



Region
Östergötland



Region Kalmar län



Region
Jönköpings län

Regionrapport

Preventiv Kvinnohälsovård 2024



Innehåll

Introduktion	4
Rapportens viktigaste budskap	5
Organisation och arbetsmiljö	6
Diagram 1. Antal inskrivna på kvinnohälsovården 2024	6
Diagram 2. Andel inskrivna (%) rapporterade till Graviditetsregistret.....	7
Diagram 3. Andel gravida (%) som träffat läkare under graviditeten	8
Diagram 4. Medelantal läkarkonsulter per inskrivna kvinnor	8
Diagram 5. Antal inskrivna per barnmorska.....	10
Diagram 6. Andel läkare (%) med utbildning i samtalsmetodik	12
Diagram 7. Andel barnmorskor (%) med utbildning i samtalsmetodik.....	12
Preventiv Hälsa.....	13
Preventivmedelsutbildning	13
Prekonceptionell hälsa	13
Cervixcancerprevention	14
Diagram 8. Täckningsgrad GCK (%).....	16
Levnadsvanor	16
Vikt.....	17
Diagram 9. Andel inskrivna (%) med BMI $\geq$ 30	18
Diagram 10. Medelviktuppgång i BMI-klasser 2024 (kg).....	19
Substansbruk och graviditet.....	20
Alkohol.....	20
Tobak/nikotin	21
Diagram 11. Vilka av följande levnadsvanor har barnmorskan pratat med dig om? (%).....	23
Medicinska parametrar	23
Graviditetsdiabetes	23
Diagram 12. Andel gravida (%) som fått diagnosen graviditetsdiabetes	23
Preeklampsi	25
SGA – Lätt för tiden	26
Diagram 13. Antal födda och andel upptäckta SGA-barn (%)	27

Psykisk ohälsa	27
Psykisk ohälsa under graviditet	27
Diagram 14. Andel gravida (%) som fått behandling mot psykisk ohälsa	28
Tillfrågats om våldsutsatthet.....	29
Förlossningsrädsla	30
Diagram 15. Andel gravida (%) som fått extra stöd pga förlossningsrädsla.....	30
FUR	31
Extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla	31
Övriga erbjudanden inom basprogrammet.....	32
Information om vaccinationer under graviditet.....	32
Diagram 16. Vaccination kikhosta 2024 (%)	33
Föräldraskapsstöd	34
Diagram 17. Deltagande i föräldraskapsstöd, förstföderskor (%)	35
Fosterdiagnostik	35
Eftervårdsbesök.....	35
Den gravidas upplevelse av kvinnohälsovården	36
Diagram 18. Enkät nöjdhet MHV 2024 (%).....	37

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 2024. Datauttaget gjordes i slutet på april 2025. Det kan vara så att ett antal graviditeter inte var slutrapporterade vid tiden för datauttaget.

Gruppen består av:

Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

Caroline Lyssarides 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
Marie Veldin Lindgren Kalmar
Helena Renhorn Linköping
Lottie Andersson Norrköping
Monica Hellström Värnamo
Elin Johansson Västervik

Verksamhetschefsrepresentant Catarina Notelid Claus

IT-samordnare Olga Bjarnehäll

Rapportens viktigaste budskap

- Mödrahälsovård är en subakut verksamhet med hög prioritet. Kösystem kan inte tillämpas då förutsättningarna ändras varje vecka för gravida, exempelvis bör första inskrivningsbesök ske så snart graviditeten är känd för att undvika risker som kan medföra fosterskador.
- Det finns ojämlikhet i Sydöstra sjukvårdsregionen när det gäller tilldelning av läkar- och barnmorskeresurser. Rapporten visar att Östergötland har tydlig resursbrist med försämrad tillgänglighet vilket bl.a. påverkar arbetsmiljö, patientnöjdhet och föräldrastöd.
- Vaccination under graviditet mot kikhosta, influensa samt Covid minskar antalet sjukdomsfall, svårighetsgrad samt lidande. Det är därför av högsta vikt att så många gravida som möjligt får information och har möjlighet till att vaccinera sig. Vaccination i samband med att den gravida har ett besök hos barnmorskan och inte behöver boka ytterligare en tid och ett möte på vaccinations- eller hälsocentral ökar påtagligt andelen gravida som blir vaccinerade. En ökad täckningsgrad av vaccinerade inom kvinnohälsovården kontra annan lokal ses särskilt bland de som kan ha svårt för att ta till sig information eller har svårigheter att boka eller förflytta sig till på annan plats, t.ex. gravida av annat etniskt ursprung eller med lägre utbildningsnivå.
- Föräldraskapsstöd till blivande föräldrar ingår i mödrahälsovårdens uppdrag och inom sydöstra regionen är skillnaderna stora mellan vad och hur olika enheter kan erbjuda detta. Med mål om en jämlik vård oavsett boendeort borde ett likvärdigt stöd erbjudas till alla gravida inom regionen och resurser för att genomföra detta behövs.
- Inom området cervixcancerprevention har kvinnohälsovården i våra tre regioner gjort ett gediget arbete med att nå ut till målgruppen för det s.k. utrotningsprojektet, där kvinnor födda 1994-1999 erbjuds gratis vaccination mot HPV. Efter att ansvaret för vaccinationerna lades på kvinnohälsovården har täckningsgraden ökat markant, där region Kalmar redan nått målet med >70% täckningsgrad. Vi ser goda förutsättningar för att även Region Jönköping och Region Östergötland kan nå målet innan projektet avslutas 30/6-2025, och därmed se fram emot en framtid med betydligt färre fall av livmoderhalscancer.
- Rapporten visar att obesitas fortsatt ökar i befolkningen. Regionen har fler obesa jämfört med riket. Det är fortsatt en utmanande och resurskrävande verksamhet att arbeta med gruppen med ohälsosamma vanor. Kvinnor med obesitas har i hela graviditets- och förlossningskedjan större risker och det är mycket viktigt att det tillsätts resurser för arbete med denna patientsäkerhetsviktiga fråga. Det hade varit ett stort värde att knyta dietister, hälsocoacher eller andra specialutbildade professioner som stöd i verksamheten.

Organisation och arbetsmiljö

År 2024 skrevs det in 10698 gravida inom Sydöstra regionen enligt Obstetrixliggaren.

Diagram 1. Antal inskrivna på kvinnohälsovården 2024

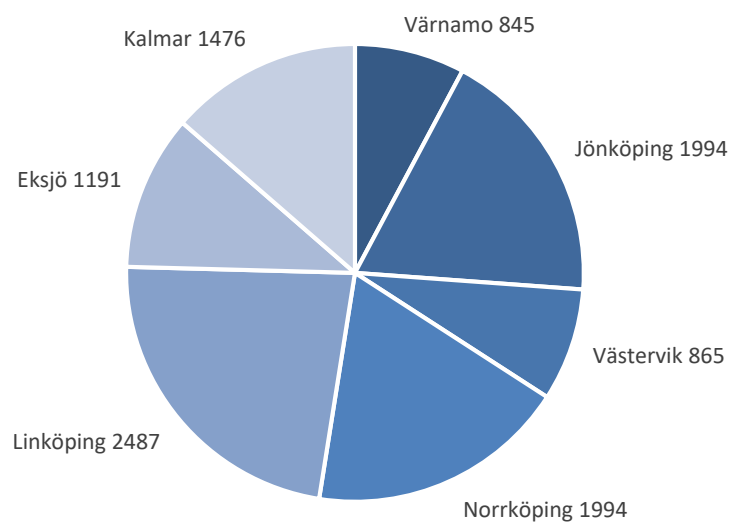
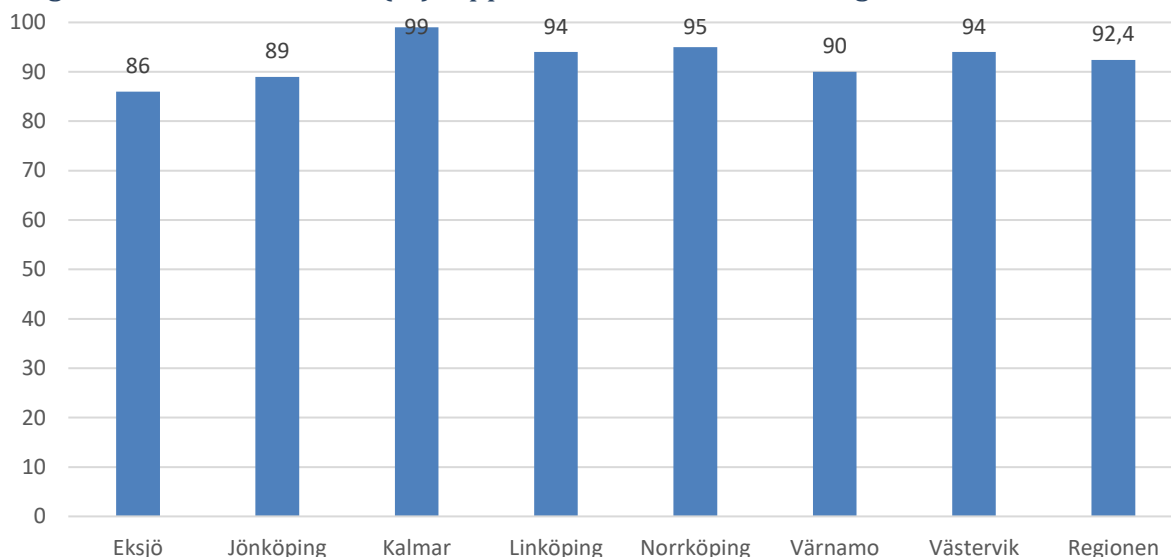


