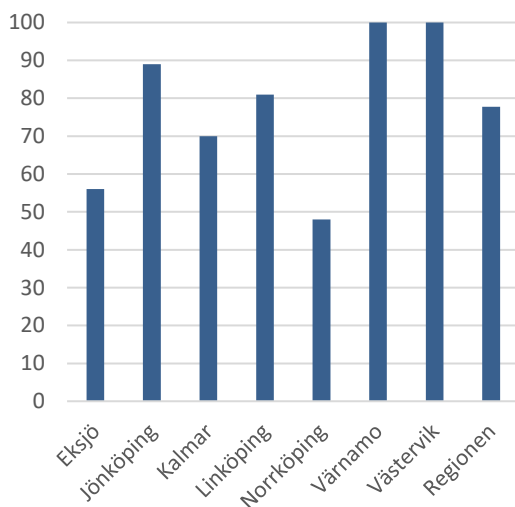
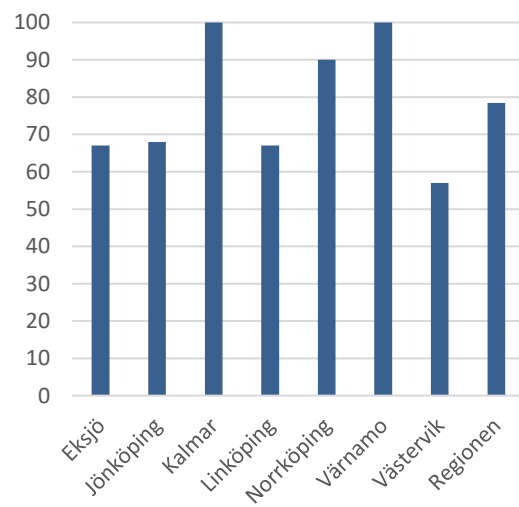


Diagram 7. Andel barnmorskor (%) med utbildning i samtalsmetodik



#### Mål 100%

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

”Motiverande samtal” (MI: Motivational Interviewing) används inom kvinnohälsovården 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 kvinnohälsovård behärskar och använder sig av MI som arbetsredskap. Kvinnohälsovården 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. Detta är dock ett något svårvärderat mått att jämföra då det förekommer väldigt olika typer av utbildningar.

I regionen har 78% av barnmorskorna och läkare verksamma inom kvinnohälsovården aktuell utbildning i samtalsmetodik. Nyanställningar påverkar, framför allt på mindre orter, utfallet. Vi ser en viss fortsatt eftersläpning i kompetensutveckling generellt efter Covidpandemin. På vissa orter, som tex Jönköping, har man dock under början 2024 gjort en stor MI-utbildningsinsats vilken är medräknad i den redovisade siffran ovan.

#### MI utbildning ger redskap att:

- ✓ Hantera svåra samtal och möten
- ✓ Ha effektivare och mer empatiska samtal
- ✓ Förstärka delaktighet och tillit till egen förmåga
- ✓ Locka fram och väcka motivation
- ✓ Möta konflikter och motstånd

**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.

## Preventiv Hälsa

### Preventivmedelsutbildning

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 familjeplaneringskurs, 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. 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.

**Förbättringsförslag:** Preventivmedelsutbildning var 3:e år istället för var 6:e år kan underlätta för barnmorskorna att bibehålla kompetens och kunskapsnivå eftersom detta är

ett dynamiskt område där det pågår mycket forskning vilket leder till nya och förändrade rekommendationer. Planerad halvdag preventivmedelsutbildning till hösten. Man ska ta kontakt med FARG-gruppen för att stämma av innehållet av utbildningen.

### Prekonceptionell hälsa

Prekonceptionell hälsa handlar om hälso- och levnadsvanor inför graviditet och under tidig graviditet. Hälso- och sjukvården behöver främja möjligheten att bli gravid, ha en hälsosam graviditet och få friska barn samt motverka oönskade graviditeter. Kvinnohälsovården har en central roll i arbetet med att bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa. Blivande föräldrars levnadsvanor påverkar fostrets utveckling och barnets framtida hälsa. Den som är gravid, eller planerar att bli det, bör till exempel avstå från tobak, alkohol och droger samt ta tillskott av folsyra. Detta minskar risken för missfall och fosterskador. Tyvärr är det många som inte ändrar sina levnadsvanor före ett graviditetsbesked, och som inte tar folsyra inför eller tidigt i graviditeten. Mycket hälsoinformation når inte ut i rätt tid.

Rådgivning behövs alltså i fler sammanhang än i enbart kvinnohälsovården (till exempel på ungdomsmottagningar och vårdcentraler), och inte bara till dem som planerar att bli gravida. En stor del av alla graviditeter är inte planerade men ändå önskade. När man optimerar den prekonceptionella hälsan ökar möjligheterna till en hälsosam graviditet och ett friskt barn.

I kvinnohälsovårdens uppdrag ingår flera delar där råd om prekonceptionell hälsa kan bli aktuella, till exempel:

- familjeplanering på individnivå
- gynekologisk cellprovtagning för att förebygga livmoderhalscancer
- utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner på grupp- och samhällsnivå
- folkhälsoarbete och samtal om levnadsvanor

Prekonceptionell hälsa är dock ett relativt nytt område. Endast ett fåtal regioner erbjuder rutinmässigt råd om prekonceptionell hälsa i kvinnohälsovården. Socialstyrelsen rekommenderar sedan 2018 hälso- och sjukvården att erbjuda rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal som är specifikt anpassade till gravida. Rekommendationerna ingår i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Nationellt kunskapsstöd finns på [\\*Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/prekonceptionell-halsa-levnadsvanor-fore-och-under-graviditet)

**Förbättringsförslag:** Fortsatta främja prekonceptionell hälsa med fokus på ungdomsmottagningarna och vid preventivmedelsrådgivning. Planerade besök för prekonceptionell rådgivning.

## Cervixcancerprevention

Sveriges regioner har beslutat att samverka för att minska insjuknandet i livmoderhalscancer. Den långsiktiga målbilden är att utrota sjukdomen. Det sker dels genom ett välfungerande screeningprogram och dels genom vaccination mot HPV inom skolhälsovård samt som riktad insats till kvinnor födda 1994-99.

Under november 2022 antogs ett nytt nationellt vårdprogram för cervixcancerprevention som håller på att implementeras i sydöstra regionen. Detta innebär bl.a. primär HPV-analys med utökad genotypning, ändrat screening intervall samt att som alternativ till cellprovtagning hos barnmorska kan självprovtagning erbjudas ordinarie screening population. Bakgrund, orsaker och prevention - RCC Kunskapsbanken ([cancercentrum.se](http://cancercentrum.se)) Regionerna har kommit olika långt med implementeringen där Östergötland sedan pandemin skickat självtester HPV som alternativ till barnmorsketaget cellprov.

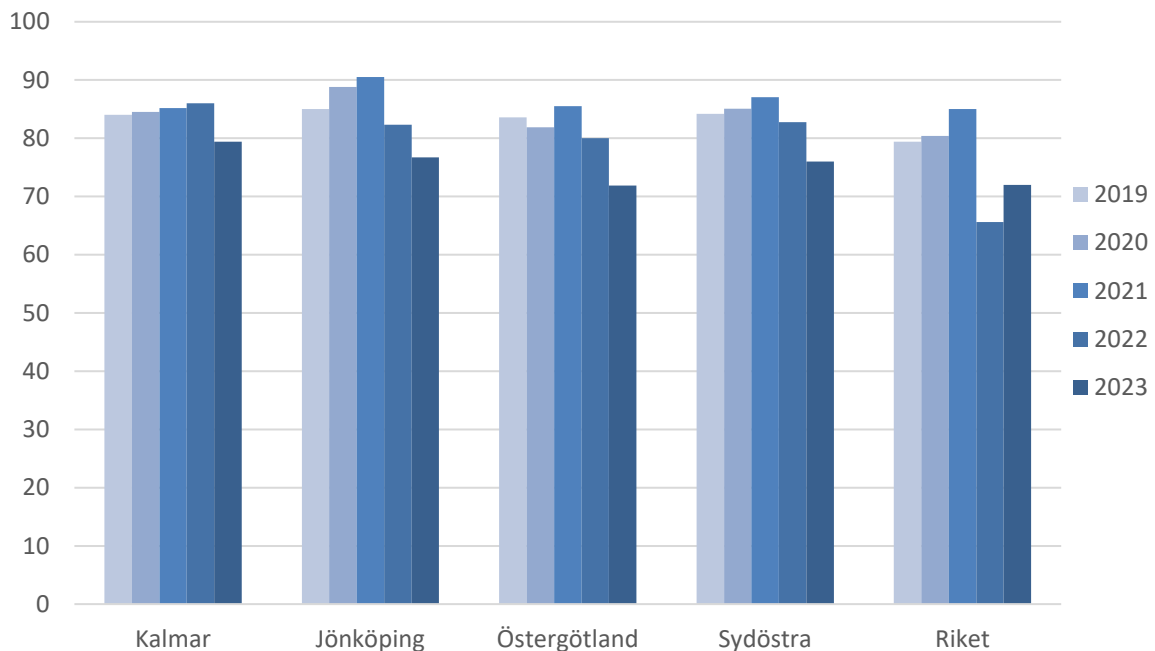
För att öka täckningsgraden och nå riskgrupper har sedan 2022, självtest HPV skickat ut till kvinnor som uteblivit från cellprov de senaste 7 åren.

