

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2012

Introduktion

Den regionala gruppen för preventiv kvinnohälsovård bildades i december 2008 med syftet att göra fördjupade analyser och arbeta fram förbättringsmöjligheter av de i verksamheten ingående delarna såsom mödrahälsovård, föräldrastöd, familjeplanering och gynekologisk cellprovskontroll.

Siffror i 2012 års rapport baseras på uppgifter framtagna ur det nationella kvalitetsregistret (mödrahälsovårdsregistret), Obstetrix liggaren samt rapport från respektive verksamhet -se under respektive diagram för källhänvisning. Under 2012 genomfördes en valideringsstudie av det nationella kvalitetsregistret som visade att variabelernas datakvalite hade hög nivå både vad gäller täckningsgrad och korrekthet i inmatade data.

I regionen fanns 2012 tre privata enheter med landstingsavtal för mödravård. Under resultaten för Linköping ingår därför resultatet även för Barnmorskemottagningen Storken AB (Linköping). På samma sätt återfinns resultaten för Lovisamottagningen AB under Norrköpings resultat.

Aleris Specialistvård (Motala) är ibland redovisade separat och ibland inkluderade i Linköpingsstapeln av registerskäl.

År 2012 förlöstes 11424 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa följdes 97 % (11124 inskrivna) upp på regionens mödravårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 85-100 %. Målet inom regionen är en uppföljningsfrekvens på 90 %. En möjlig felkälla i siffrorna är att förlossningsantalen innefattar alla förlösta patienter t.ex. turister eller riskgravida från andra orter som inte är inskrivna på förlossningsortens MVC.

Gruppen består av:

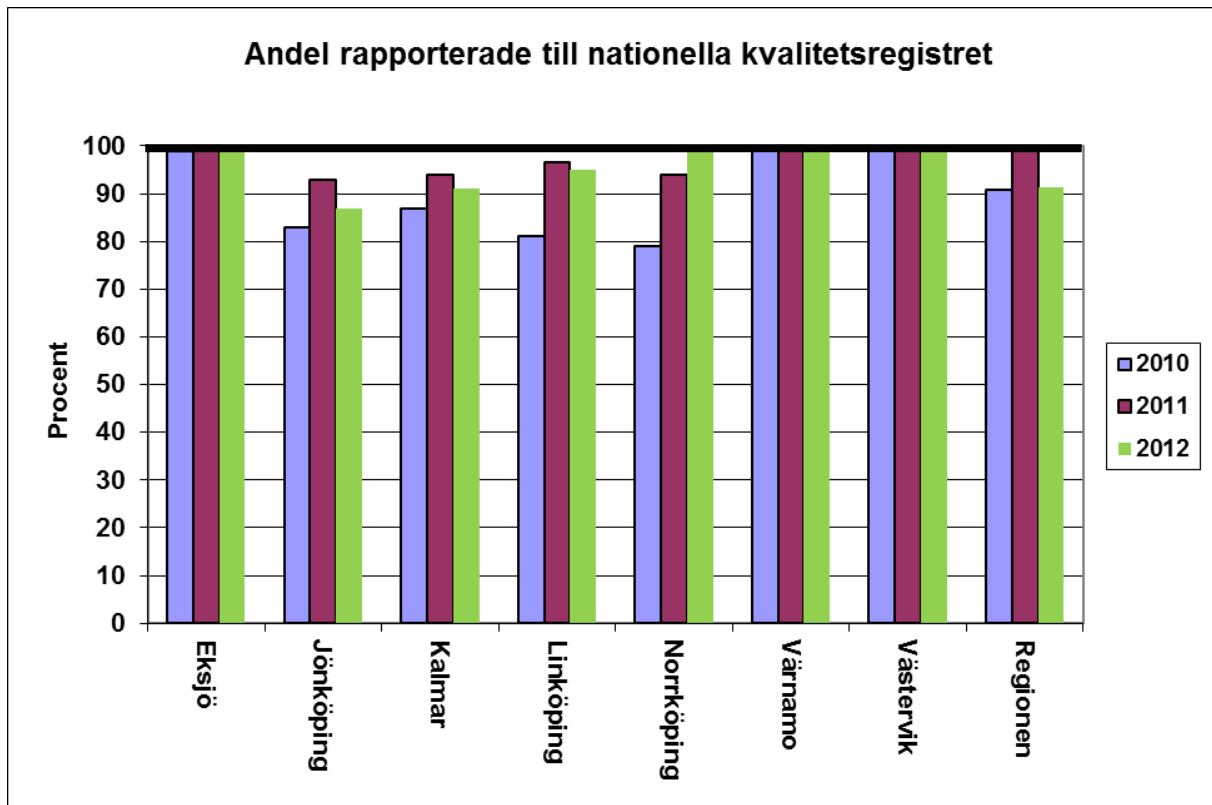
Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

Catarina Notelid-Claus Eksjö
Helena Åstrand Jönköping
Helene Muhr Kalmar
Caroline Lilliecreutz Linköping
Birgitta Zdolsek Norrköping
Catharina Bildh Värnamo
Maria Engman Västervik

Verksamhetschefsrepresentant Malena TiefenthalThrane och IT-samordnare Meg Wigmo.

Hälsovård i samband med graviditet

1



Målvärde 100%

Källa: antal rapporterade till nationella kvalitetsregistret/förlösta och inskrivna på MVC enligt Obstetrixliggaren

Målet är att definierade data från alla inskrivna gravida på Kvinnohälsovården ska överföras till Nationella Kvalitetsregistret för mödravård.

Täckningsgraden för registret är avgörande för hur säkert vi kan tolka datauttag.

I det nationella kvalitetsregistret för mödravård "Graviditetsregistret" tas enheter med > 70% täckningsgrad med i Årsrapporten vilket innebär att sydöstra sjukvårdsregionen redovisas nationellt.

Täckningsgraden mäts genom att jämföra antalet registrerade i Nationella Kvalitetsregistret/förlösta och inskrivna gravida i Obstetrix på respektive enhet under samma period.

Det finns en rörlighet bland gravida kvinnor i länet och i regionen. Den gravida kvinnan kan bli inskriven på en KHV enhet men förlöst på en annan.

Enheten Storcken har skrivit in 292 st i Obsterix och rapporterar 365 st till Nationella Kvalitetsregistret.