Diagram 2. Andel inskrivna (%) rapporterade till Graviditetsregistret



Målvärde 98%

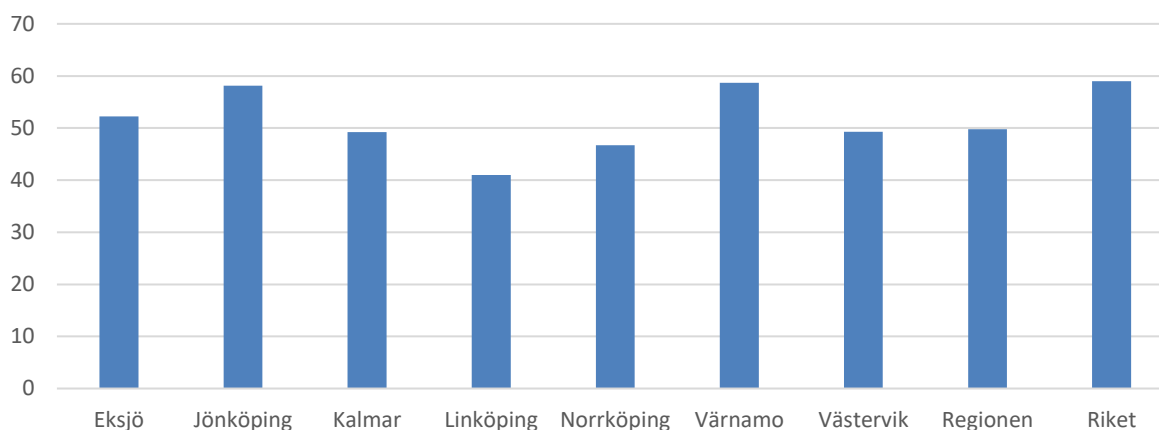
Källa: Graviditetsregistret

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 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.

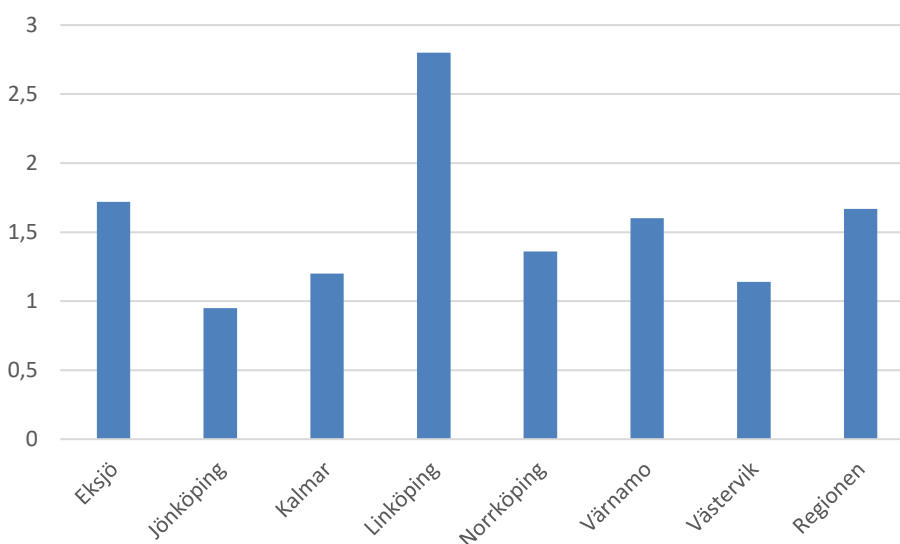
Förbättringsförslag: att tillsammans i MÖL/SAMBA gruppen fortsätta dela framgångsfaktorer och utarbeta ett systematiskt kontrollsystem för att säkerställa att alla gravida rapporteras in i Graviditetsregistret.

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 parametrarna ovan 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 eller hur besöket skett. Gällande diagram 3 kan kontakten ha varit fysisk, digital eller per telefon. Värdet speglar då inte enbart tillgången till läkare på

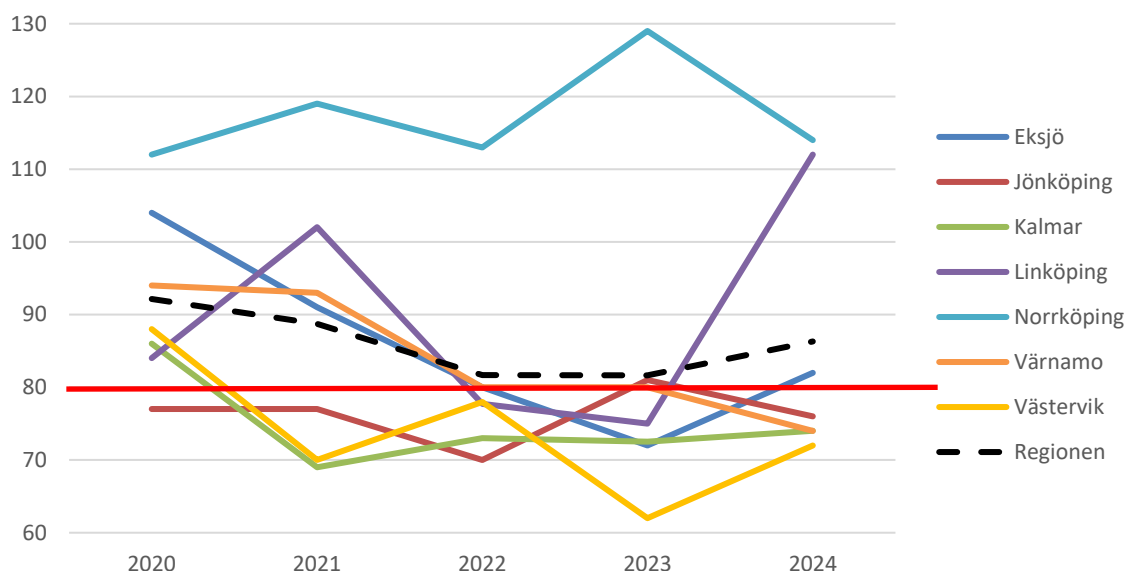
kvinnohälsovården utan även vårdtyngd. I vår region sker de flesta läkarkontakterna inom ramen för kvinnohälsovården.

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 rutinemässigt 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. I Sydöstra regionen har färre gravida kontakt med läkare under sin graviditet jämfört med riket. Detta kan tyda på resurseffektivitet, men i även resursbrist. I Östergötland kan en gravid kvinna få vänta flertal veckor på att få träffa läkare.

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 föregående år ska konsulterna som sker gentemot förlossningen dokumenteras. Antal konsultationer mellan barnmorska och läkare registreras dock inte alltid på alla orter, vilket kan ge missvisande siffror, tex om kontakten skett ”face-to-face”.

Förbättringsförslag: För att förtydliga vårdtyngden skulle vi behöva börja mäta antalet riskgraviditeter. Detta har dock visat sig svårt beroende på hur data tas fram. Förhoppningen är dock att på något sätt kunna göra detta framöver. 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 72 i Västervik och som högst 114 i Norrköping, med Linköping strax efter. 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 Östergötland 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. I Östergötland har avlastande stöd i form av undersköterskor och vårdadministratörer dock också försämrats under föregående år, vilket har tillfört ytterligare arbetsbelastning. För att klara den situationen har man fått ta bort delar av mödrahälsovårdens basprogram, tex besök i graviditetsvecka 20 och efterkontroller, men också dragit ner på preventivmedelsrådgivning. Detta är inte något som kan fortsätta. En god bemanning inom kvinnohälsovården är nödvändig för rimlig arbetsbelastning, men också för en bibehållen hög patientsäkerhet.