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.

**Förbättringsförslag:** Mer riktade insatser för att nå kvinnor i områden med låg täckningsgrad. Tydlig kommunikationsplan inför förändringar kring det nya vårdprogrammet.



Diagram 8. Täckningsgrad GCK (%)



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

## Vad erbjuds

Inom kvinnohälsovården erbjuds olika former av stöd, information samt även viss diagnostik bl.a.:

### Information om vaccinationer under graviditet

Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination under graviditet mot influensa, Covid och kikhosta. Inom mödrahälsovården ges denna information till alla gravida och kvinnorna hänvisas till hälsocentral eller vaccinationscentral efter graviditetsvecka 12 för vaccinering mot influensa och Covid. De gravida erbjuds även vaccinering mot kikhosta efter graviditetsvecka 16. Detta för att barnet vid födelsen ska ha fått antikroppar från modern och minska risken för barnet att insjukna i kikhosta under de första levnadsmånaderna innan barnet kan direktvaccineras. Kikhostevaccinet administreras olika inom de olika delarna av



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Sydöstra regionen; antingen av personal på kvinnohälsovården, på hälsocentral eller vaccinationscentral.

Det pågår även ett arbete inom Folkhälsomyndigheten angående eventuell rekommendation av RS-virus-vaccin till gravida.

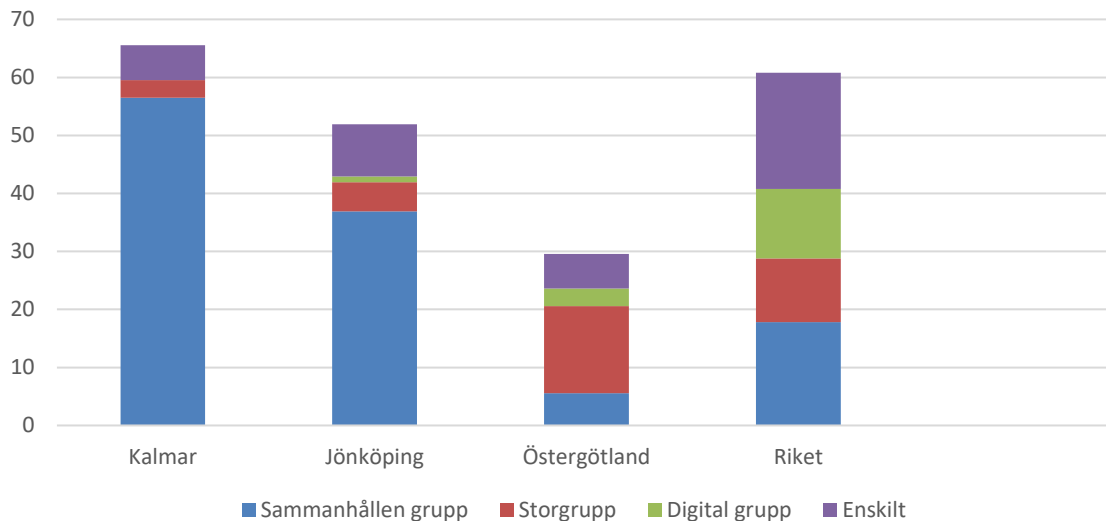
**Förbättringsförslag:** Vaccinationstäckningen mot kikhosta är större i regioner där vaccinationen utförs inom kvinnohälsovården. För att öka vaccinationstäckningen även i de andra regionerna bör vi arbeta för att kunna utföra vaccinationerna inom kvinnohälsovården i hela Sydöstra regionen.

### Föräldraskapsstöd

I mödrahälsovårdens uppdrag ingår att erbjuda föräldraskapsstöd under graviditeten för att förbereda såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen, samt att stärka blivande föräldrar inför föräldraskapet. Föräldraskapsstöd kan ske genom enskilda möten med föräldrar, i föräldragrupper (generella eller riktade), eller i samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. Under Coronapandemin minskade föräldraskapsstödet men har därefter ökat igen. Region Östergötland återinförde föräldraskapsstöd först under hösten 2023. Även om efterfrågan på fysiska besök för föräldraskapsstöd är stor är det varierande uppslutning på erbjudna träffar. Ett nationellt arbete pågår med ett digitalt föräldraskapsstöd.



Diagram 9. Deltagande i föräldraskapsstöd, förstföderskor (%)



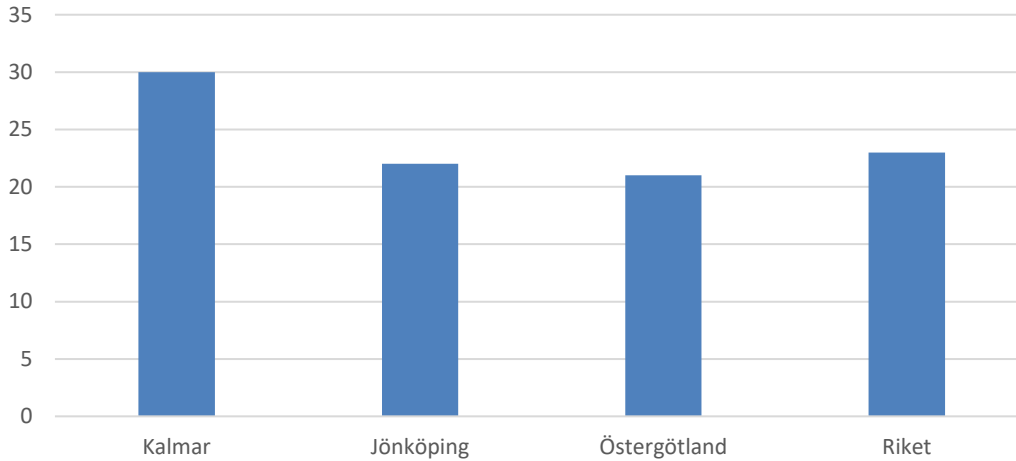
Källa: Graviditetsregistret

### Tolkanvändning

Enligt patient lagen är hälso- och sjukvården skyldig att anpassa information till bl.a. mottagarens språkliga bakgrund och inom kvinnohälsovården strävar man efter att alltid använda professionell tolk, på plats eller via telefon. 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. Andel användning av tolk beror givetvis på andel av befolkningen som är i behov av tolk. Och alla kvinnor födda utanför Norden har givetvis inte behov av tolk men detta exkluderar större andelen av de som inte behöver tolk. På Sydöstra regionens mottagningar är variationen stor i andel av de gravida kvinnorna som är födda i ett utomnordiskt land, från 0% till 73%. Andelen användning av tolk till de som är födda i ett land utanför Norden varierar också stort mellan olika enheter och regioner. I diagram (10a) ses andelen gravida som är utomnordiskt födda och som kommunicerat via professionell tolk vid minst ett tillfälle, uppdelat per region. Mellan de olika enheterna är variationen ännu större 0%-75%, se diagram (10b).