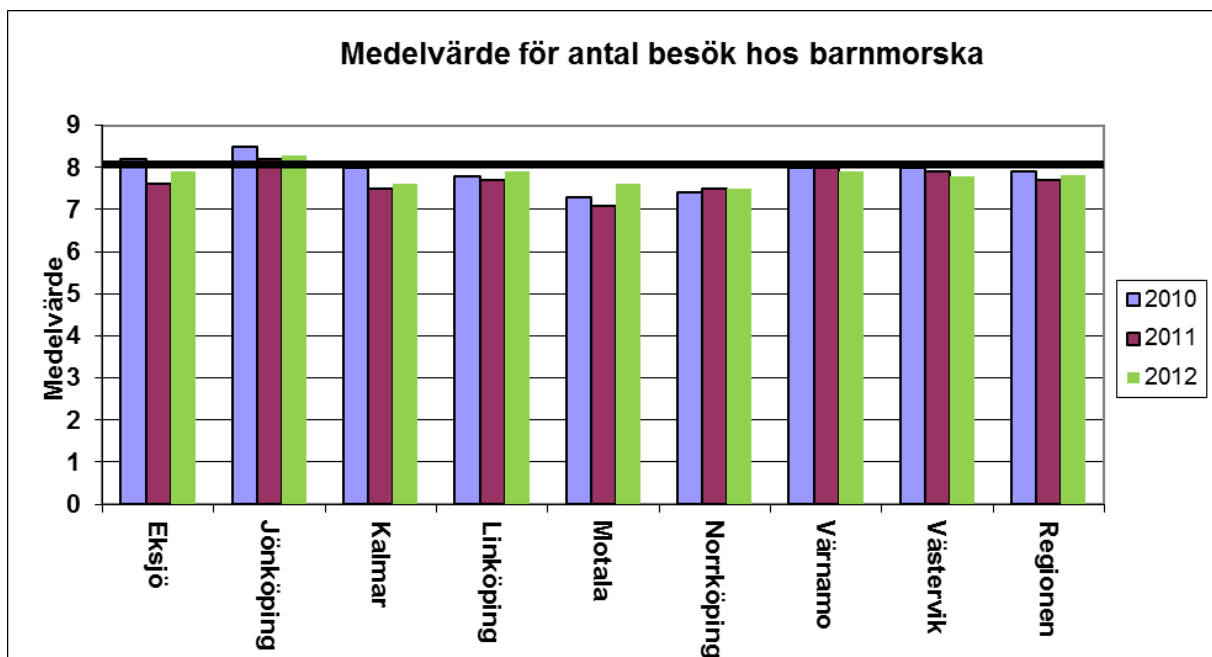
Enheten Lovisa har skrivit in 301 st i Obsterix och rapporterar 342 st till Nationella Kvalitetsregistret.

Enheten Aleris har skrivit in 736 st i Obsterix och rapporterar 585 st till Nationella Kvalitetsregistret.

Önskvärt vore en automatisk överföring från Obstetrix in i registret för att säkerställa kvalitet på rapportering till en rimlig arbetsinsats för barnmorskan på Kvinnohälsovården.

Överrapporteringen till nationella kvalitetsregistret fungerar väl i regionen vilket innebär att data är tillförlitliga.

2



Målvärde 8

Källa: Nationella kvalitetsregistret

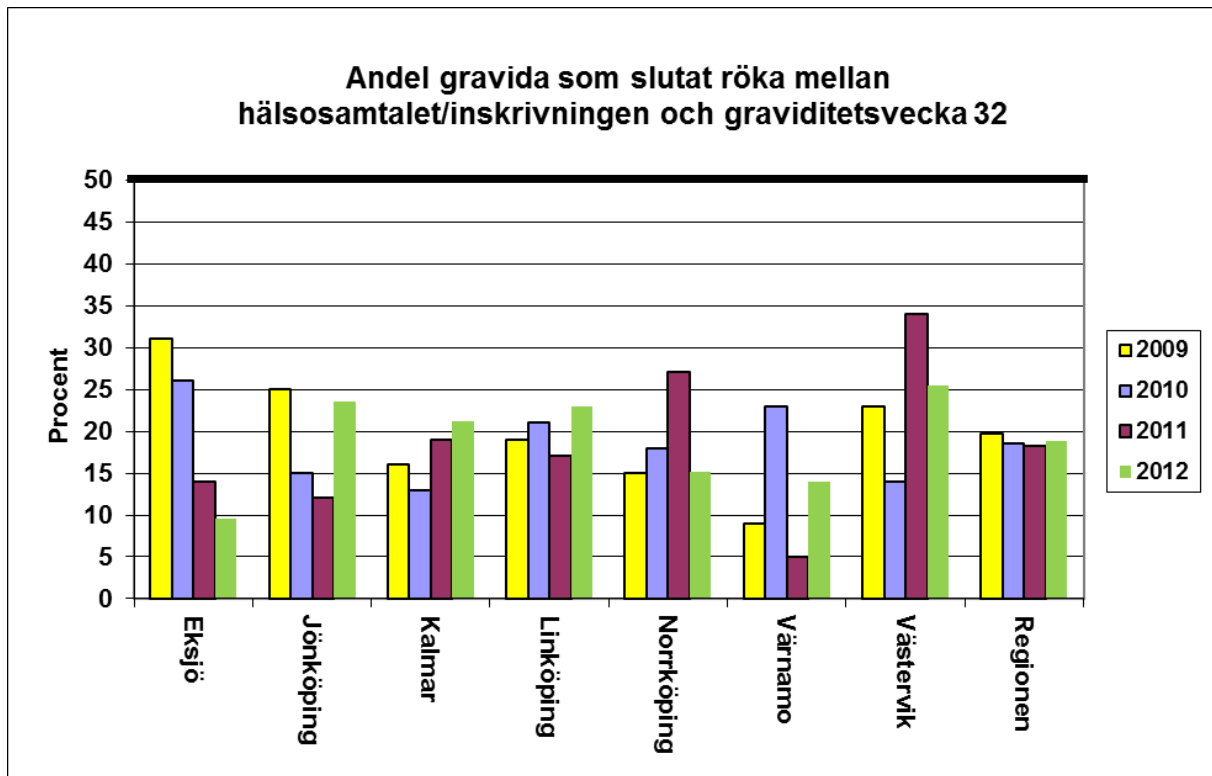
Det saknas vetenskapligt stöd för att bestämma det optimala antalet besök på kvinnohälsan under en graviditet. Engelska experter rekommenderar 10 besök för förstföderskor och 7 för omföderskor. Basprogrammet beskriver rekommendation ur ett medicinskt perspektiv och uppfyller kraven för att minimera risker. Individuell planering skall alltid göras utifrån medicinska och psykosociala riskfaktorer, livstilsfrågor och kvinnans behov.

I Sydöstra sjukvårdsregionen har vi utarbetat ett gemensamt basprogram och rekommenderat 8-9 barnmorskebesök fram till graviditetsvecka 41.

From år 2013 har ett barnmorskebesök tagits bort (besöken i graviditetsvecka 37 och vecka 39 slås ihop till ett besök i graviditetsvecka 38) hos frisk omföderska med BMI<30 och med tidigare okomplicerad graviditet.

Medelvärdet för antal besök hos barnmorska både för förstföderskor och omföderskor i regionen varierade mellan 7,5-8,3 besök (medel 7,8) .

Enligt ovan ses att följsamhet finns till det regionala basprogrammet.



Målvärde 50%

Källa: Obstetrixliggaren

Antal som röker vid inskrivningen/antal som röker i vecka 32

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik
2009	74/51	121/91	119/100	167/136	185/157	69/63	82/63
2010	84/62	124/106	118/103	170/134	176/145	71/55	76/65
2011	88/76	107/94	96/78	146/21	181/132	60/57	96/33
2012	63/57	89/68	142/112	148/114	178/151	64/55	63/47