Förbättringsförslag: Det ses en tydlig snedfördelning avseende andelen inskrivna per barnmorska i regionen där hela Östergötland nu sticker ut med ett mycket högre antal inskrivna per barnmorska. 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. Behovet av samverkan med familjecentraler ökat i omfattning på grund av ökande psykosocial ohälsa i befolkningen, vilket också tar mycket tid. I östra Östergötland har tillgången till familjecentral och spädbarnsverksamhet halverats. Detta gör att vi behöver arbeta ännu mer med prioriteringar, men också resursfördelning då prioriteringar inte räcker till längre.

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, vilket lyfts till linjeorganisationen.

"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 den svenska läkarutbildningen ingår många moment med utbildning i samtalsmetodik på alla studieorter, och ur ett resursperspektiv bedöms den största nyttan därmed vara att läkare endast deltar i återkommande fördjupande utbildningar. Grundutbildning i MI kan vara aktuell för läkare som studerat i andra länder efter samråd med vederbörande chef.

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

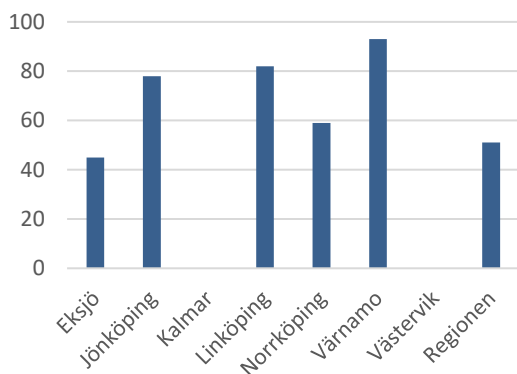
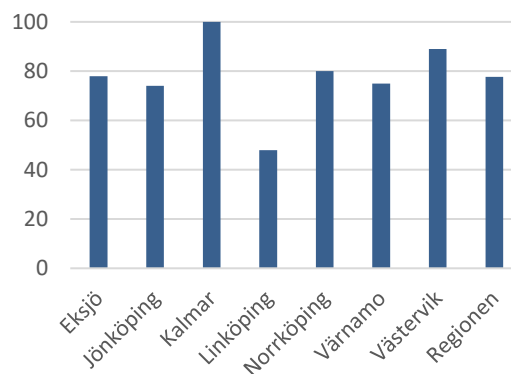


Diagram 7. Andel barnmorskor (%) med utbildning i samtalsmetodik



Mål 100%

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

I regionen har 78% av barnmorskorna och läkare verksamma inom kvinnohälsovården aktuell utbildning i samtalsmetodik. Nyanställningar påverkar, framför allt på mindre orter, utfallet. I Kalmar län är det över fem år sedan läkarna gick utbildning.

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. Barnmorskor som ger råd om och förskriver preventivmedel bör genomgå preventivmedelsutbildning var tredje år för att upprätthålla tillräcklig kompetens inom detta dynamiska område. Även läkare rekommenderas ta del av dessa utbildningar. 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.

Under hösten 2024 genomfördes en digital halvdags preventivmedelsutbildning för barnmorskor och läkare i regionen med professor Jan Brynhildsen vid Örebro universitet.

Förbättringsförslag: Nästa preventivmedelsutbildning planeras till 2027.

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)

I Eksjö har en barnmorska genomgått utbildning i prekonceptionell rådgivning. Formell struktur för hur hennes kompetens ska användas är fortfarande under arbete. I Region Kalmar arbetar hälsocoacher delvis med dessa frågor. I Region Östergötland saknas för närvarande resurser för att bedriva mödravård enligt basprogrammet varför införande av prekonceptionell rådgivning inte ter sig rimligt i nuläget. Vi ser ändå ett behov av att ge möjlighet till denna typ av primärpreventiva åtgärder, som på sikt skulle kunna leda till hälsosammare gravida kvinnor med mindre vårdbehov under själva graviditeten.

Förbättringsförslag: Fortsatta främja prekonceptionell hälsa med fokus på ungdomsmottagningarna och vid preventivmedelsrådgivning. Fortsatta digitala/fysiska återbesök för uppföljning av preventivmedel, i motsats till endast receptförnyelser, för att kunna ge möjlighet till denna typ av samtal.

Cervixcancerprevention

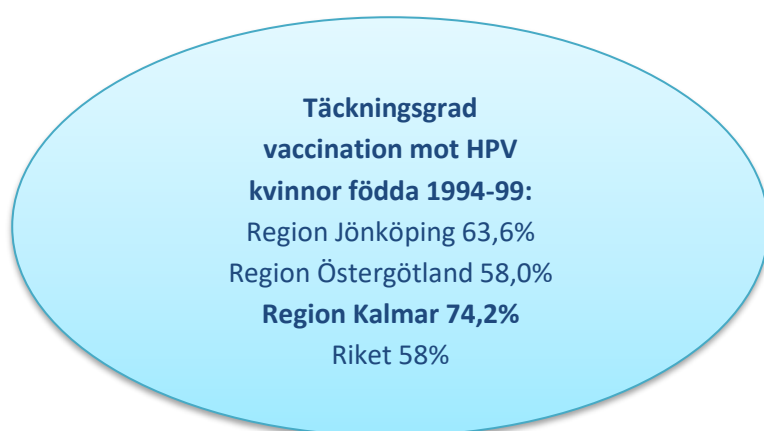
Sveriges regioner har beslutat att samverka för att minska insjuknandet i livmoderhalscancer. Den långsiktiga målbilden är att utrota sjukdomen. Det sker dels genom ett välfungerande screeningprogram och dels genom vaccination mot HPV inom skolhälsovård samt som riktad insats till kvinnor födda 1994-99.

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 screeningintervall samt att den normala gynekologiska cellprovskontrollen (GCK) nu genomförs med självtest för HPV som skickas ut till screeningpopulationen. Först om HPV är positivt kallas patienten för cellprov hos barnmorska. I Region Kalmar får patienten än så länge själv bestämma om hon vill ta självtest eller cellprov hos barnmorska.

Vi ser en nedgång i samtliga regioner i GCK täckningsgrad under 2023, både i de regioner som infört självprovtagning och de som fortsatt med barnmorsketagna prover. Orsakerna till detta är oklara. Data för 2024 saknas ännu.

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. Målet är 70% vaccinationstäckning vilket bedöms ge

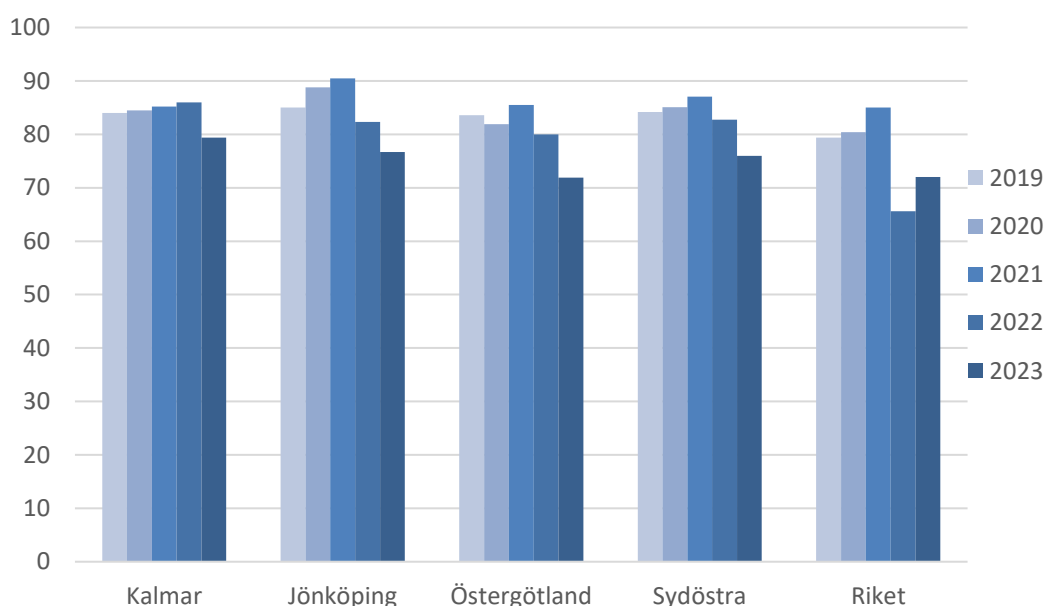


flockimmunitet i den aktuella populationen. För att uppnå detta har perioden för gratis vaccination utökats till 30/6-2025. Under 2025 erbjuds endast en vaccination, vilket av ansvariga för studien bedöms ge adekvat skydd mot HPV-infektion. Kvinnohälsovården har varit ansvarig för vaccinationerna olika länge i de olika regionerna; i Region Östergötland endast sen årsskiftet 2024-2025. Utifrån vaccinationstakten i nuläget bedömer vi det rimligt att hela sydöstra sjukvårdsregionen når målet med 70% täckningsgrad vid 30/6-2025.