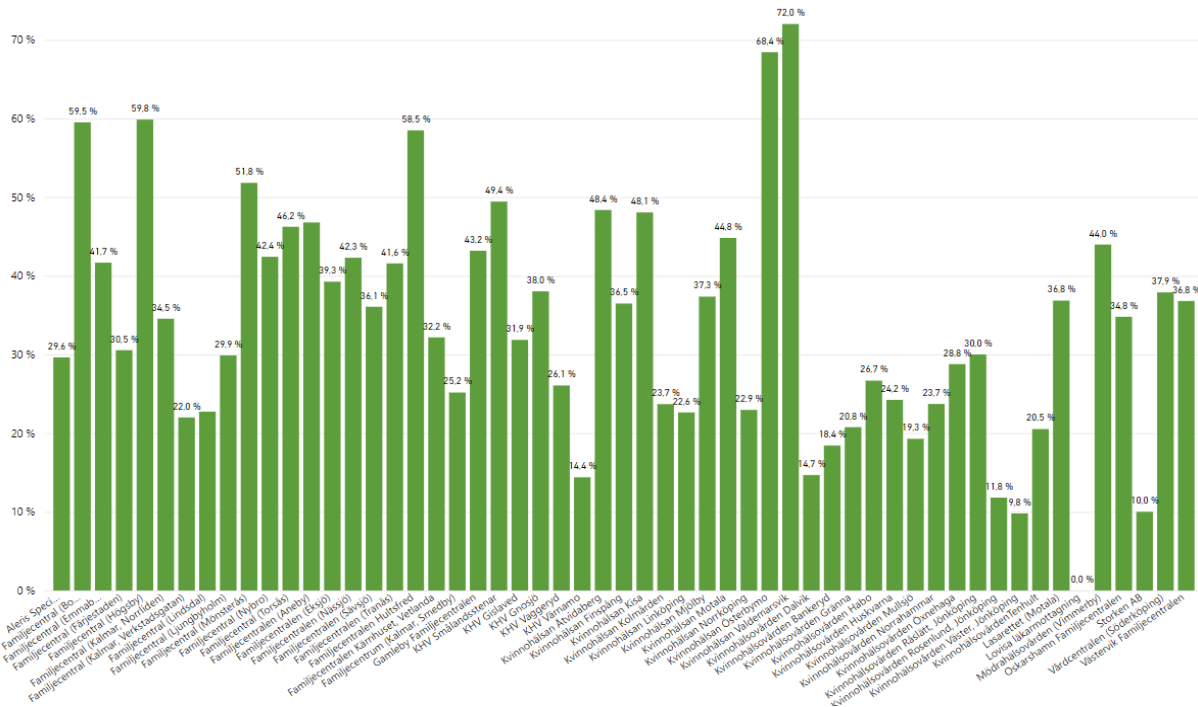


Diagram 10a: Utomnordiskt födelseland och användning av tolk vid minst ett tillfälle



Källa: Graviditetsregistret

Diagram 10b: Andel gravida (%) födda utanför Norden som vid ett eller flera tillfällen kommunicerat via professionell tolk



Källa: Graviditetsregistret



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.

### Fosterdiagnostik

Kvinnohälsovården ska erbjuda alla blivande föräldrar information om fosterdiagnostik, enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2012:20). Informationen ska vara både muntlig och skriftlig och den gravida/paret ska ges information i ett tvåstegsförfarande. Detta för att kunna göra ett informerat val om man vill ha information om fosterdiagnostik, steg 1, och att man därefter får informationen och tar beslut om man vill genomgå fosterdiagnostik i steg 2.

### Eftervårdsbesök

Alla gravida kvinnor i Sydöstra regionen erbjuds fr.o.m. 2023 ett uppföljande telefonsamtal med barnmorska på kvinnohälsovården 2-3 veckor efter förlossningen. Syftet är att tidigt fånga upp tecken på psykisk ohälsa, traumatisk förlossningsupplevelse, fysiska besvär, ge amningsstöd samt fånga upp och stötta sköra familjesituationer tidigt. Det är även en möjlighet att se över att kvinnan/paret har etablerat kontakt med BHV eller vid behov andra vårdinsatser som tex öppenvårdspsykiatri eller primärvården. Kvinnan ska även ges möjlighet att ställa frågor. Utöver det uppföljande telefonsamtalet efter några veckor erbjuds även ett eftervårdsbesök 6-12 veckor efter förlossningen. Vid detta besök erbjuds en genomgång av förlossningen och en medicinsk undersökning ingår liksom utvärdering av psykiskt hälsotillstånd, amningsstöd, uppföljning av levnadsvanor, diskussion kring preventivmedel och livsstilsfaktorer.

Kontakterna några veckor efter förlossningen är viktigt för att finna de kvinnor som haft ett

91% av kvinnorna i Sydöstra regionen kommer till detta fysiska besök. Motsvarande siffra i riket är 87.5%.



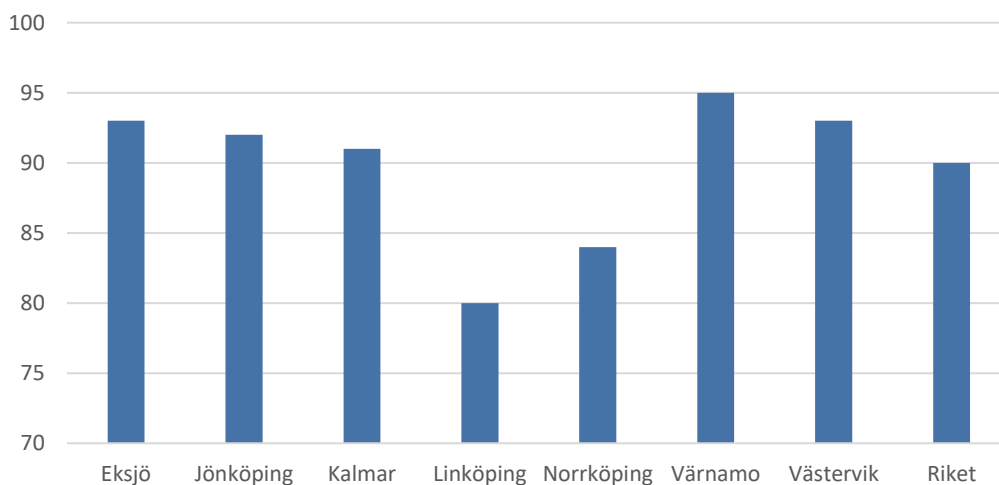
förlossningsupplevelse, för att vid behov kunna lotsa dessa patienter vidare till den hjälp de behöver eller för att diskutera påverkan på eventuella framtida graviditeter.

### Den gravidas upplevelse av kvinnohälsovården

Den gravidas upplevelse efterfrågas i Graviditetsenkäten som skickas ut vid tre tillfällen/graviditet: i graviditetsvecka 25, 8 veckor respektive 1 år efter att kvinnan fått barn.

Till stor del är de gravida nöjda med kvinnohälsovården (skattning i enkät 4/5 eller 5/5) men skillnader finns mellan olika områden inom sydöstra regionen. Nationellt besvaras ca 50% av enkäterna, vilket bedöms som en relevant svarsfrekvens med tanke på det stora materialet. I Sydöstra regionen besvaras något fler enkäter än nationellt, drygt 53%, men nästan hälften av de gravida kvinnornas upplevelse redovisas inte.

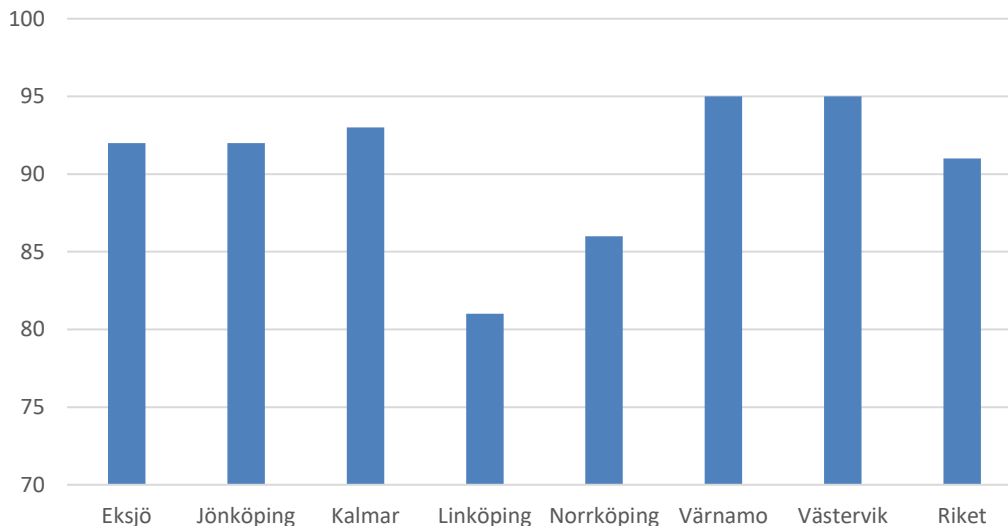
Diagram 11a. Anser du att mödrhälsovården tillgodosett ditt behov? (%)



Källa: Graviditetsregistret



Diagram 11b. Skulle du rekommendera den MHV du besökt (%)



Källa: Graviditetsregistret

Skillnaden i upplevelse och nöjdhet med mödrahälsovården mellan regionerna kan bero på bl. a. olika kontinuitet av personal, olika belastning på enheterna m.m. Gällande Region Östergötland finns ytterligare faktorer som kanske orsakar en differens i upplevelsen. Sedan några år tillbaka pågår ett projekt där gravida med låg risk för komplikationer följer ett annat basprogram. Detta innebär färre kontroller och kontakter med mödrahälsovården jämfört med i de andra regionerna. Hur dessa kvinnor upplever lågriskprogrammet följs upp med en separat enkät och utvärdering av detta planeras.