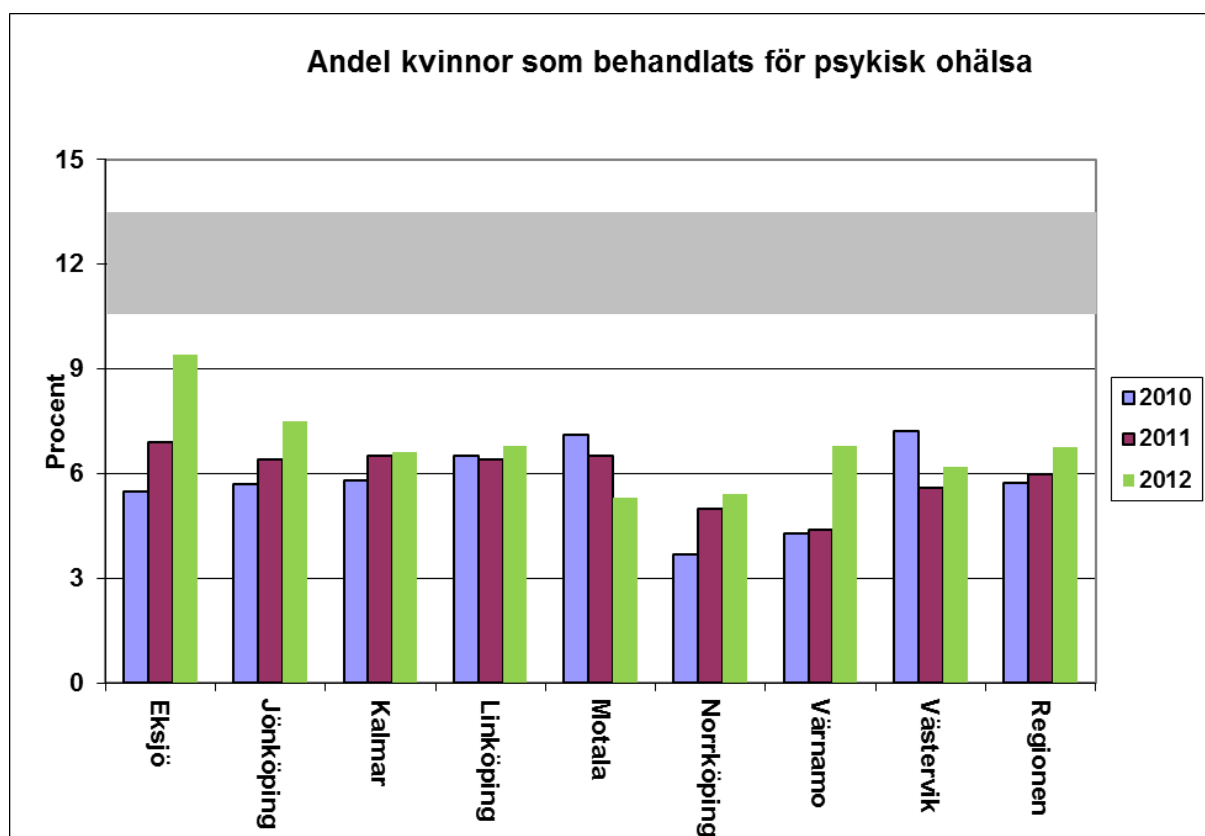
Utöver de risker som är förknippade med rökning generellt så ökar rökning under graviditet också risken för moderkaksavlossning, för tidig förlossning, försämrad fostertillväxt och plötslig spädbarnsdöd. Nikotin passerar över i bröstmjölken och kan öka risken för plötslig spädbarnsdöd hos ett ammat barn. Även passiv rökning skadar barnet.

I socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder" är grunden för de åtgärder som föreslås rådgivning/samtal; *enkla råd* (tidsåtgång < 5 min), *rådgivande samtal* (10-15, ibland upp till 30 min) respektive *kvalificerat rådgivande samtal* (tidsmässigt mer omfattande). Socialstyrelsens rekommenderar vid rökning hos gravida *rådgivande samtal*. Detta motiveras med att rökning hos gravida är ett mycket allvarligt tillstånd och att åtgärden har stor effekt.

Större delen av barnmorskorna i regionen har utbildning i MI – motiverande samtal, vilket visat sig vara ett effektivt verktyg för att hjälpa individer att genomföra livsstilsförändringar. Man hänvisar också rökande gravida till hälsocentralernas hälsokoordinatorer. Senaste årens dåliga siffror har i vissa delar av regionen resulterat i utformandet av en handlingsplan vad gäller tobaksbruk under graviditet. Vi har också blivit bättre på kontinuerlig MI-träning.

Målvärde är 50%. 2012 varierar siffran i regionen mellan 9% och 25%.

4



Källa: Nationella kvalitetsregistret

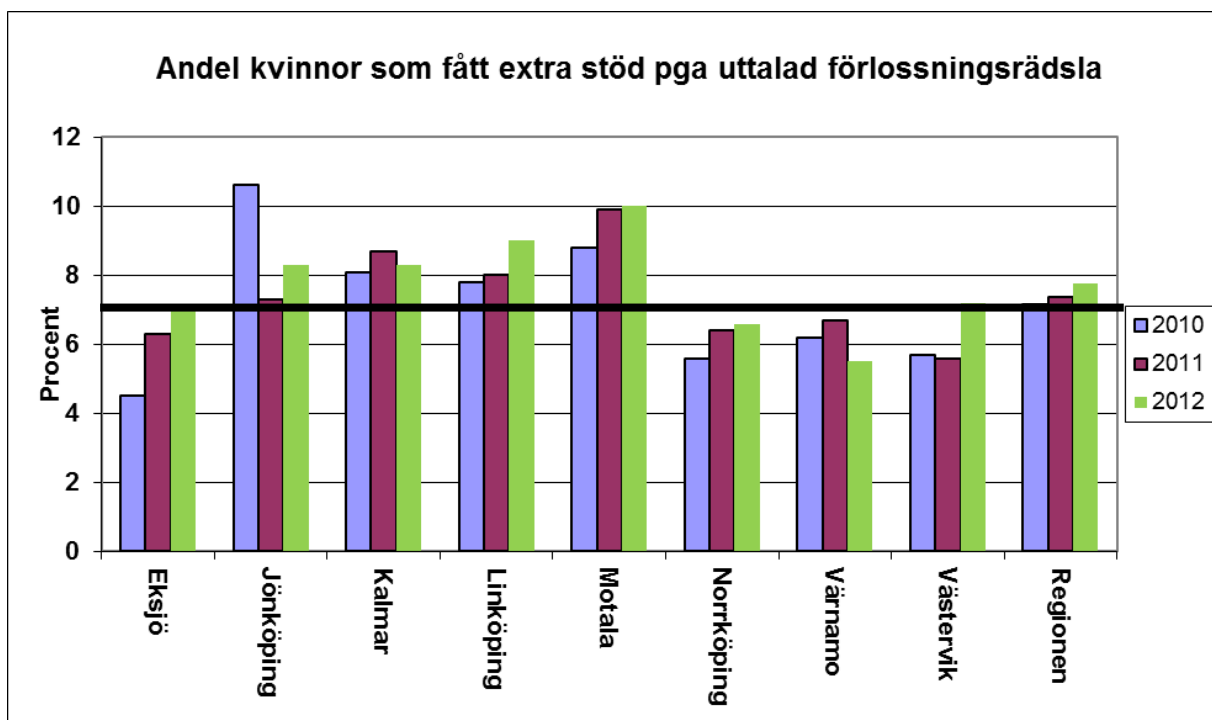
Psykisk ohälsa är bla associerat med försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet. Förekomsten av psykisk ohälsa tycks öka, till viss del kan det bero på att gravida kvinnor idag söker för sina problem i större utsträckning. I svenska studier framgår att förekomsten av behandlingskrävande psykisk sjukdom i mitten av graviditeten är ca 14%. Det är en utmaning och svårighet för mödrahälsovården att identifiera dessa kvinnor och troligen är gruppen med psykisk ohälsa underdiagnostiserad. Målet är dock att hitta alla för att kunna erbjuda en bra och effektiv behandling.

Screening med frågeformulär för att hitta symtom på nedstämdhet/depression sker i olika grad inom regionen. Under 2012 har Linköping och Norrköping screenat med Edingburgh Postnatal Depression Scale vid inskrivningsbesöket. Det är för tidigt att dra några slutsatser

kring denna implementering. Barnmorskornas upplevelse är att enkäten underlättar i arbetet för att få en fördjupad psykisk anamnes och att identifiera psykosociala riskgraviditeter. Utbildning av barnmorskor inom ämnet sker kontinuerligt och flera gemensamma FORSS projekt har bedrivits med fokus på denna patientgrupp.