Förbättringsförslag: Vi fortsätter bevaka täckningsgrad för GCK allteftersom det nya vårdprogrammet träder i kraft.

Diagram 8. Täckningsgrad GCK (%)

Data saknas för 2024



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

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.

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)

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

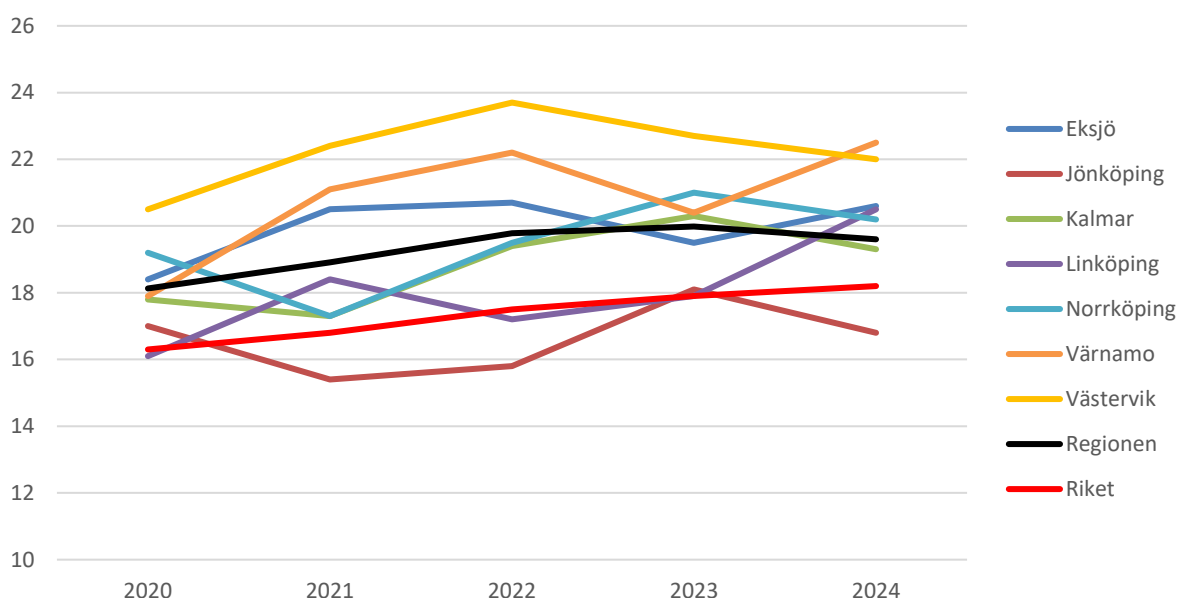
Idag har mer än hälften av Sveriges befolkning 16–84 år övervikt eller obesitas 54% (2023 51%) och siffrorna ökar successivt år från år. Med stigande BMI hos en gravid kvinna, ökar risken för ett flertal komplikationer. Risken för upprepade missfall är nästan fördubblad. Graviditetsdiabetes, preeklampsi (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.

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

2024 var 28,8% av de gravida överviktiga och 18,3% procent hade obesitas (BMI ≥30 i Sverige). Det är en liten ökning jämfört med 2023. I regionen är det fler jämfört med riket

som har ett BMI ≥ 30 vid inskrivning (19.6%). Andelen minskar något. Kvinnor med obesitas behöver särskild uppmärksamhet under graviditeten för att upptäcka eventuella komplikationer i ett tidigt skede. Rekommenderad viktuppgång minskar risken för komplikationer. För kvinnor som har fött barn är det viktigt att återgå till sin vikt innan graviditeten, inom ett år efter förlossningen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter från 2025 bedöms att gravida med obesitas har ett hälsotillstånd av stor svårighetsgrad. Det rekommenderas, med prioritet 2, kompetensutveckling inom obesitas för personal i hälso- och sjukvården, samt med prioritet 4, kombinerad levnadsvanebehandling.

Diagram 9. Andel inskrivna (%) med BMI ≥ 30

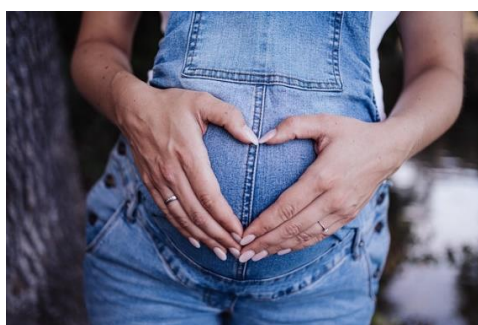


Källa: Graviditetregistret

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. Ny forskning från 2024 antyder att gravida kvinnor med obesitas kan rekommenderas ingen viktuppgång under graviditeten. Detta har föranlett att region Östergötland har förändrat sina rekommendationer, medan övriga ännu inte har gjort denna förändring. I regionen har

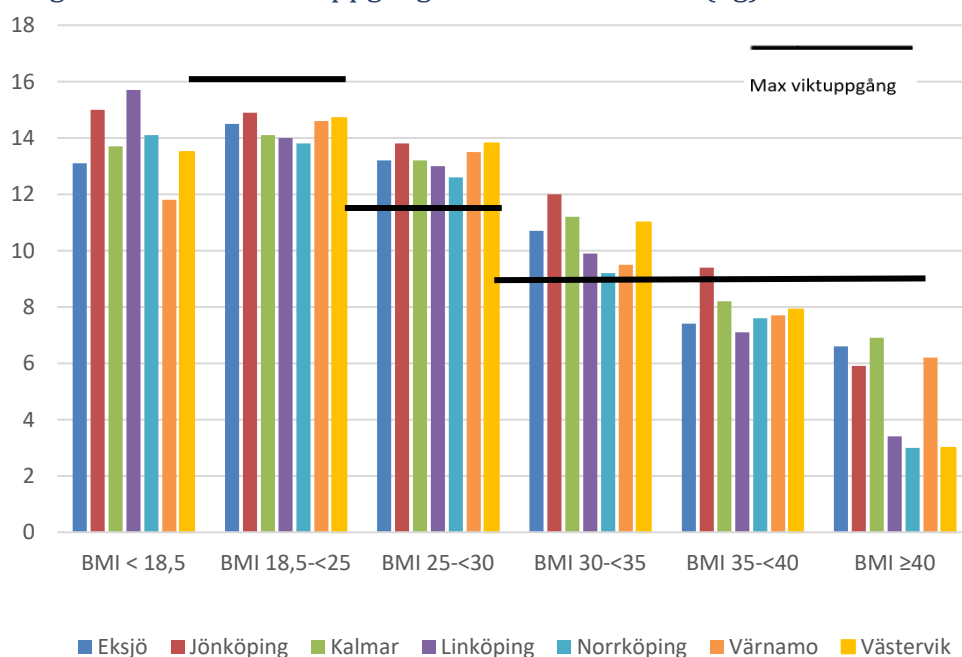
alla sjukhusområden särskild riktlinje för de med ohälsosamma vanor samt obesitas vid inskrivningen. Inom vissa delar av regionen finns tillgång till hälsocoacher.

Det är en liten ökning jämfört med 2023. I regionen är det fler jämfört med riket som har ett BMI ≥ 30 vid inskrivning (19.6%). Andelen minskar något. Kvinnor med obesitas behöver särskild uppmärksamhet under graviditeten.



2024 var 30,1 % av de gravida överviktiga och 19.6 % hade obesitas i Sydöstra regionen.