**Förbättringsförslag:** Då vi ser att det skiljer sig mellan bl.a. antal inskrivna per barnmorska mellan regionerna (diagram 6), och en sannolik skillnad i arbetsbelastning bör arbetet med bemanning och arbetsmiljö fortsätta. Vi avvaktar även utvärderingen av Region Östergötlands lågriskbasprogram.

## Levnadsvanor

Barnmorskans arbete med goda levnadsvanor ökar förutsättningarna att bli gravid, förbättra graviditets- och förlossningsutfallet samt optimera förutsättningar för barnets hälsa genom livet. Att arbeta förebyggande är kostnadseffektivt.



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Att främja goda levnadsvanor och förebygga ohälsa är därför en mycket viktig del i barnmorskans uppdrag. Till sin hjälp i arbetet kan barnmorskan använda sig av kunskapsunderlaget "Hållbar livsstil, barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning" ([https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/03/Hallbar-livsstil\\_Barnmorskans-samtal-om-levnadsvanor\\_2021\\_version-3.0-1.pdf](https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/03/Hallbar-livsstil_Barnmorskans-samtal-om-levnadsvanor_2021_version-3.0-1.pdf))

I mycket tidig graviditet är det viktigt att identifiera ohälsosamma levnadsvanor såsom bruk av tobak/nikotin, alkohol och substansbruk samt droger då det kan påverka fostret redan från graviditetsvecka 2-3.

Det är av yttersta vikt att både barnmorska och läkare som arbetar inom mödravård har grundläggande utbildning samt deltar i catchup-utbildning inom motiverande samtal.



## Vikt

Idag har mer än hälften av Sveriges befolkning 16–84 år övervikt eller obesitas 51,1% och siffrorna ökar successivt år från år. Med stigande BMI hos en gravid kvinna, ökar risken för ett flertal komplikationer. Risken för upprepade missfall är nästan fördubblad.

Graviditetsdiabetes, preeklampsi (havandeskapsförgiftning) och graviditetshypertoni är betydligt vanligare hos gravida med övervikt och obesitas. Andelen gravida som förlöses med kejsarsnitt är större bland kvinnor med ökande BMI. Barn som är stora för tiden, det vill säga som väger mer än förväntat den aktuella graviditetsveckan, är fem gånger vanligare hos gravida med obesitas. Risken för vissa missbildningar ökar om den gravida har obesitas, liksom risken för dödföddhet. 2023 var 28,4% av de gravida överviktiga och 17,9% procent

hade obesitas i Sverige. I regionen är det fler jämfört med riket som har ett BMI > 30 vid inskrivning (20,5%). Andelen ökar. Kvinnor med obesitas behöver extra uppmärksamhet under graviditeten för att komplikationer ska upptäckas. Lägre viktuppgång minskar komplikationer. Det är även av stor betydelse för kvinnor som fött barn att återgå till sin pregravid vikt, senast ett år efter förlossningen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer *Graviditet, förlossning och tiden efter* från 2023 rekommenderas med prioritet 2 kompetensutveckling inom obesitas för personal i hälso- och sjukvården samt med prioritet 4 kombinerad levnadsvanebehandling.

Kvinnohälsovården har ett utmanande och angeläget arbete att bemöta den gravida med respekt och professionalitet i fråga om vikt och hälsosamma levnadsvanor. I basprogrammet för den gravida ingår kontroll av vikt och uträkning av BMI. Riktade insatser i form av råd om livsstilsförändringar, kostintag och fysisk aktivitet sker kontinuerligt. Kvinnor inom alla BMI klasser informeras om rekommenderad viktuppgång under graviditet. Det är angeläget att hålla viktuppgången inom rekommenderat område för att minska komplikationer. I regionen har alla sjukhusområden särskild riktlinje för de med fetma vid inskrivningen. Inom vissa delar av regionen finns tillgång till hälsocoacher.

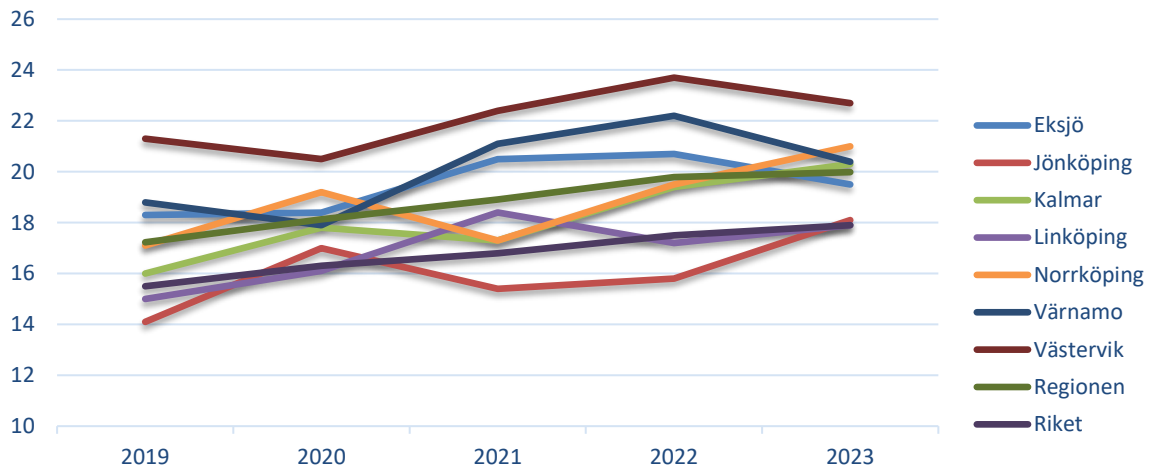
**Förbättringsförslag:** Kvinnohälsovården efterlyser ökat stöd från andra professioner såsom hälsocoacher och dietister samt tillgång till utarbetade stödverktyg i form av t.ex. appar med fokus på förändrade levnadsvanor.

För indelning i BMI-klasser i detta avsnitt användes WHO:s definitioner:	
undervikt	(BMI <18,5 kg/m <sup>2</sup> )
normalvikt	(BMI 18,5–24,9 kg/m <sup>2</sup> )
övervikt	(BMI 25,0–29,9 kg/m <sup>2</sup> )
obesitas grad 1	(BMI 30,0–34,9 kg/m <sup>2</sup> )
obesitas grad 2	(BMI 35,0–39,9 kg/m <sup>2</sup> )
obesitas grad 3	(BMI ≥40,0 kg/m <sup>2</sup> )