Behandlingen som avses i denna statistik gäller både medicinsk och psykologisk behandling under graviditeten oavsett vem som är vårdgivare (tex mödrahälsovården, vårdcentralen) eller vem som har initierat behandlingen. Extra stödbesök hos patientansvarig barnmorska ingår dock inte. Våld i nära relationer är en riskfaktor för psykisk ohälsa och screening för detta inom mödrahälsovården planeras att bli en kvalitetsparameter i 2013 års rapport.

5



Målvärde 6-8

Källa: Nationella kvalitetsregistret

MHV:s mål med att erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor innebär att man genom stödjande samtal ska stärka den blivande mammans tilltro till sin egen förmåga att föda, oavsett förlossningssätt, och på så sätt öka möjligheterna till en god anknytning till det nya barnet både under graviditeten och efter att barnet är fött.

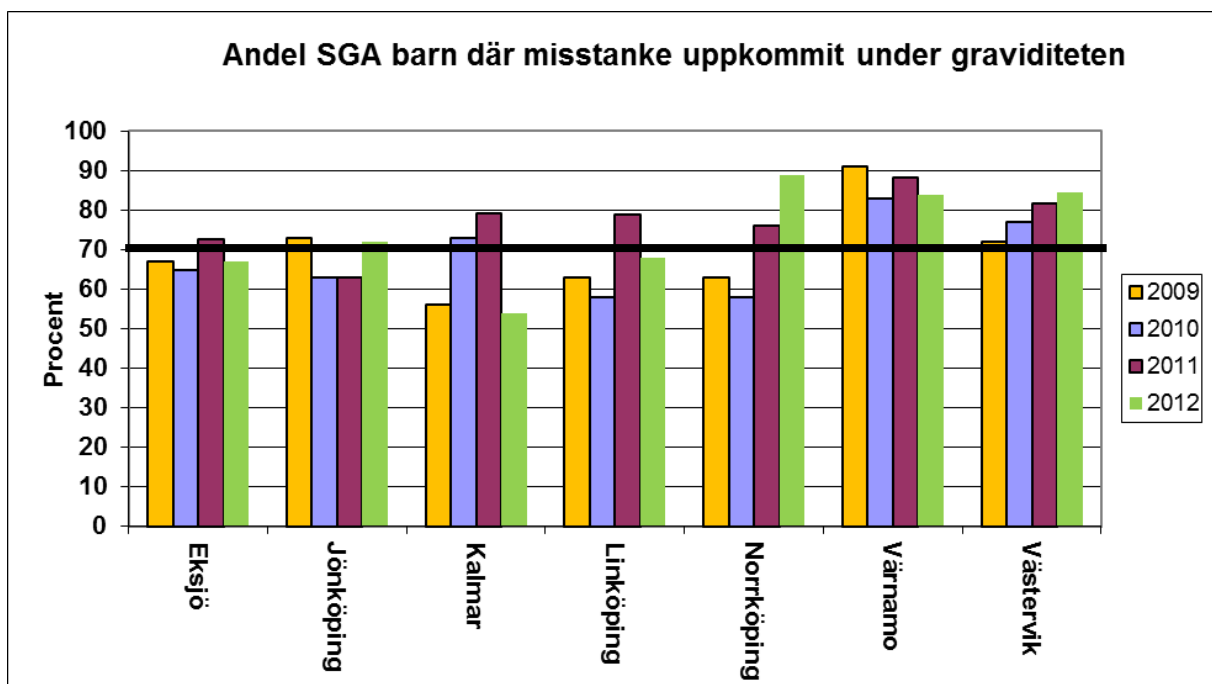
Enligt forskningsrapporter har 6-8% av gravida en stark förlossningsrädsla men betydligt fler uttrycker lätt till måttlig rädsla. Uttalad förlossningsrädsla eller fobi förekommer hos 2-4% av gravida kvinnor. Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på mödrahälsovården, medan medelstark och stark förlossningsrädsla handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

Ett rimligt målvärde för ”Andelen gravida som fått extra stöd på grunda av uttalad

förlossningsrädsla” skulle kunna vara 6-8 % d.v.s. motsvarande andelen med stark förlossningsrädsla i tidigare forskningsrapporter.

Inom regionen hade 5,5-10 % av de gravida kvinnorna fått extra stöd. Vi har sista året en minskad spridning med samtliga värden runt det föreslagna målvärdet. I regionen används olika screeningupplägg för denna patientgrupp och vi har tolkat det som att vi med de metoder vi har troligen hittar kvinnor med uttalad förlossningsrädsla.

6



Målvärde 70 %

Källa: Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P50 vid födelsen

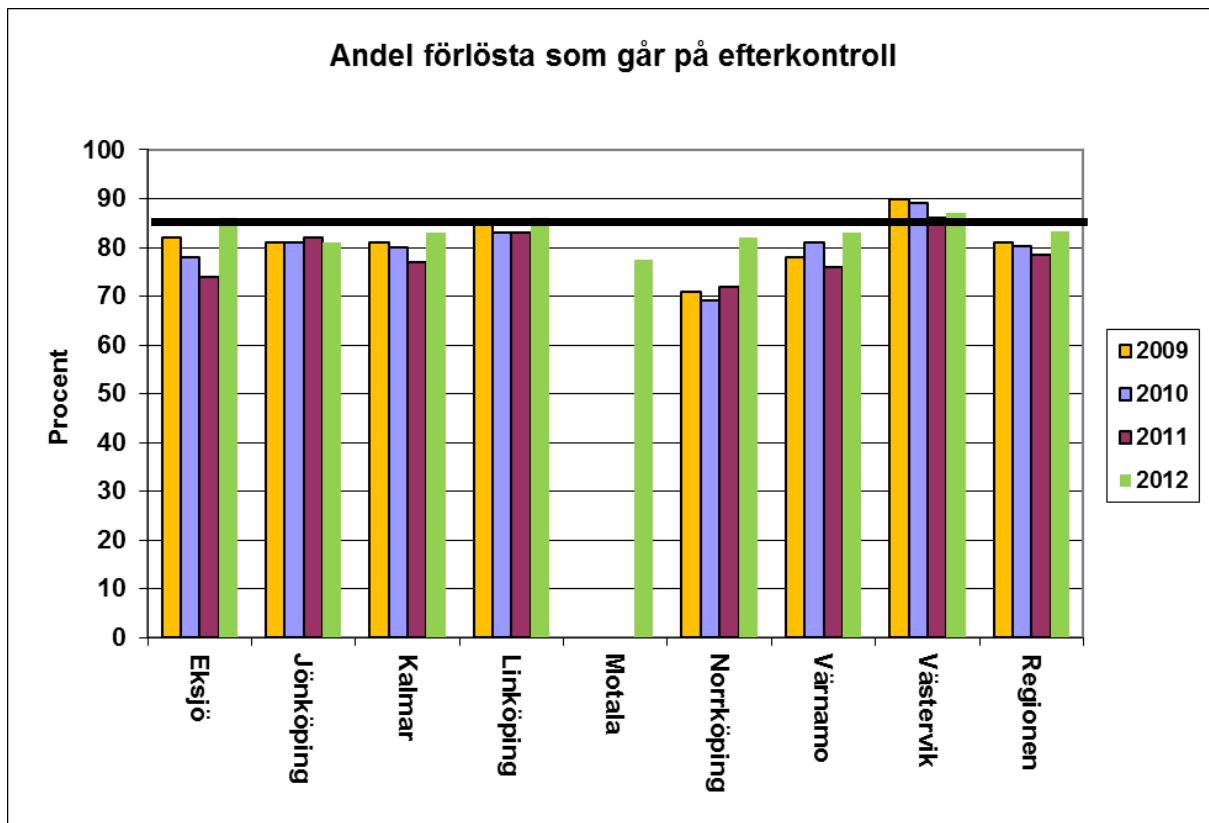
Antal födda SGA barn/ antal upptäckta

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Motala	Norrköping	Värnamo	Västervik
2008	20/17	46/26	33/8	39/20	15/5	48/29	12/8	23/19
2009	12/8	22/16	25/14	61/37		54/34	11/10	18/13
2010	17/11	38/24	30/22	64/43	23/10	45/26	6/5	13/10
2011	22/16	54/34	24/19	52/41	21/11	38/29	17/15	11/9
2012	18/12	57/41	35/19	45/31		37/33	16/19	13/11