Diagram 10. Medelviktuppgång i BMI-klasser 2024 (kg)



Källa: Graviditetregistret

Förbättringsförslag: Ingen av klinikerna i regioner har uppfyllt målen för viktuppgång inom BMI-grupperna 25-30 och 30-35. Trots insatser har viktökningen varit större än rekommenderat år efter år. Viktuppgång kan vara mångfacetterat och kan vara beroende av kostvanor, fysisk inaktivitet, psykologiska faktorer och socio-ekonomiska skillnader. Insatserna hittills har inte varit tillräckligt anpassade utifrån individens behov.

Det krävs en målmedveten och långsiktig strategi som skulle kunna handla om skräddarsydda insatser för olika BMI-grupper för att bättre möta individuella behov. Tillgång till dietister, fysioterapeuter och psykologer för att ge effektivt och långsiktigt stöd. Hjälpa till att skapa hållbara livsstilsförändringar, med kontinuerlig uppföljning och rådgivning. Bättre information om hälsosamma vanor och vikten av att förebygga viktuppgång. Förebyggande arbete med prekonceptionell rådgivning.

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.

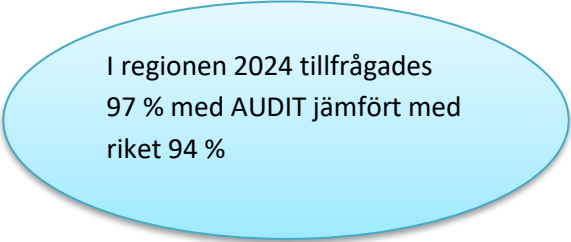
Alkohol passerar via moderkakan över till fostret och resulterar i samma alkoholhalt hos både mor och foster. Rekommendationen är att helt avstå från alkohol under graviditeten. Även de som planerar en graviditet, såväl kvinnor som deras partner, rekommenderas undvika eller minimera exponering för alkohol 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 utbildningssatsning 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 2024 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.

All användning av nikotin i annan form som t.ex. e-cigarett, vejp, vitt snus, vattenpipa 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 nikotin användning 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 2024 8,6 % tre månader innan inskrivningen (riket 10,0%). 2018 var motsvarande siffra 4 %
- De som snusar i v 32 är runt 0,9 % 2024 (riket 0,8%)

I regionen är det 7,8 % som röker 3 mån innan graviditet och det är 1,9 % i v 32 jämfört med 7,3 resp 1.5 % i riket.

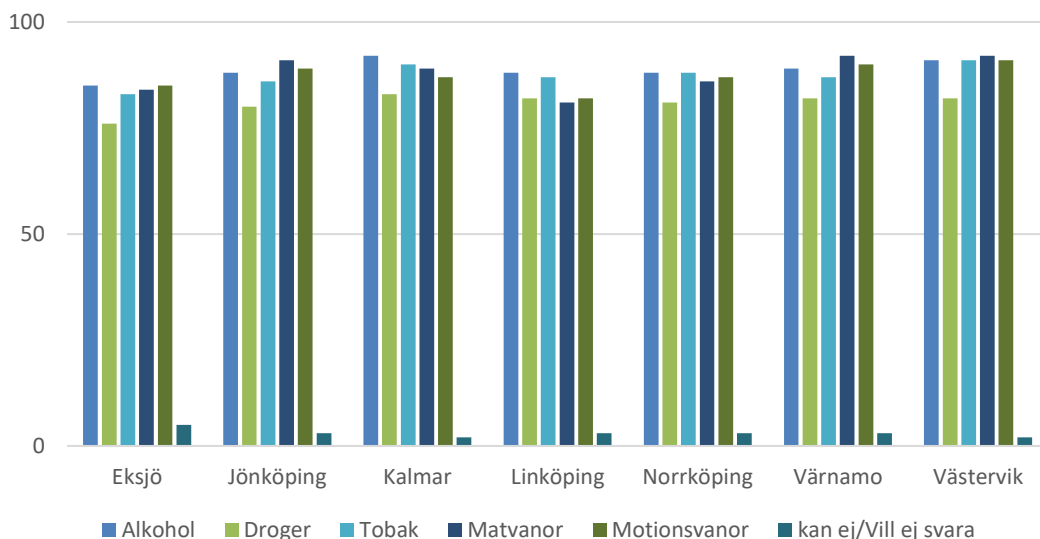
Under 2024 genomfördes en utbildning om drog- och substansbruk för alla barnmorskor i regionen. Alla gravida tillfrågas nu om drog- och substansbruk i samband med första inskrivning. Om misstanke på drog- eller substansbruk tillfrågas den gravida utifrån frågeformuläret DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test.)

Graviditetsenkäten skickas till alla gravida i v 25. Den gravida tillfrågas om vilka av nedanstående levnadsvanor som barnmorskan har pratat om.

I regionen uppger cirka 88% både år 2023 och 2024 att barnmorskan har pratat om alkohol, tobak, mat och motion, medan droger i ca 81% av fallen. En siffra som förhoppningsvis kommer att öka till kommande år efter införande av DUDIT.

Det finns en viss diskrepans mellan antalet genomförda AUDIT 97% och den gravidas upplevda samtal om alkohol 89% vilket är ett återkommande fenomen.

Diagram 11. Vilka av följande levnadsvanor har barnmorskan pratat med dig om? (%)

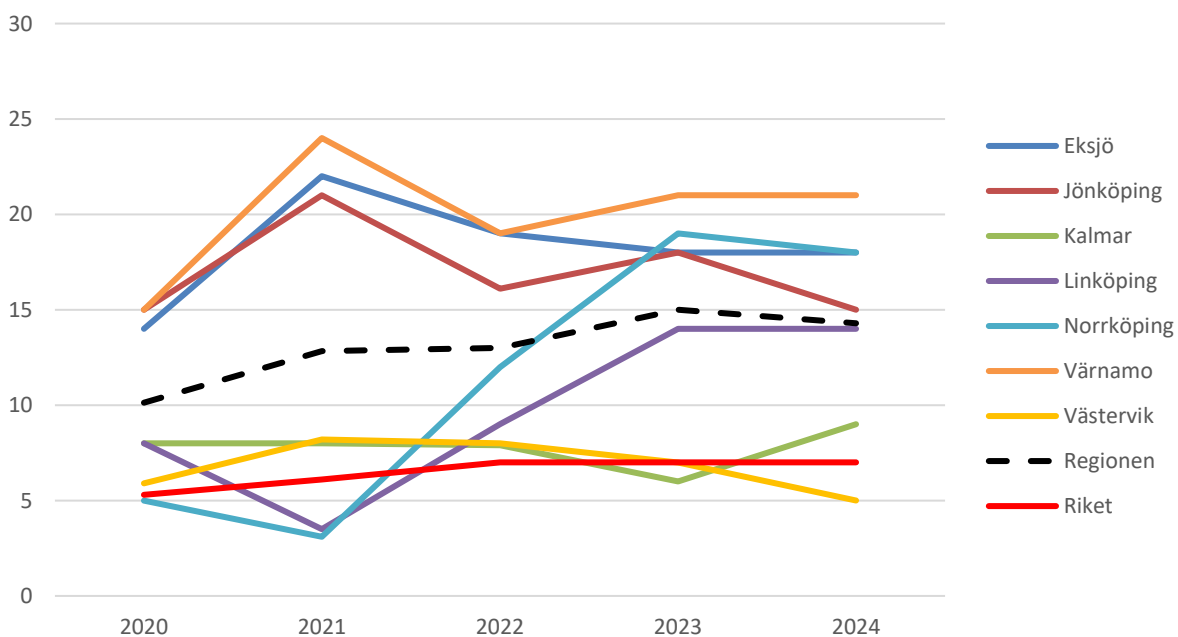


Källa: Graviditetsenkät

Medicinska parametrar

Graviditetsdiabetes

Diagram 12. 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 genom 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 på de olika enheterna, vilket resulterade i en kraftigt förhöjd andel gravida med diagnos GDM, för närvarande 14% (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 5% i Västervik) beroende på vilka gränsvärden som används:

- RJL: Eksjö, Jönköping och Värnamo startade redan 2019 fullt ut med de lägre gränsvärdena enligt ovan. 2024 fick hela 17% av den gravida populationen i Jönköpings län diagnosen GDM. Man kan vidare notera att uppdelat på födelseland får så hög andel som 32% av de icke svenskfödda kvinnorna diagnosen (jfr SÖ-regionen 26%, riket 12%), medan andelen hos svenskfödda är 13% (jfr SÖ-regionen 12%, riket 5%).
- RKL: Kalmar och Västervik startade 2018 med 2-h värde 8,5 -men har fortfarande kvar tidigare gräns för fastevärde 7,0.
- RÖ: Linköping och Norrköping övergick 2019 till kapillärt fastevärde 5,3 (venöst 5,1) och 2-h värde 9,4 (motsvarar 8,5 venöst). 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 (kapillärt 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: Fortsatt arbete på kvinnohälsovården för en hälsosam livsstil med fokus på vikt och fysisk aktivitet.