Diagram 13. Andel inskrivna (%) med BMI  $\geq 30$



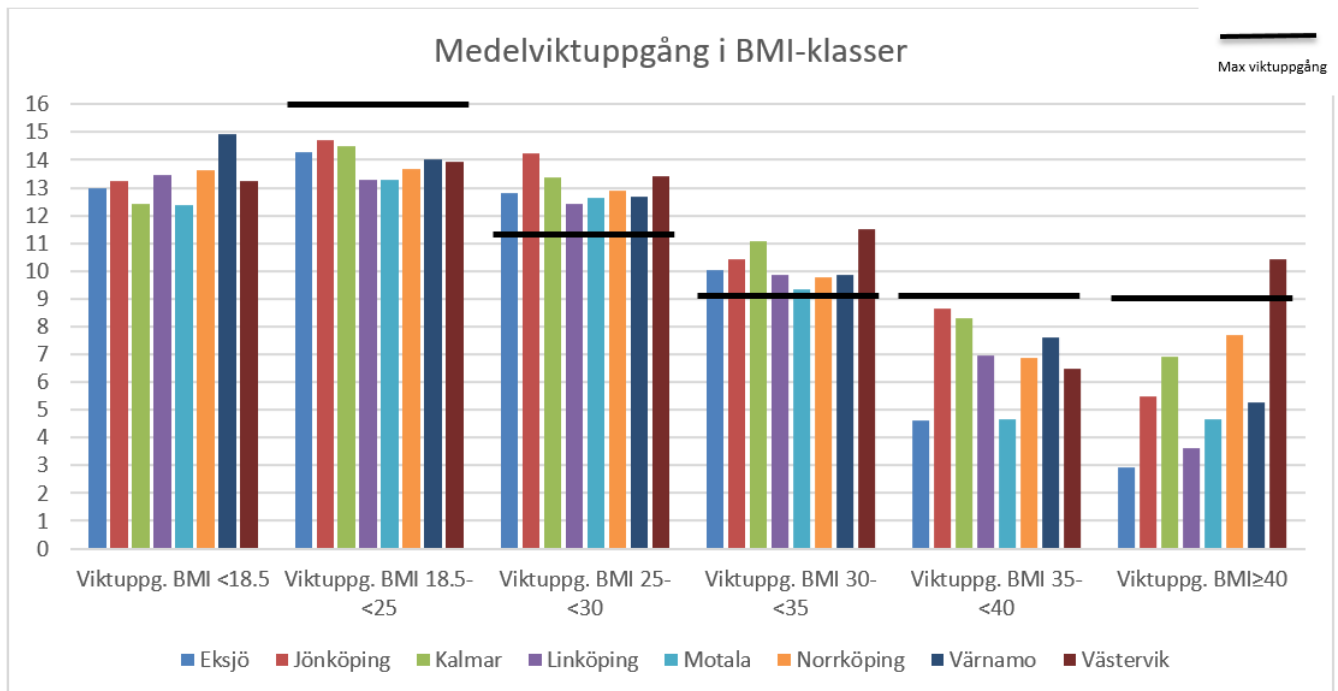
Källa: Graviditetregistret



2023 var 29,6 % av de gravida överviktiga och 20,5 % hade obesitas i Sydöstra regionen.



Diagram 14. Medelviktuppgång i BMI-klasser 2023



Källa: Gravitetregistret

**Rekommenderad viktuppgång**

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 &gt; 40kg: 5,0-9,1 kg

(ref: IOM, institute of medicine).

**Substansbruk och graviditet**

Alkohol-, drog- och nikotinbruk i samband med graviditet kan påverka både graviditeten och barnet på olika sätt med ett sämre utfall som följd. Det är viktigt att mödrahälsovården mycket tidigt i graviditeten informera om riskerna, identifiera gravida med tidigare eller pågående risk- eller missbruk och vid behov erbjuda stödinsatser.



Alkohol passerar via moderkakan över till fostret och resulterar i samma alkoholhalt hos både mor och foster. Rekommendationen är att helt avstå från alkohol under graviditeten. Även de som planerar en graviditet, såväl kvinnor som deras partner, rekommenderas undvika eller minimera exponering för alkohol för att därigenom öka förutsättningarna för en normal graviditet och ett friskt barn.

## Alkohol

Alkoholkonsumtion under graviditet ökar risken bland annat för; missfall, tillväxthämning, prematur födsel, intrauterin fosterdöd, kognitiva beteendestörningar och störningar i organutvecklingen hos barnet. Screening angående alkoholvanor med AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. AUDIT-formuläret är ett bra underlag för samtal om alkohol i samband med graviditet, men även om alkohol och livet som nybliven förälder. Andel gravida med utförd AUDIT 2023 ligger fortsatt högt i SÖ regionen på 97 %. Siffran för riket ligger på 94 %. Trenden för screening med AUDIT sedan 2015 har tydligt ökat successivt i Sydöstra regionen. AUDIT finns tillgängligt på andra språk och bör användas för att så många gravida som möjligt screenas angående alkoholvanor. Målet i Sydöstra regionen är att 100 % screenas. Under hösten 2019 genomfördes en utbildningsinsats gällande graviditet och alkohol och detta har eventuellt bidragit till bättre resultat i Sydöstra regionen.

**Förbättringsförslag:** Vi fortsätter även 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.

I regionen 2023 tillfrågades 97 %  
med AUDIT jämfört med riket 94 %



## Tobak/nikotin

Det är viktigt att så tidigt som möjligt identifiera gravida med bruk av tobak och nikotin. Rökning under graviditet ökar risken för intrauterin tillväxthämning, prematurförlossning, placentaavlossning, perinatal dödlighet, missbildningar och plötslig spädbarnsdöd.

Snusning har ökat kraftigt hos unga vilket medför ökade risk för missfall, prematur förlossning, intrauterin tillväxthämning, preeklampsi samt gom-, käk-, läppspalt.

Användande av nikotin i annan form som t.ex. e-cigarett, vejp, vitt snus, vattenpipa bör inte betraktas som riskfria alternativ och ska avrådas under graviditet. Även passiv rökning är ogynnsam för modern och det väntade barnet.

**Förbättringsförslag:** MI är ett viktigt verktyg i samtalet om levnadsvanor.

Tobaks- och nikotinanvändning belyses vid varje besök inom öppen- och slutenvården och ett ökat samarbete med enheter som arbetar med tobaksavvänjning bör eftersträvas alternativt att ha tillgång till egen tobaksavvänjare. Barnmorskan arbetar efter kunskapsunderlaget "Hållbar livsstil" – en handledning för barnmorskor om samtal om levnadsvanor.

### Visste du att!

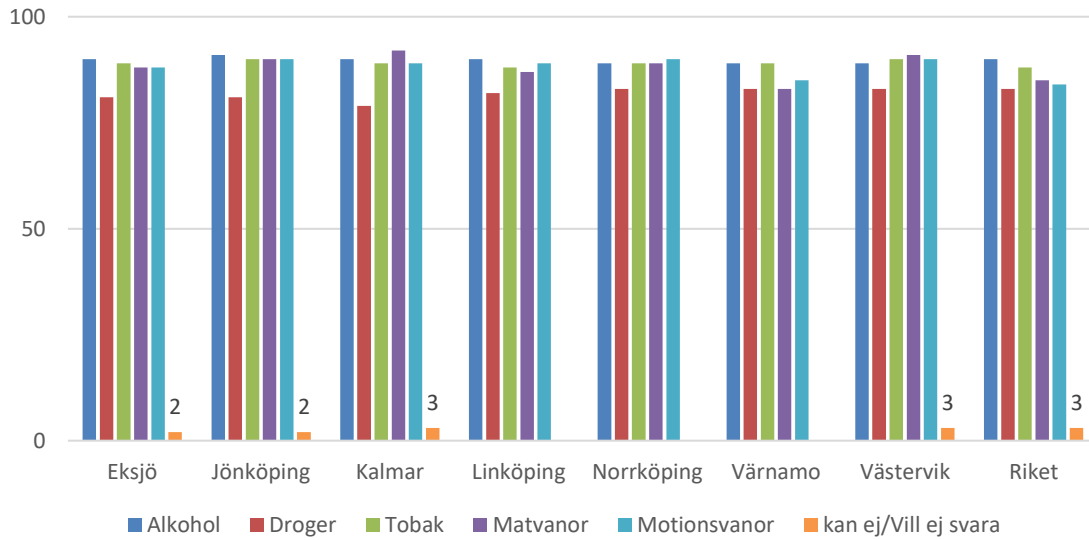
- Användandet av nikotin på annat sätt än rökning ökar i Sverige
- I regionen snusar 2023 8 % tre månader innan inskrivningen (riket 9%). 2018 var motsvarande siffra 4 %
- De som snusar i v 32 är runt 1 % både år 2021 och 2023 (samma som i riket)

I regionen är det 8.5% som röker 3 mån innan graviditet och det är 2,2 % i v 32 jämfört med 8.1 resp 1.7 % i riket.

I graviditetsenkäten tillfrågas den gravida om vilka levnadsvanor barnmorskan har pratat om. Det finns en viss diskrepans mellan t.ex. antalet genomförda AUDIT och den gravidas upplevda samtal om alkohol. DUDIT ska införas.