SGA- foster (small for gestational age/ liten för tiden) som upptäckts under graviditeten har bättre utfall och prognos än de foster som diagnostiseras efter födelsen. De SGA foster/ barn som ej upptäckts under graviditeten har en ökad risk för komplikationer dels under graviditeten, i samband med förlossningen samt senare i livet. Det är därför av största vikt att dessa foster upptäcks på mödravården. Vi har under året gemensamt i den regionala gruppen

(diskussion även med regionala ultraljudsgruppen) gått igenom olika tillstånd/ sjukdomar där man i litteraturen ser en ökad risk för SGA. Förslag till riktlinjer och lokala PM har utarbetats i förhoppning att öka upptäckten av SGA. Inom regionen hade misstanke om SGA uppkommit hos 74 %, varierande mellan 54-89%. Den stora variationen mellan orter kan bero på att det totala antalet SGA-barn/ort är litet. Målvärdet höjs 2013 till 80% då bästa länsdel är riktvärde.

7



Målvärde 85%

Källa: Nationella kvalitetsregistret. År 2009-2011 togs statistiken från Obstetrixliggaren.

Efterkontroll erbjuds alla förlösta kvinnor oftast inom 12 veckor postpartum. Detta besök är en uppföljning av kvinnans situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. Besöket innefattar genomgång av förlossning, erbjudande av medicinsk undersökning, diskussion om preventivmedel samt diskussion om livsstilfaktorer.

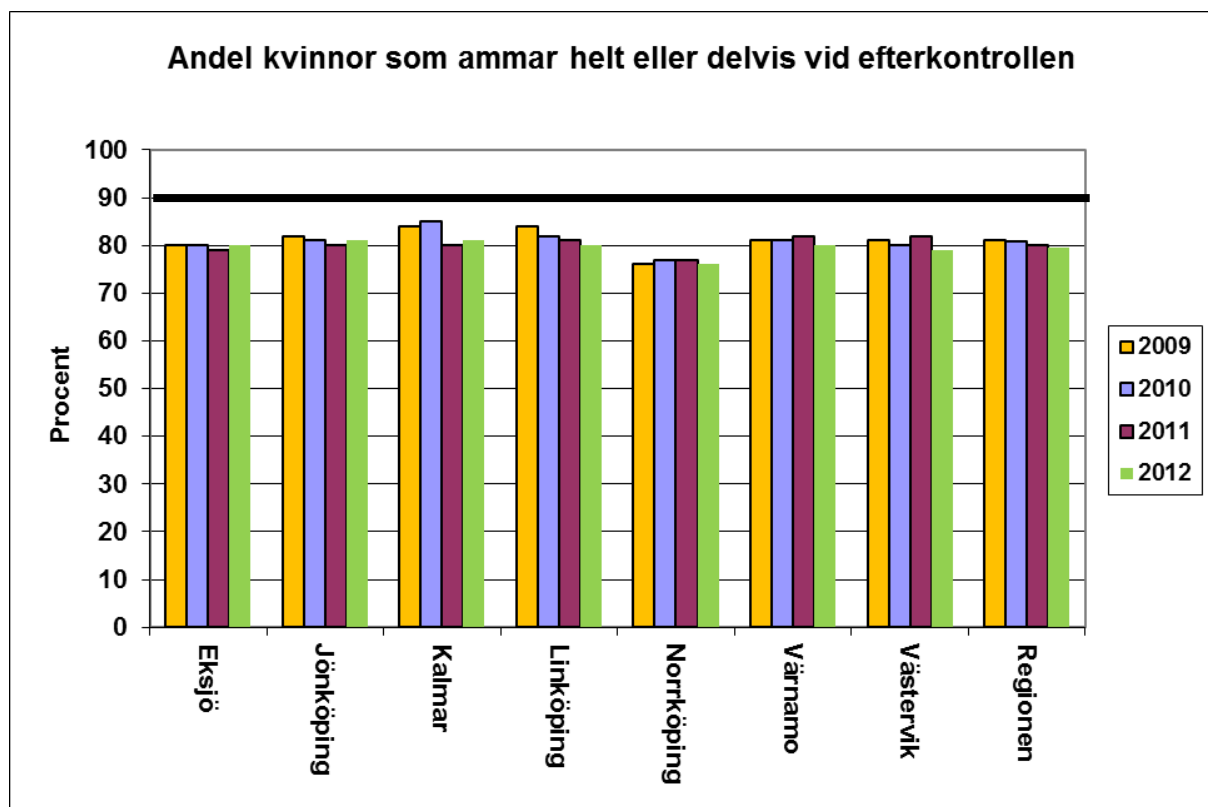
Detta besök är speciellt viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svåra förlossningsupplevelser för att v b lotsa dem till vidare hjälp eller diskutera påverkan på ev. framtida graviditeter. Vi har i regionalgruppen varit bekymrade för ett minskat antal kvinnor som kommer på efter kontroll då vi anser att det är av stor vikt. Diskussioner har förekommit om olika förslag att öka efterkontroll frekvensen bla genom att boka efterkontroll redan innan förlossningen eller ge en tid till patienten på BB istället för att patienten själv tar kontakt och bokar en tid. Detta är tex extra viktigt hos kvinnor med

språksvårigheter. De flesta orter har under 2012 ökat sitt antal av efterkontroll och 4/8 orter når målvärdet jämfört med 1/8 2011.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen kom 84% av de förlösta kvinnorna (varierande från 81-87% mellan orterna) på efterkontroll

Målvärdet höjs 2013 till 90% då bästa länsdelen är riktvärde.

8



Målvärde 90%

Källa: Obstetrixliggaren

WHO:s amningsrekommendationer föreskriver enbart amning de första sex månaderna vilket har positiva effekter för både mor och barn.

Amning minskar risken hos mamman för bröst- och äggstockscancer senare i livet.

Dessutom gör amningen det lättare för kvinnan att återgå till pre-gravid vikt snabbare och minskar risken för fetma.

Den nära kontakten vid amningen kan underlätta god anknytning.