På grund av olika gränsvärden skiljer det sig således mycket -både i riket och inom regionen- hur stor andel gravida som får diagnosen GDM. Vi väntar sedan länge på uppdaterade nationella rekommendationer för screening. Socialstyrelsen har i mars 2025 publicerat "Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter". I bilagan "Nationellt basprogram för graviditetsövervakning" finns nuvarande formulering: *"Mät den gravidas plasmaglukos, för att upptäcka och behandla graviditetsdiabetes. Socialstyrelsen planerar att publicera rekommendationer om graviditetsdiabetes i slutet av 2025."* Förhoppningsvis kan därmed diagnos och vård vid GDM bli likvärdig i Sverige inom kort.

Enligt preliminära uppgifter efter den svenska multicenterstudien CDCG4 (Changing diagnostic criteria for gestational diabetes in Sweden) kommer screening framöver sannolikt att ske med glukosbelastning för alla, vilket innebär att vårt nuvarande arbetssätt kommer att förändras påtagligt.

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 förlösa 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 minskar.

SGA – Lätt för tiden

En viktig uppgift för kvinnohälsovården är att följa fostrets tillväxt under graviditeten genom att identifiera patienter med riskfaktorer för tillväxthämning och att upptäcka om livmodern inte växer normalt genom mätning av livmoderns storlek (symfys-fundusmätningar) vid besöken hos barnmorskan. Vid riskfaktorer erbjuds tillväxtmätning med ultraljud.

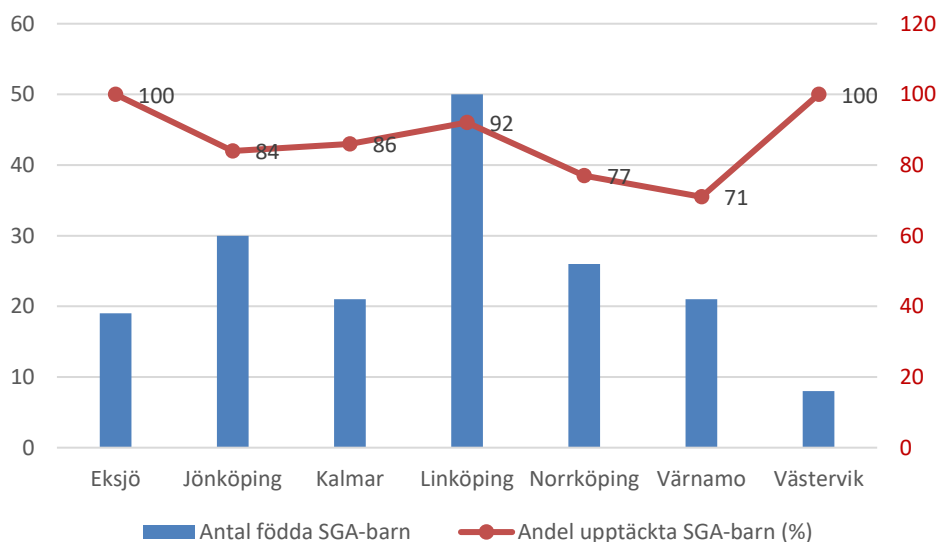
Tillväxthämning är ett vanligt tillstånd under graviditet och man bedömer att ca 6% av fostren i Sverige är tillväxthämmade. Att upptäcka tillväxthämning under graviditet är av största vikt eftersom det ökar risken för intrauterin fosterdöd (IUFD), syrebrist under fosterliv och vid förlossningen, ger ökad sjuklighet i nyföddhetsperioden samt ökar risken för neurologiska och kognitiva avvikelser, inklusive ADHD, i barndom och skolelder. Man har även sett negativa konsekvenser i vuxen ålder med översjuklighet i hjärtsjukdomar 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 2024 mellan 71 och 100% 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 13. Antal födda och andel upptäckta SGA-barn (%)



Källa: Obstetrixliggaren

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa under graviditet

Psykiskt mående under graviditet har betydelse för såväl den gravidas egen hälsa som för det kommande barnets hälsa och kan påverka relationen mellan barn och förälder. Det är således av största vikt att uppmärksamma, bemöta och behandla psykisk ohälsa under graviditet.

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.

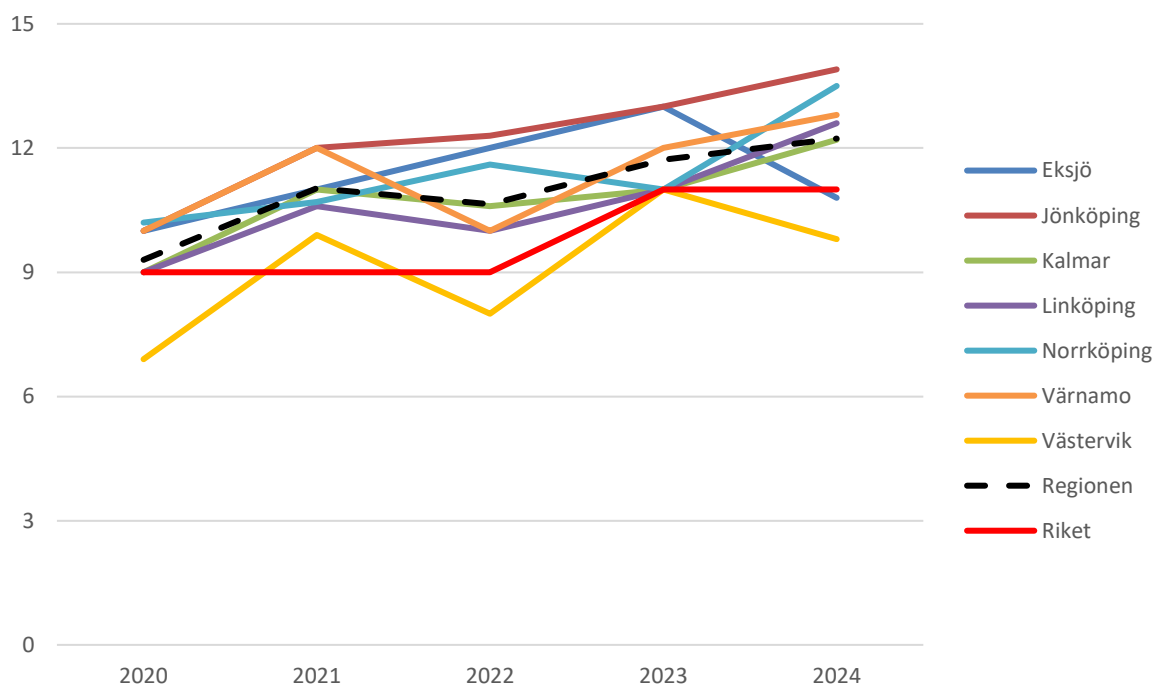
Vid psykiskt illabefinnande av betydelse, eller hög risk för detta, upprättas en handlingsplan. Detta är oftast ett multidisciplinärt arbete där barnmorska och, efter behov, MHV/BHV-psykolog, primärvårdpsykolog, specialistvårdpsykolog, distriktsläkare, psykiatriker, MHV-läkare och socionom

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 mödrahälsövården.

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.

Diagram 14. Andel gravida (%) som fått behandling mot psykisk ohälsa



Källa: Graviditetregistret

I vår region ligger vi 2024 något högre än riksgenomsnittet på 11%. Hos oss varierar andelen mellan 10% och 14%, med medelvärde 12%. Med undantag av Västervik (minskning sedan 2022) och Eksjö (lägre andel 2024 än 2023) har en liten ökning av andel gravida som får behandling mot psykisk ohälsa skett.

Andelen gravida med psykisk ohälsa som får läkemedelsbehandling varierar mellan landets regioner. 2023 fick i riket mellan 44% och 69% läkemedelsbehandling, i genomsnitt 56%. I Sydöstra sjukvårdsregionen varierade 2023 andelen läkemedelsbehandlade mellan 51% och 65%, i genomsnitt 58%. Liksom i riket hade majoriteten av gravida med psykisk ohälsa påbörjat läkemedelsbehandlingen innan graviditeten.

Förbättringsförslag: Det är svårt att ange målvärden. Det finns ett ständigt behov av utbildning/uppdatering och översyn av kontaktvägar mellan olika vårdgivare.