Diagram 12. Vilka av följande levnadsvanor har barnmorskan pratat med dig om?

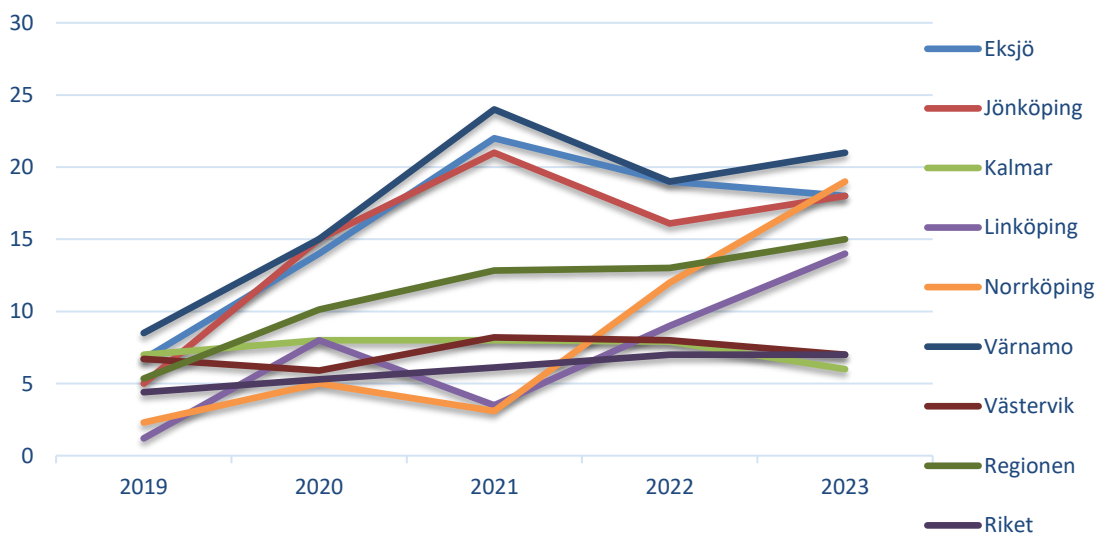


Källa: Graviditetsenkät

## Medicinska parametrar

### Graviditetsdiabetes

Diagram 15. Andel gravida (%) som fått diagnosen graviditetsdiabetes



Källa: Graviditetregistret

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 15% (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 21% i Värnamo till som lägst 6% i Kalmar) beroende på vilka gränsvärden som används:

- RJL: Eksjö, Jönköping och Värnamo startade redan under 2019 fullt ut med de nya rekommenderade gränsvärdena enligt ovan. 2023 fick hela 19% av den gravida populationen i Jönköpings län diagnosen GDM. Man kan vidare notera att uppdelat på födelseland får så hög andel som 29% av de icke svenskfödda kvinnorna diagnosen (jfr SÖ-regionen 23%, riket 11%), medan andelen hos svenskfödda är 15% (jfr SÖ-regionen 12%, riket 5%).
- 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 och Norrköping övergick hösten 2019 till kapillärt fastevärde 5,3 (venöst 5,1) och 2-h värde 9,4. Under Coronapandemin 2020-2022 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 kapillärt fastevärde 5,3 och 2-h värde 9,4.

De förändrade gränsvärdena har, särskilt i RJL där de nya rekommendationerna införts fullt ut, krävt väsentligt ökade insatser och förändrat arbetssätt i 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. Resultatet av denna studie ska presenteras inom kort. Socialstyrelsens projektledning för nationella riktlinjer förlossningsvård genomför för närvarande en översyn av gränsvärden för GDM i Sverige med syfte att uppdatera de tidigare rekommendationerna från 2015 (se ovan).

## Preeklampsi

Alltsedan mödrahälsovård började bedrivas har en grundläggande uppgift varit att identifiera kvinnor med preeklampsi, ca 2% av den gravida populationen. Kontroller av blodtryck och proteinuri är fortfarande de viktigaste parametrarna i basprogrammet för att säkra maternell och fetal hälsa. Handläggningen av preeklampsi har stor betydelse för utfallet, med intensifierad övervakning kan komplikationer undvikas och patienten förlösas i rätt tid.

På senare år har diverse modeller för individuell prediktion av risk för att utveckla preeklampsi prövats. Inom Sydöstra Sjukvårdsområdet används för närvarande två modeller. I Jönköpings och Kalmar län görs riskbedömning för preeklampsi utifrån patientens anamnes och status enligt SFOG's nationella rekommendationer, medan man i Östergötland använder sig av preeklampsiscreening enligt Fetal Medicine Foundation, där även biokemiska markörer och mätning av blodflödet i arteria uterina med ultraljud ingår. Den senare modellen (som är mer resurskrävande) är under utvärdering i ett lokalt pågående avhandlingsarbete.

De patienter som bedöms ha ökad risk att utveckla preeklampsi behandlas preventivt med lågdos ASA fr.o.m. graviditetsvecka 12 t.o.m. graviditetsvecka 36 varvid andelen svåra preeklampsifall -särskilt i tidig graviditet- kommer att minska.

Andel patienter som får ASA  
förskrivet: Värnamo 4,6%, Eksjö  
3,9% och Jönköping 5,2%.

## SGA – Lätt för tiden

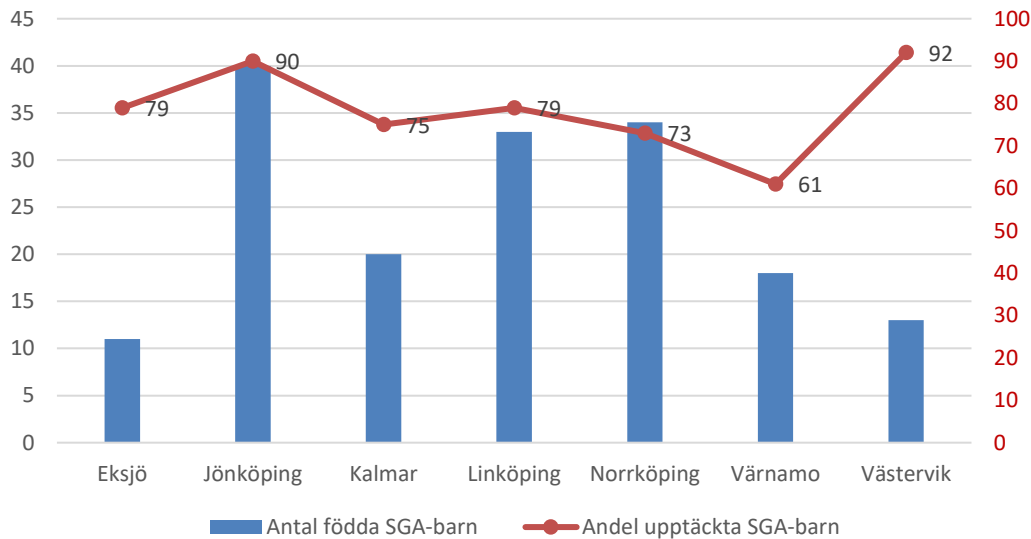
En viktig uppgift för mödrahälsovården är att följa fostrets tillväxt under graviditeten genom mätning av livmoderns storlek (symfyfundusmätningar) vid besöken hos barnmorskan och vid riskfaktorer för tillväxthämning eller om livmodern inte växer normalt med ultraljudsundersökning. Tillväxthämning är ett vanligt tillstånd under graviditet och man bedömer att ca 6% av fostren i Sverige är tillväxthämmade. Att upptäcka tillväxthämning under graviditet är av största vikt eftersom det ökar risken för intrauterin fosterdöd (IUFD), syrebrist under fosterliv och vid förlossningen, ger ökad sjuklighet i nyföddhetsperioden samt ökar risken för neurologiska och kognitiva avvikelser, inklusive ADHD, i barndom och skolålder. Man har även sett negativa konsekvenser i vuxen ålder med översjuklighet i hjärtkärlsjukdomar och diabetes.

Om en tillväxthämning är känd kan handläggningen av graviditeten optimeras så att riskerna för fostret minskar. Störst risker för fostret är vid tidig tillväxthämning som uppstår innan graviditetsvecka 32. Därför görs ultraljudsundersökningar vid riskfaktorer i graviditetsvecka 32-34. Diskussion om vilka riskfaktorer som ska föranleda ultraljudskontroll pågår nationellt. I Sydöstra sjukvårdsregionen har vi redan en gemensam riktlinje för tillväxthämning som kan bli uppdaterad när det nationella arbetet är avslutat.