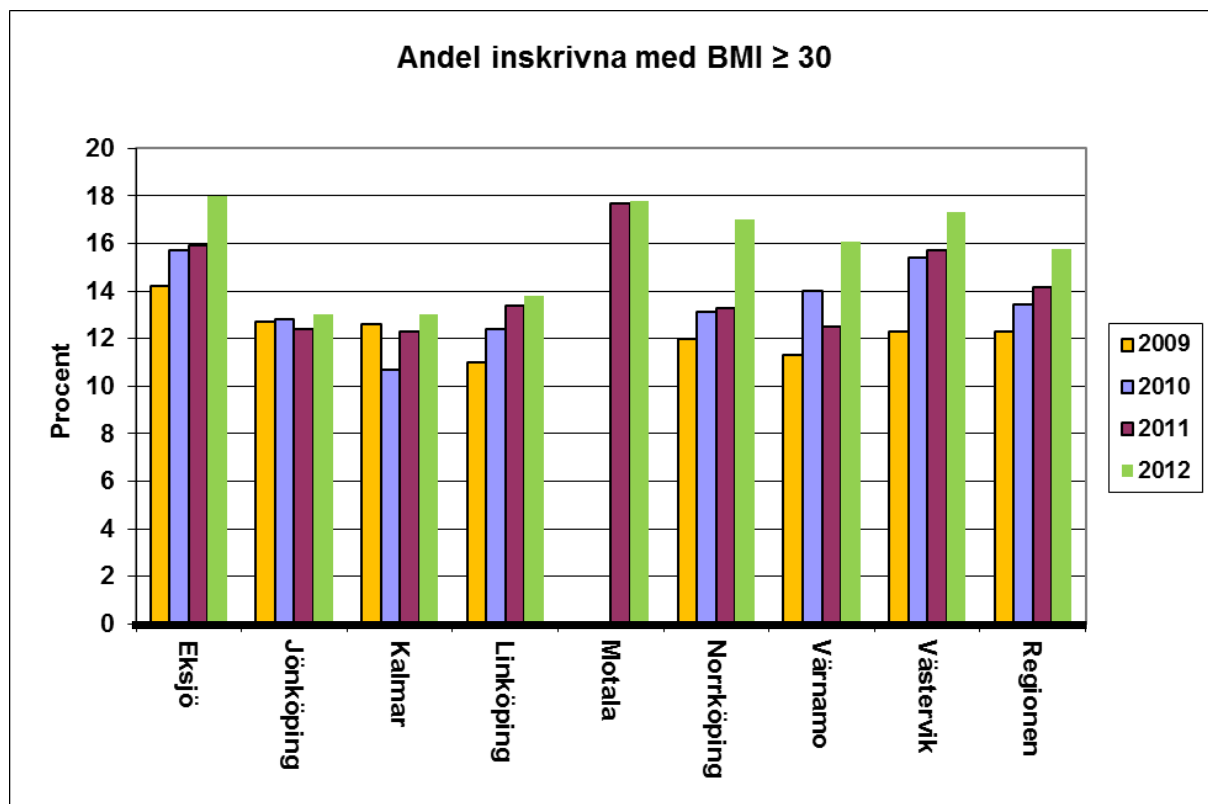
Förutsatt att det inte finns något som hindrar amning är bröstmjolk det bästa alternativet för spädbarnet.

Regionens alla mödravårdscentraler och förlösningskliniker följer WHO/Unicefs rekommendationer för amningsvänlig vård.

På flera ställen i regionen har man infört ökat amningsstöd för att på det sättet försöka öka amningsfrekvensen.

Inom regionen varierar amningsfrekvensen vid EK mellan 76-81%.
Målet är att 90% ammar vid efterkontrollen. Resultaten i regionen har legat stabilt över tiden.

9



Målvärde 0

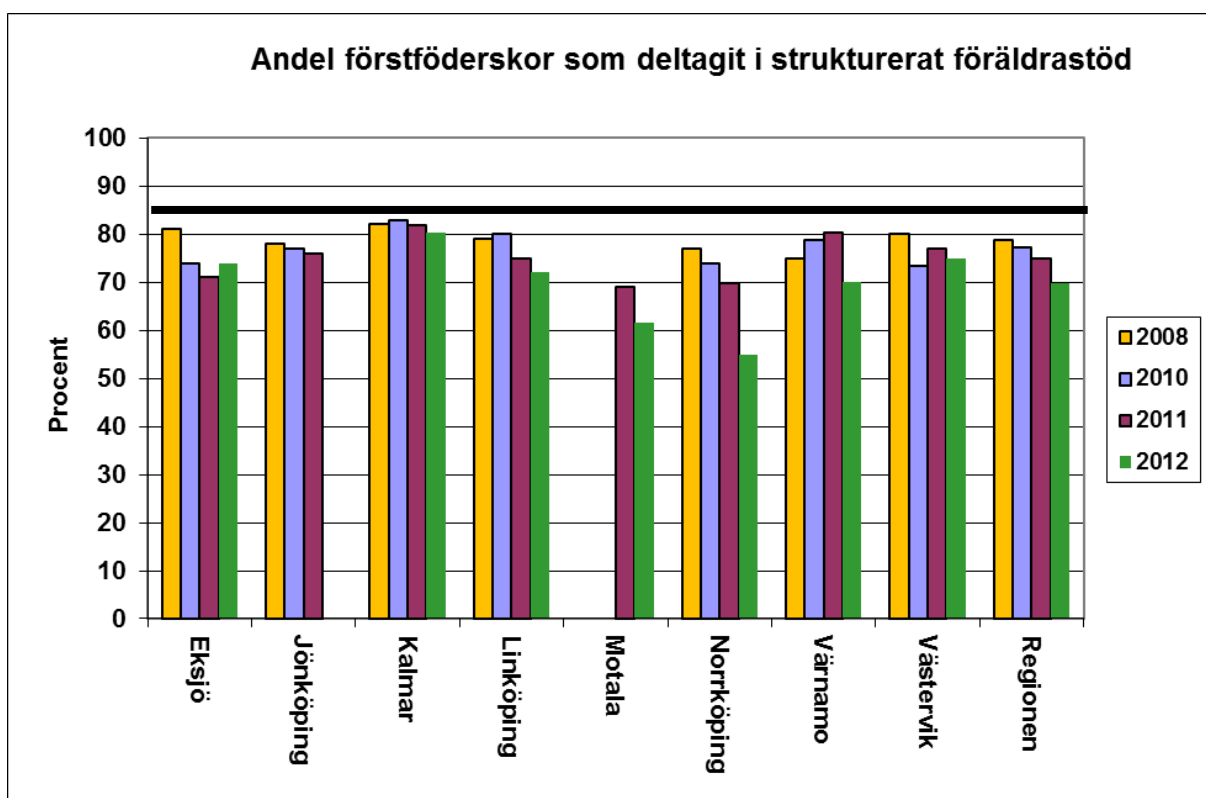
Källa: Nationella kvalitetsregistret

Den gravida kvinnans vikt kontrolleras enligt mödrahälsovårdens basprogram vid inskrivningen i graviditetsvecka 10-14 samt i graviditetsvecka 32, 37 och vid efterkontrollen. Body Mass Index (BMI) skall räknas ut vid inskrivningen samt på efterkontrollen och kvinnan informeras om resultatet.

Fetma definieras som BMI \geq 30 och utgör en medicinsk riskfaktor dels för kvinnan under graviditet och förlossning men även för barnet. Sannolikheten ökar för att kvinnan skall drabbas av bl a högt blodtryck, havandeskapsförgiftning, graviditetsdiabetes, utdraget förlossningsförlopp och kejsarsnitt. Sannolikheten ökar för att barnet skall drabbas av bland annat missbildning, lågt blodsocker samt död i nyföddhetsperioden, Även själva viktökningen under graviditeten hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditetsutfall. Regiongruppen har därför framfört önskemål till det nationella kvalitetsregistret om att denna variabel skall ingå i en framtida version av nationella kvalitetsregistret. Under 2013 skall regiongruppen arbeta med regionala riktlinjer för rekommenderad viktuppgång i samtliga viktklasser under graviditet och målet är att redovisa resultaten avseende dessa riktlinjer i kommande rapporter.