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. Våldsutsatthet under graviditeten ökar risken för bl.a. missfall, prematur förlossning och intrauterin fosterdöd. Erfarenhet av våld kan påverka anpassningen till graviditeten, anknytning till barnet och även det kommande barnets hälsa. Våld kan debutera eller eskalera under graviditet. I en studie gjord i Skåne 2014 - 2015 såg man att 1% av de gravida hade uppgett att de var våldsutsatta i nära relation i tidig graviditet. I graviditetsvecka 34 hade förekomsten fördubblats och fram till förlossningen blev det en ökning till 2,5%. Våldsutsatthet kan vara svår att upptäcka och leder ibland till att den utsatta söker vård för en rad olika symptom. Sjukvården har därmed en viktig uppgift i att aktivt efterfråga förekomst av våld och vid behov ge god vård och stöd. Vid tolkbehov ska auktoriserad tolk anlitas, telefontolk är att föredra.

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 tillfrågas.

I vår region tillfrågas gravida vid inskrivningen i mödrahälsovården samt i graviditetsvecka 32 eller 35.

Inom regionen har i de olika samordningsbarnmorskeområdena mellan 86% och 99% tillfrågats, i medeltal 96%. Graviditetsregistrets målvärde är 95%, genomsnittet för riket ligger på 96%

Således kan vi i Sydöstra sjukvårdsregionen, liksom i övriga delar av riket, vara relativt, men inte helt, nöjda med siffran på andel gravida som tillfrågas 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 MHV-besöken/behovsanpassat omhändertagande med mer tid till utsatta grupper kan vara en väg framåt.

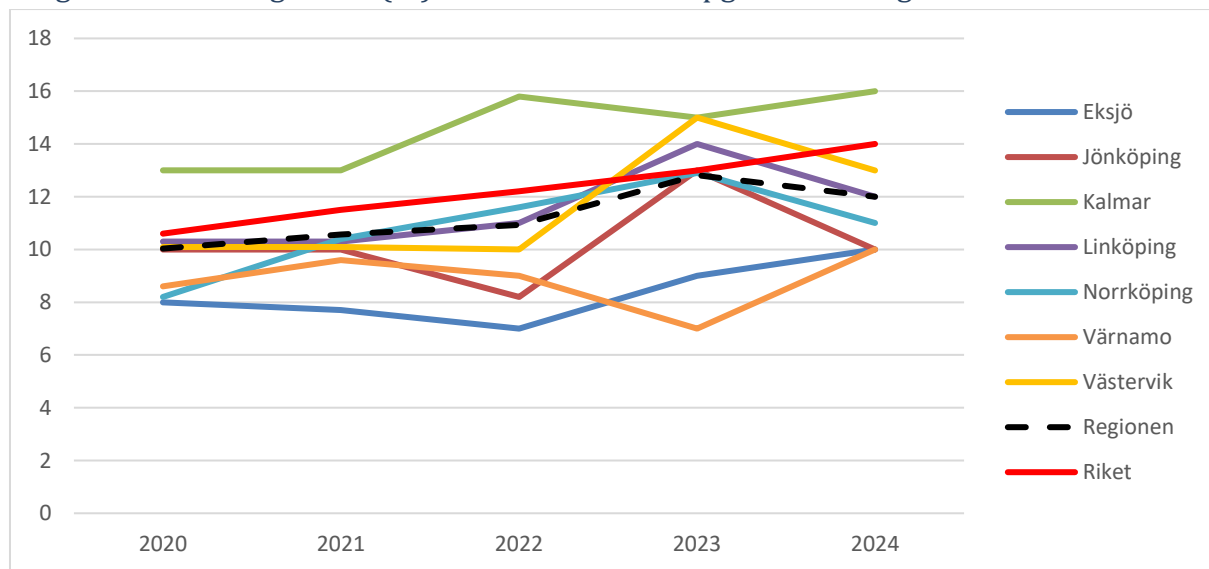
Andel gravida som tillfrågats om våldsutsatthet: Kalmar 97%, Jönköping 96%, Östergötland 95%. Riket 96%

Källa: Graviditetregistret

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 15. 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

Senaste åren har det i 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.

Förbättringsförslag: Utveckla och samordna digital utbildning/uppdatering i FUR. Önskvärt med systematiserad utvärdering.

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. Kontakt med psykolog/socionom kan bli aktuell. 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.

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

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

Andelen gravida som får extra stödåtgärder p.g.a. förlossningsrädsla är större bland omfödskor än bland förstfödskor.

Trenden över senaste åren är att andelen gravida som får extra stödåtgärder p.g.a. förlossningsrädsla ökar. Dock ser man i flera samordningsbarnmorskeområden i vår region en minskning mellan 2023 och 2024. Det återstår att se om detta är en tillfällighet eller ej. I sydöstra sjukvårdsregionen har Kalmar sedan lång tid en något högre, medan ett par områden för det mesta har en något lägre, andel gravida som får stödåtgärder p.g.a. förlossningsrädsla. Sådana skillnader kan bero på personaltillgång och tradition/syn på förlossningsrädsla.

Förbättringsförslag: Ett ökat erfarenhetsutbyte mellan regionens olika Amanda/Aurora-mottagningar är av värde för att utveckla verksamheten. Även utbildningsinsatser har stor betydelse. Ett samarbete i regionen med regelbundet återkommande träffar för personal verksam inom Aurora/Amanda-verksamheterna är under uppbyggnad.

Övriga erbjudanden inom basprogrammet

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

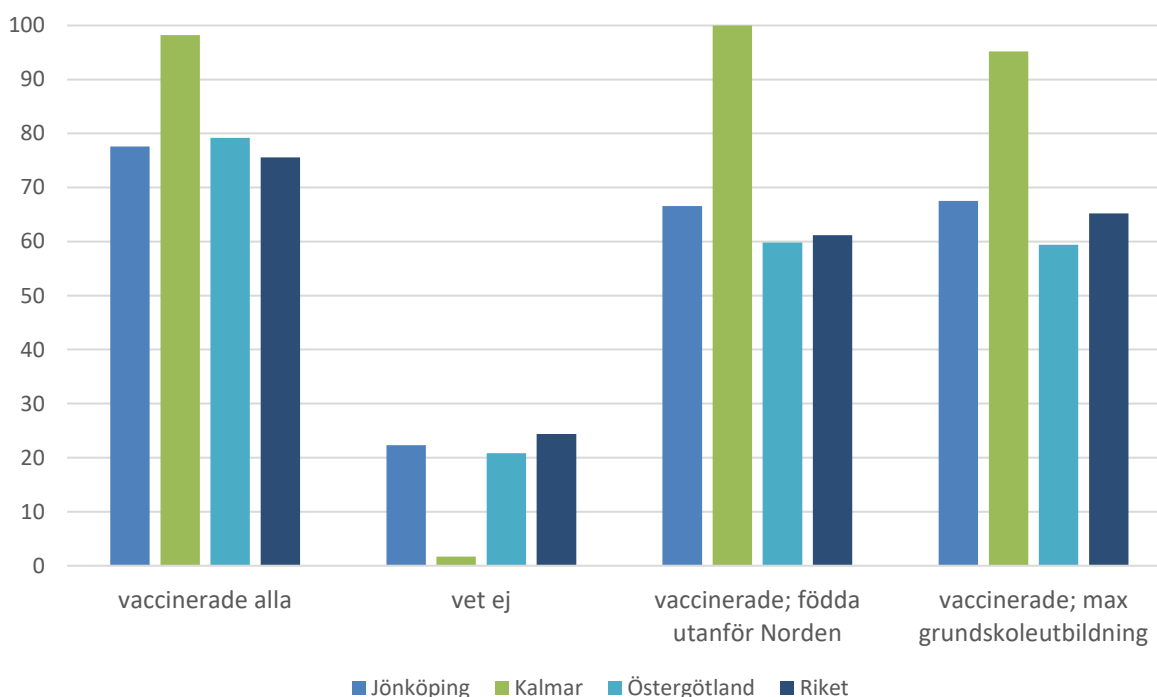
Information om vaccinationer under graviditet

Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination under graviditet mot influensa, Covid och kikhosta. Inom kvinnohälsovården ges denna information till alla gravida och kvinnorna hänvisas till hälsocentral eller vaccinationscentral efter graviditetsvecka 12 för vaccinering mot influensa och Covid under säsong. 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 Sydöstra regionen; antingen av personal på kvinnohälsovården, på hälsocentral eller vaccinationscentral. Vid vaccination inom kvinnohälsovården väljer fler gravida att bli vaccinerade, en högre täckningsgrad, och vetskapen om vilka som blivit vaccinerade är högre resulterandes i att inrapporterade data blir bättre; fler svar: "ja" och färre eller inga med svar: "vet ej". Samtliga data bygger på de gravida som är inkluderade i graviditetsregistret. Ingen uppgift finns om vaccination utav de gravida som inte registrerats i graviditetsregistret.