På respektive klinik har alla journaler granskats där barn fått diagnosen P050, för att dra lärdom av och förbättra våra riktlinjer. I Sydöstra regionen upptäcktes år 2023 mellan 61 och 92% av de små barnen via mödrahälsovården. Det finns inga nationella jämförbara data.

**Förbättringsförslag:** Diskussioner pågår hur vi kan finna SGA-barnen så tidigt som möjligt för fortsatt övervakning och handläggning. Det är en viktig parameter att följa men att det är små tal och därför svårt att dra några slutsatser.

Diagram 16. Antal födda och andel upptäckta SGA-barn (%)



Källa: Obstetrixliggaren

## Psykisk ohälsa

### Psykisk ohälsa under graviditet

Psykisk ohälsa under graviditet skiljer sig inte från övriga perioder i livet, men är av särskild vikt att uppmärksamma, bemöta och behandla. Psykiskt mående har betydelse för såväl den gravidas egen hälsa som för det kommande barnets hälsa och kan påverka relationen mellan barn och förälder.

I den riskbedömning som görs av barnmorska i tidig graviditet ingår bedömning av psykisk hälsa som en av fyra dimensioner. I Östergötland screenas samtliga gravida för psykisk ohälsa med en depressionsskala, EPDS, medan Jönköping och Kalmar använder EPDS vid behov.

Vid psykiskt illabefinnande av betydelse, eller hög risk för detta, upprättas en handlingsplan. Detta är oftast ett multidisciplinärt arbete där barnmorska och, efter behov, MHV/BHV-psykolog, primärvårdspsykolog, specialistvårdspsykolog, distriktsläkare, psykiatriker, MHV-läkare och socionom samt även BHV-sköterska deltar. Den gravida ska vara delaktig. SIP (samlad individuell plan) är ett viktigt verktyg för att tydliggöra "vem som gör vad" och används vid behov även inom mödrahälsovården.

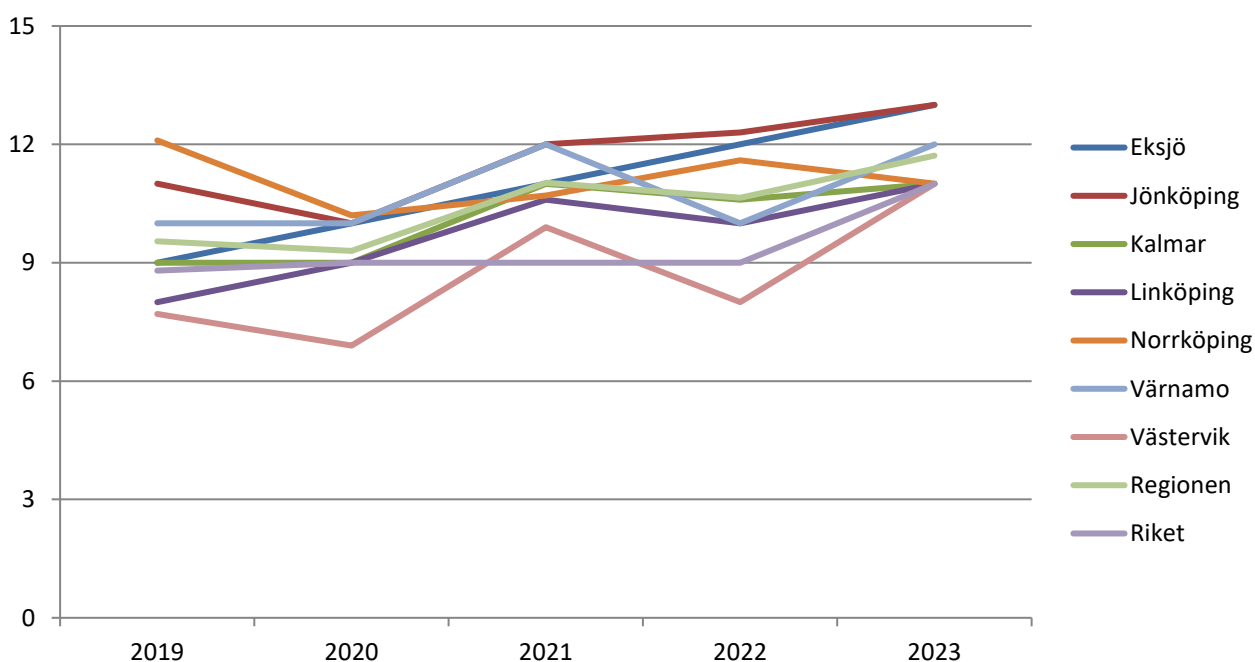
I vissa delar av regionen finns specialiserade team där angelägna patientfall går igenom och där ansvariga vårdgivare får konkreta råd om handläggning. Barnmorskor får kontinuerligt handledning i s.k. konsultationsgrupper med MHV/BHV-psykolog som handledare.

Andelen gravida som behandlas för psykisk ohälsa och på vilket sätt behandlingen genomförs skiljer sig mellan regionerna. Siffrorna påverkas av bl.a. attityd till psykisk ohälsa och tillgång till behandlingsalternativ. I Graviditetsregistrets statistik ingår läkemedelsbehandling, psykologisk behandling eller både och. Registrering görs oavsett vilken vårdgivaren är. Extra stödsamtal via barnmorska ingår inte i statistiken.

I vår region ligger vi 2023 något högre än riksgenomsnittet; 11% - 13%, medelvärde 11,8%. Genomsnittet för riket ligger på 10,6%. En liten ökning har skett de senaste åren.

Andelen gravida med psykisk ohälsa som får läkemedelsbehandling varierar mellan landets regioner. Statistik för 2023 anges i nuläget inte i graviditetsregistret. 2022 fick i riket mellan 34,3% och 73% läkemedelsbehandling, i genomsnitt 55,6%. De flesta, 85,5%, hade påbörjat sin behandling innan graviditeten.

Diagram 17. Andel gravida (%) som fått behandling mot psykisk ohälsa



Källa: Graviditetsregistret

**Förbättringsförslag:** Det är svårt att ange målvärden. Det finns ett ständigt behov av utbildning/uppdatering och översyn av kontaktvägar mellan olika vårdgivare. Andel gravida med psykisk ohälsa som får läkemedelsbehandling är en viktig parameter som vi ska försöka få fram till nästa års rapportering.

### Tillfrågats om våldsutsatthet

Våld i nära relation innebär ett mönster av upprepade övergrepp och kränkningar, fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller ekonomiskt.

Personer som är utsatta för våld har en ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa på både kort och lång sikt. Erfarenhet av våld kan påverka anpassningen till graviditeten, anknytning till barnet och även det kommande barnets hälsa. Våld kan debutera eller eskalera under graviditet. Våldsutsatthet kan leda till att den utsatta söker vård för en rad olika symptom och är ibland svår att upptäcka. Sjukvården har därmed en viktig uppgift i att aktivt efterfråga förekomst av våld för att kunna ge god vård och stöd vid behov.

Mödrahälsovårdens riktlinjer anger att alla gravida rutinmässigt ska tillfrågas om erfarenhet av våld, muntligt och/eller skriftligt, vid minst ett tillfälle under graviditeten.

Graviditetsregistrets målvärde är att minst 95% av de gravida ska tillfrågas.