Inom regionen hade 15 % fetma vid inskrivningen jämfört med 13 % av de gravida i hela riket. Resultatet för denna kvalitetsparameter ligger långt från målvärdet och i regionen bedrivs särskilda projekt för feta gravida. Dessutom har mödrahälsovården generellt i sitt folkhälsouppdrag till uppgift att arbeta förebyggande med åtgärder för att uppnå/bibehålla normal vikt före och efter graviditet. Riktade insatser i form av råd om livsstilsförändringar, kostintag och fysisk aktivitet sker kontinuerligt. BMI diskuteras även med kvinnan vid ungdomsmottagningar samt vid preventivmedelsrådgivning.

10



Målvärde 85%

Källa: Nationella kvalitetsregistret

Målsättningen för föräldrastöd under graviditeten är att främja barns hälsa och utveckling, stärka föräldrars förmåga att möta det väntade barnet samt förberedelser såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen.

Föräldrastödsarbetet sker genom flera olika arbetssätt som kompletterar varandra och delvis är överlappande, vilket är nödvändigt för att alla föräldrar ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot deras enskilda behov.

Arbetet sker genom fortlöpande enskilda möten med föräldrar, genom föräldragrupper, såväl generella som riktade samt genom samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter.

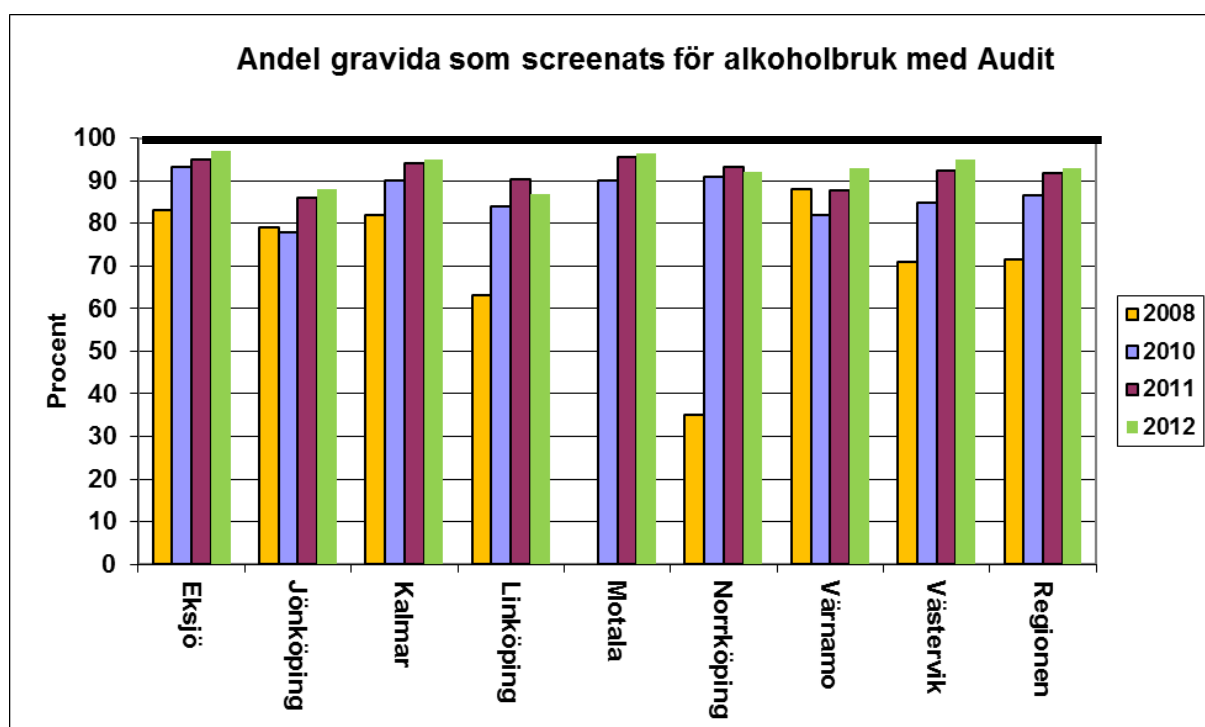
Inom regionen har man på flera ställen förändrat föräldrautbildningen för att frigöra resurser till de grupper som behöver extra stöd. Detta sker bland annat genom att delar av

föräldrautbildningen sker genom föreläsningar i storgrupp där föräldraren själva får bestämma vilka föreläsningar som de ska delta på. Jönköping har inte erbjudit något föräldrastöd sedan Maj 2012 och redovisar därför inga resultat

Deltagande i strukturerat föräldrastöd varierar i regionen mellan 55-80%. Uppgift från Jönköping föreligger ej.

Målet är att 85% av förstföderskorna ska delta i strukturerat föräldrastöd.

11



Målvärde 100%

Källa: Nationella kvalitetsregistret

AUDIT är en metod för screening och identifikation av riskbruk och gör det möjligt att identifiera de kvinnor som behöver extra stöd och hjälp under graviditeten avseende alkoholkonsumtion.

Alla gravida erbjuds tidigt i graviditeten samtal med genomgång av livsstilsfaktorer. Kvinnan får då fylla i AUDIT-formulär som sedan ligger till grund för diskussion om alkoholvanor. ≥ 6 poäng ger misstanke om ett riskbruk av alkohol.

Riskbruk av alkohol före graviditeten är en riskfaktor för alkoholkonsumtion även under graviditet och amning.

I vår region varierar andelen gravida kvinnor med riskbruk av alkohol mellan 3,3-6 %. För regionen som helhet blir andelen gravida kvinnor med riskbruk 4,7%.

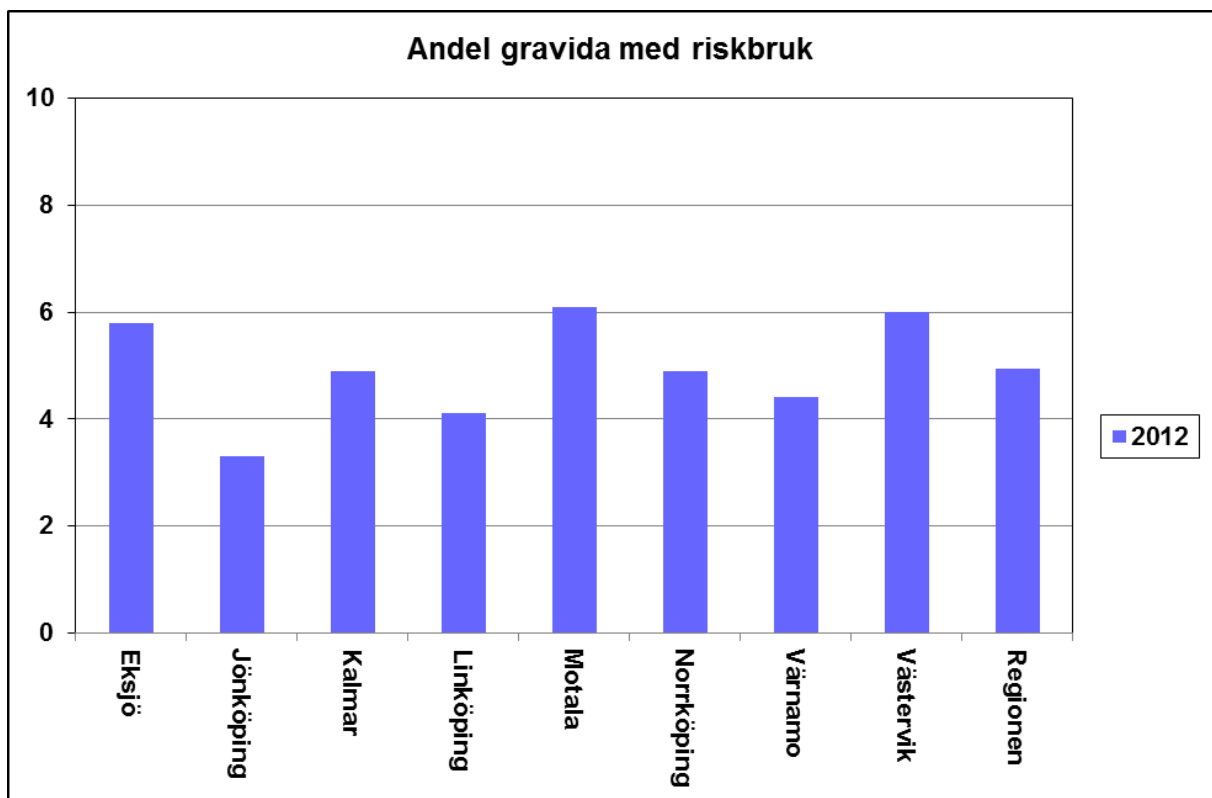
Siffran för riket är 6,1 %.