Nedanstående diagram visar täckningsgrad av kikhostevaccinerade gravida ("ja"), okänt vaccinationsstatus ("vet ej") samt filtrerat på vaccinerade med utomnordiskt födelseland eller beroende på utbildningsnivå.

Diagram 16. Vaccination kikhosta 2024 (%)



Kommentar: I de regioner där vaccinering mot kikhosta utförs inom kvinnohälsovården är inrapporteringen av vaccinerade nästintill komplett. I de regioner där vaccinationerna skett på annan instans än kvinnohälsovården är osäkerheten stor i om den gravida vaccinerats eller inte, rapporterat som "vet ej".

För att förebygga RS-virusinfektion hos spädbarn finns ett godkänt vaccin för gravida i graviditetsvecka 24–36 samt även en monoklonal antikropp. Sedan mars 2025 finns en rekommendation från NT-rådet (en expertgrupp med representanter för Sveriges regioner)

riktad till landets regioner, om att långverkande monoklonala antikroppar bör erbjudas till alla nyfödda barn under kommande vintersäsonger.

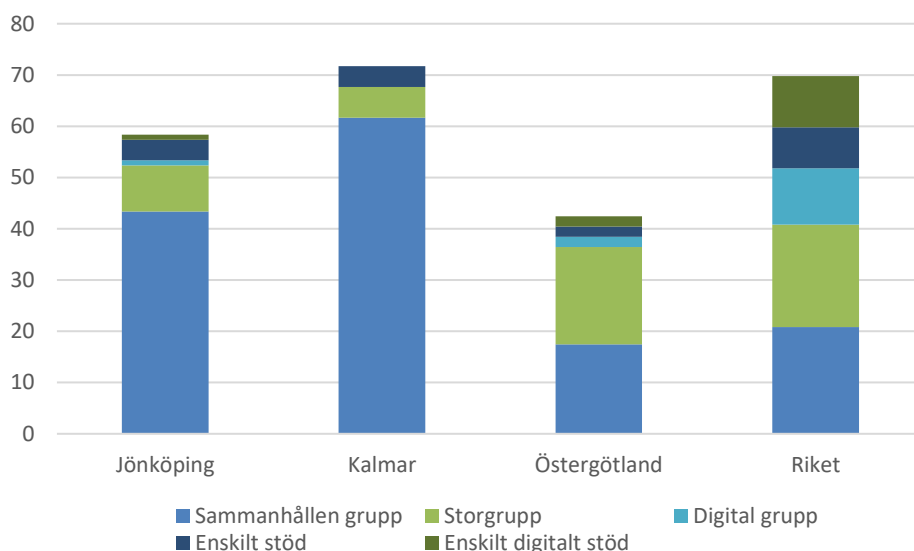
Förbättringsförslag: Om samtliga regioner i sydöstra kan vaccinera mot kikhosta inom mödrahälsovården skulle sannolikt täckningsgraden öka. Genom att personal inom kvinnohälsovården både informerar samt kan administrera vaccinet är förhoppningen att flera gravida kan ta del av erbjudandet och att fler gravida som är utomnordiskt födda eller med max grundskoleutbildningsnivå vaccineras.

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. Även formen av stöd och antal utbildningstillfällen skiljer stort mellan olika verksamheter. Under Coronapandemin minskade föräldraskapsstödet men har därefter ökat succesivt för varje år. Skillnaden mellan deltagande i föräldraskapsstöd i de olika regionerna är fortfarande stor se diagram nedan. En del av skillnaden vad gäller Östergötland kan förklaras av att de först under senare delen av 2024 återinförde föräldrastöd i grupp, neddraget under Covid, samt även av resursbrist. Även om efterfrågan på fysiska besök för föräldraskapsstöd är stor är det varierande uppslutning på erbjudna träffar. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) har i april 2025 publicerat en webbutbildning i föräldraskapsstöd bl.a. riktad till personal inom mödrahälsovården.



Diagram 17. Deltagande i föräldraskapsstöd, förstföderskor (%)



Källa: Graviditetsregistret

Förbättringsförslag: Eftersöka varför det fortfarande är stor skillnad i deltagande i föräldraskapsstöd inom de olika regionerna i sydöstra regionen. Är det skillnad i erbjudande? Beror skillnaderna i deltagande i utformningen av föräldraskapsstödet; storgrupp, digitalt etc? Skiljer sig inställningen till erbjudet föräldraskapsstöd hos de gravida mellan olika regioner?

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, vilket överensstämmer med SoS:s rekommendationer om telefonuppföljning under barnets andra eller tredje levnadsvecka. 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 t.ex. 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 samt eftervårdsbesöket efter några månader 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.

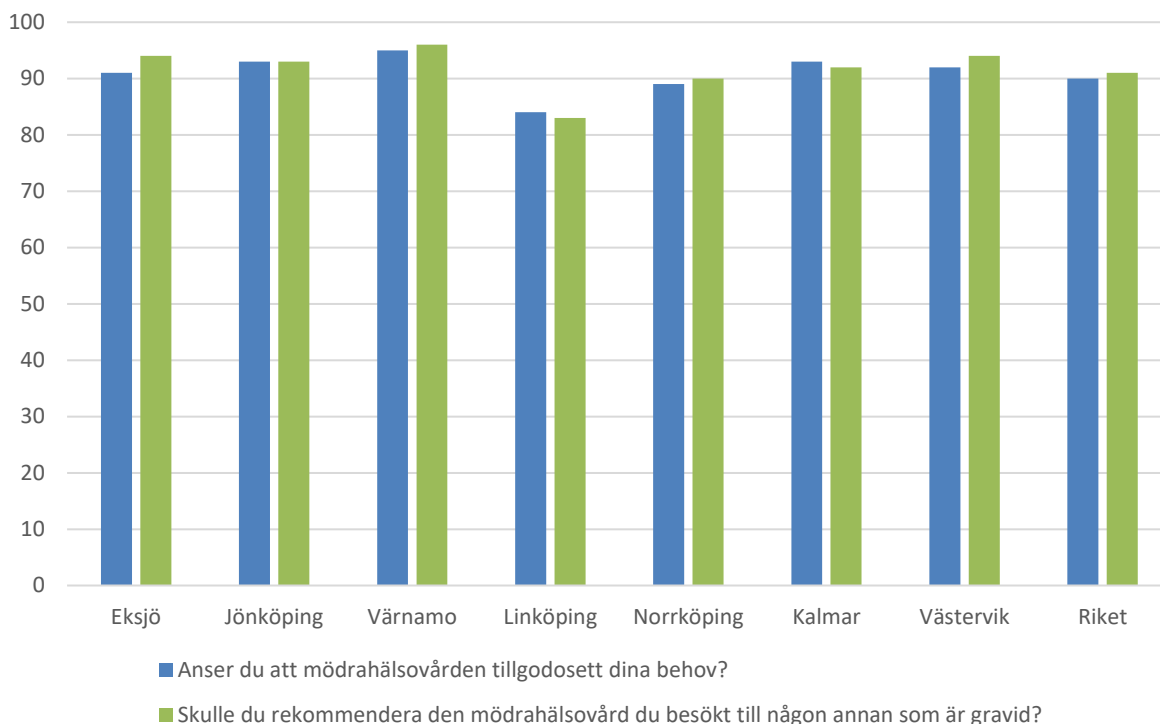
91% av kvinnorna i Sydöstra regionen kommer till detta fysiska besök. Motsvarande siffra i riket är 89%.

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 52% av enkäterna, vilket bedöms som en relevant svarsfrekvens med tanke på det stora materialet. I Sydöstra regionen besvaras marginellt fler enkäter än nationellt, 53%, men nästan hälften av de gravida kvinnornas upplevelse redovisas inte.

Diagram 18. Enkät nöjdhet MHV 2024 (%)



Källa: Graviditetsregistret

Kommentar: 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 5), och en sannolik skillnad i arbetsbelastning bör arbetet med bemanning och arbetsmiljö fortsätta. Vi avvaktar även utvärderingen av Region Östergötlands lågriskbasprogram.