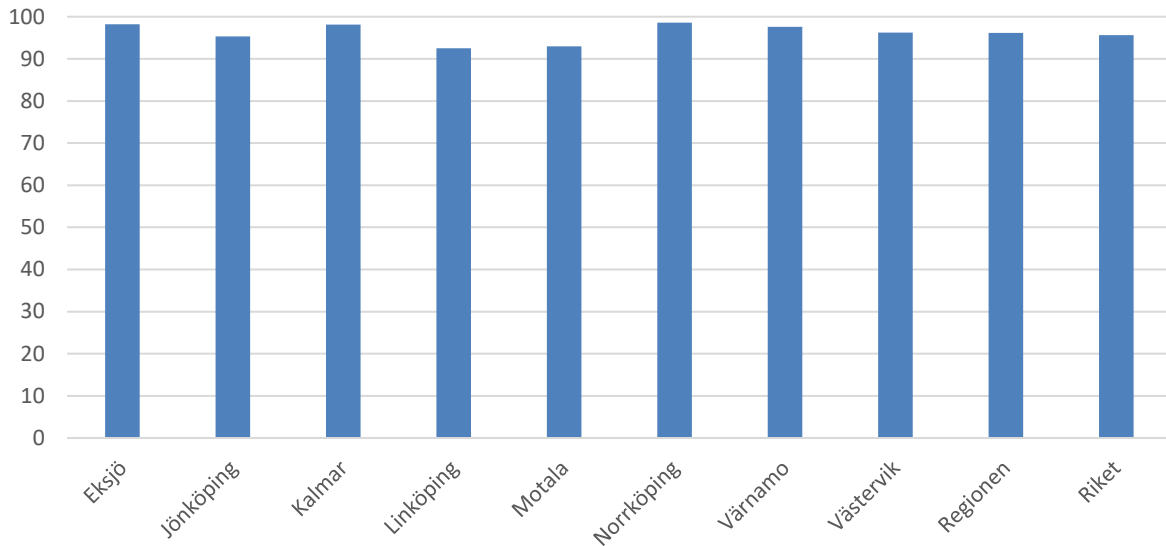
I vår region tillfrågas gravida vid inskrivningen i mödrahälsovården samt i graviditetsvecka 32 eller 35. Vid tolkbehov ska auktoriserad tolk användas, helst telefontolk.

Inom regionen har i de olika samordningsbarnmorskeområdena mellan 92,5% och 98,6% tillfrågats, i medeltal 96,2% Graviditetsregistrets målvärde är 95%, genomsnittet för riket ligger på 95,6%.





Diagram 18. Andel gravida (%) som tillfrågats om våldsutsatthet



Källa: Graviditetregistret

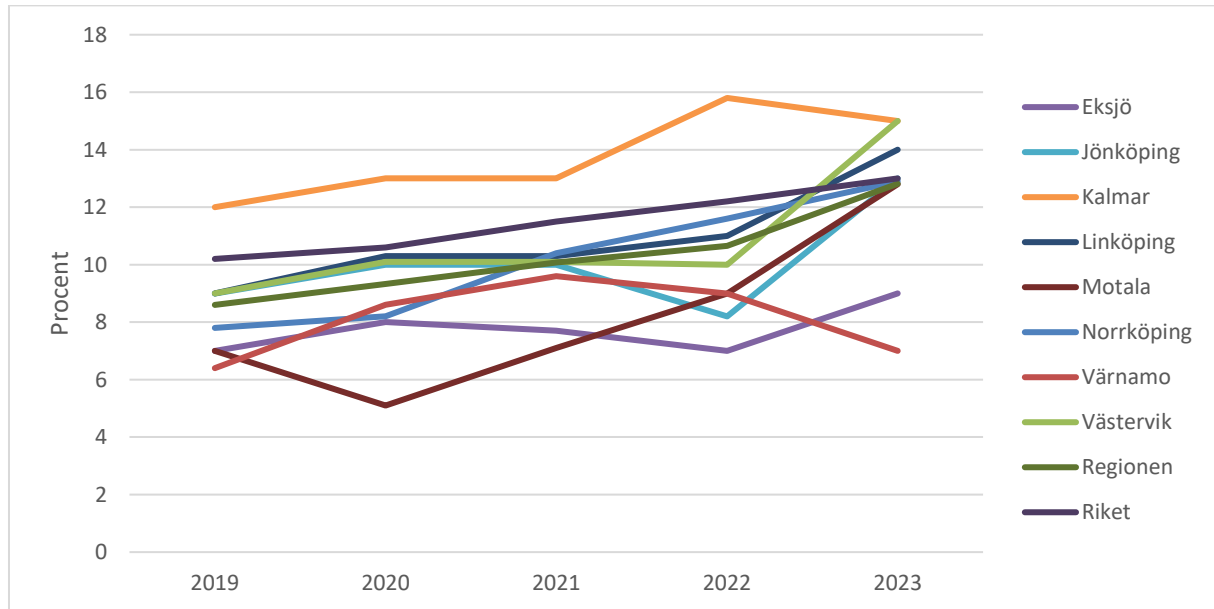
Således görs här, liksom i övriga delar av riket, en acceptabel insats vad gäller att ställa frågan om våldsutsatthet. Sannolikt finns förbättringspotential vad gäller gravida som är våldsutsatta men som av olika anledningar svarar nej på frågan. Utbildning och mer tid vid KHV-besöken/behovsanpassat omhändertagande med mer tid till utsatta grupper kan vara en väg framåt.

### Förlossningsrädsla

De flesta gravida upplever en viss grad av oro, rädsla och ångest inför förlossningen. För mer än 10% är rädslan så intensiv att den betecknas som kliniskt relevant förlossningsrädsla.



Diagram 19. Andel gravida (%) som fått extra stöd pga förlossningsrädsla



Källa: Graviditetregistret

## FUR

FUR – "Föda utan rädsla" är en metod för förlossningsförberedelse och hantering av förlossningen som utarbetats av Susanna Heli, sjukgymnast med psykosomatisk inriktning och specialiserad på graviditet och förlossning.

Föda utan rädsla (FUR-metoden) handlar om hur det är möjligt att föda i trygghet och att med hjälp av fysiologin hantera kroppens inneboende förmåga att föda. Metoden grundar sig på fördjupad kunskap om andningsfysiologi, stressfysiologi, lugn och ro-systemet samt den vetenskapliga evidens som finns om betydelsen av stöd.

Inom metoden har fyra verktyg tagits fram:

- Andning
- Avspänning
- Rösten
- Tankens kraft

Under 2022/2023 har det i delar av regionen gjorts stora utbildningsinsatser gentemot barnmorskor och läkare verksamma inom mödrahälsovård och förlossning. FUR-metoden presenteras numera för samtliga gravida och deras partners. Hur mycket utbildning som aktivt ges via mödrahälsovården varierar.



Region

Östergötland



Region Kalmar län



Region

Jönköpings län

Utvärdering planeras.

**Förbättringsförslag:** Utveckla och samordna digital utbildning i FUR så att samtliga gravida/partners i regionen kan erbjudas detta.

#### Extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla

Extra stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla innebär samtalskontakt för stöd och/eller behandling. Barnmorska i mödrahälsovården värderar förekomst av förlossningsrädsla hos den gravida. Screeninginstrument för förlossningsrädsla används en eller två gånger under graviditeten. Vilka åtgärder som vidtas beror på typ och grad av förlossningsrädsla samt eventuell psykisk ohälsa.

Lätt (och ibland måttlig) förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan i mödrahälsovården med extra besök vid behov. Måttlig och stark förlossningsrädsla handläggs av Aurora/Amanda-verksamheterna, där specialintresserade och i vissa fall vidareutbildade barnmorskor och läkare arbetar med möjlighet till konsultation och handledning av psykolog. Vid behov upprättas samarbete med psykolog och/eller läkare i primärvården eller inom psykiatri. Kontakt med socionom kan vara aktuellt. Huvudsyftet med Aurora/Amanda-verksamheterna är att trygga den gravida inför förlossningen. I de fall där det saknas medicinsk indikation för sectio strävar man emot planering för vaginal förlossning.

De stödåtgärder för förlossningsrädsla som registreras i Graviditetsregistret är

- extra besök för samtal på den egna barnmorskemottagningen
- besök hos barnmorska inom Auroraverksamhet (och motsvarande)
- besök hos läkare inom Auroraverksamhet (och motsvarande)
- besök hos psykolog eller socionom

Redovisat nedan ses insatta stödåtgärder uppdelade i först- respektive omfödorskor, regionvis.

En och samma patient kan förekomma i fler än en stödåtgärd.

Andelen gravida som fått extra stödåtgärder p.g.a. förlossningsrädsla har ökat för varje år sedan 2018 (2018: 8,0%; 2023: 11,9). Ökningen ses hos både först- och omfödorskor. Hittills har omfödorskor fått mer stödåtgärder än förstfödorskor.

**Förbättringsförslag:** Ett ökat erfarenhetsutbyte mellan regionens olika Amanda/Aurora-mottagningar är av värde för att utveckla verksamheten. Även utbildningsinsatser har stor betydelse. 2023 hölls ett möte med deltagare från de olika Amanda/Aurora verksamheterna i regionen och regelbundet återkommande sådana möten skulle befrämja optimalt omhändertagande av patienter med förlossningsrädsla.