En förkortad variant av AUDIT används också på många av regionens ungdomsmottagningar

i preventivt syfte.

Målet är att 100% av de gravida kvinnorna ska screenas med AUDIT. I regionen varierar andelen som screenats mellan 88-97%.

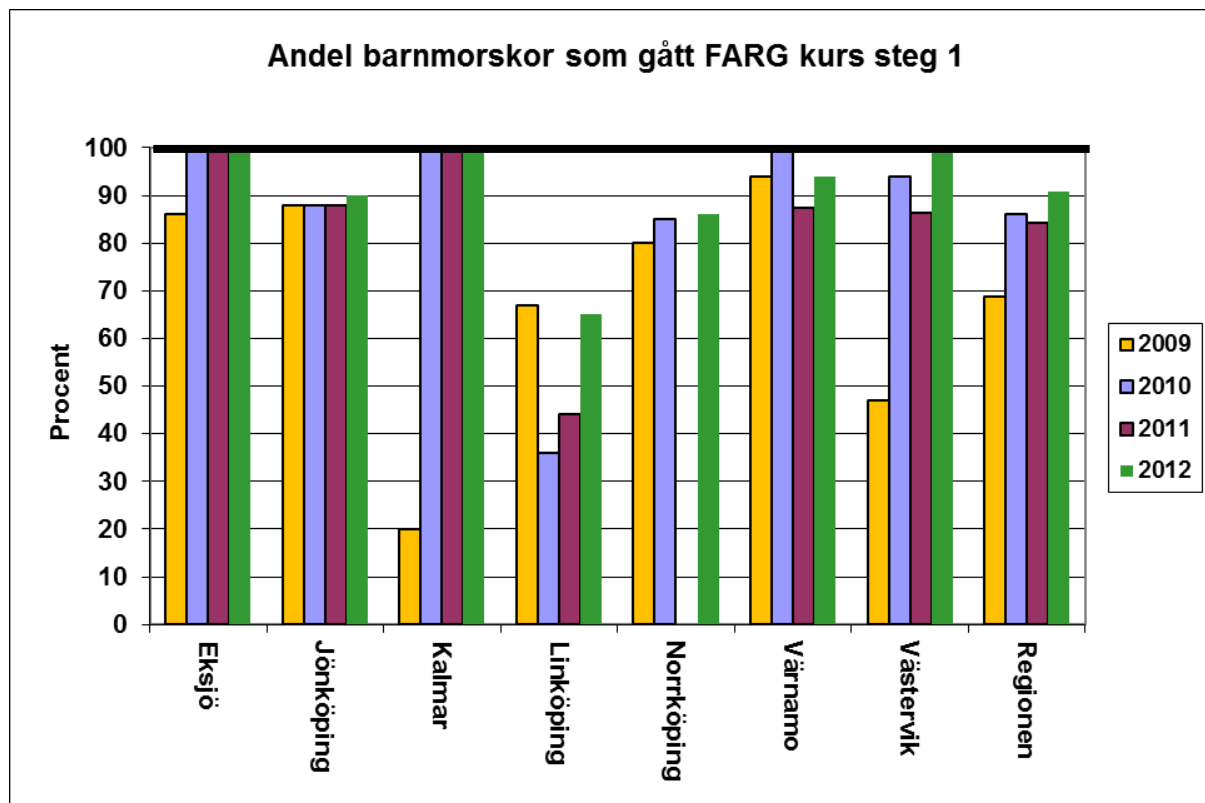
12



Källa: Nationella kvalitetsregistret

Familjeplanering

13

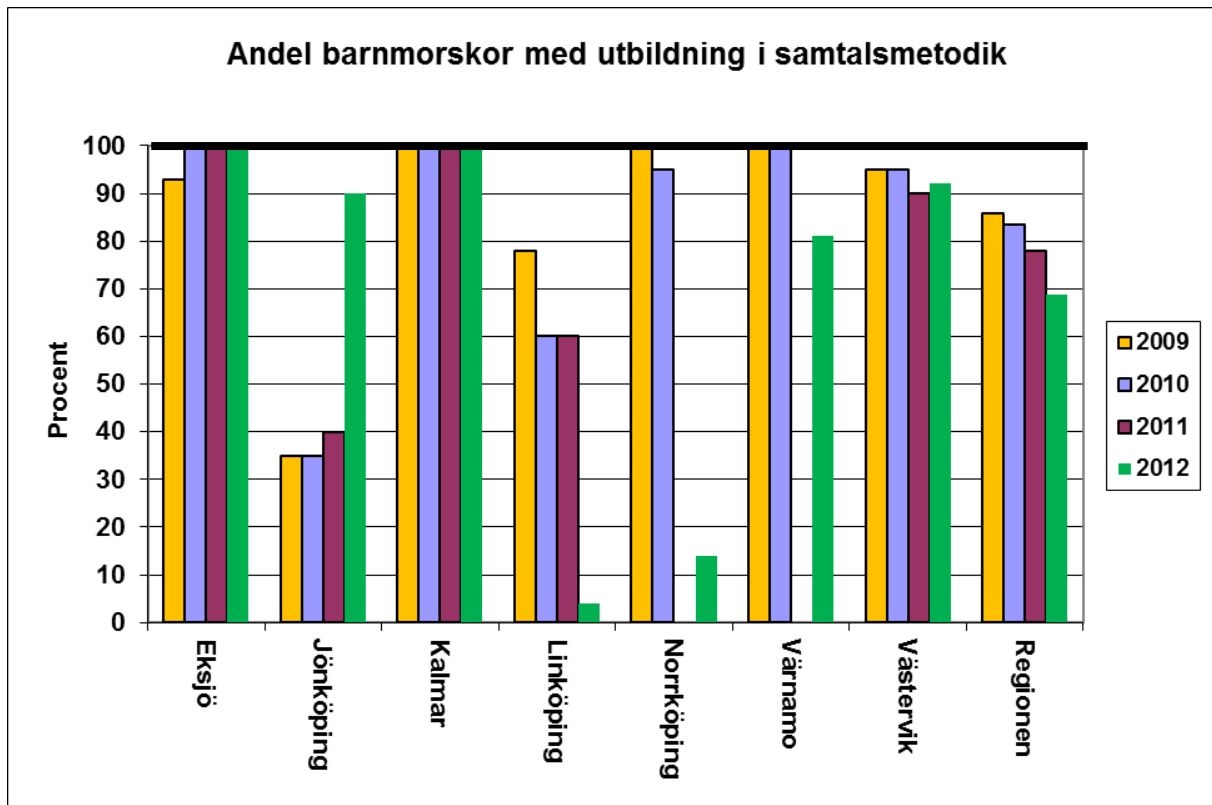


Målvärde 100%

Källa: Rapportering från respektive verksamhet

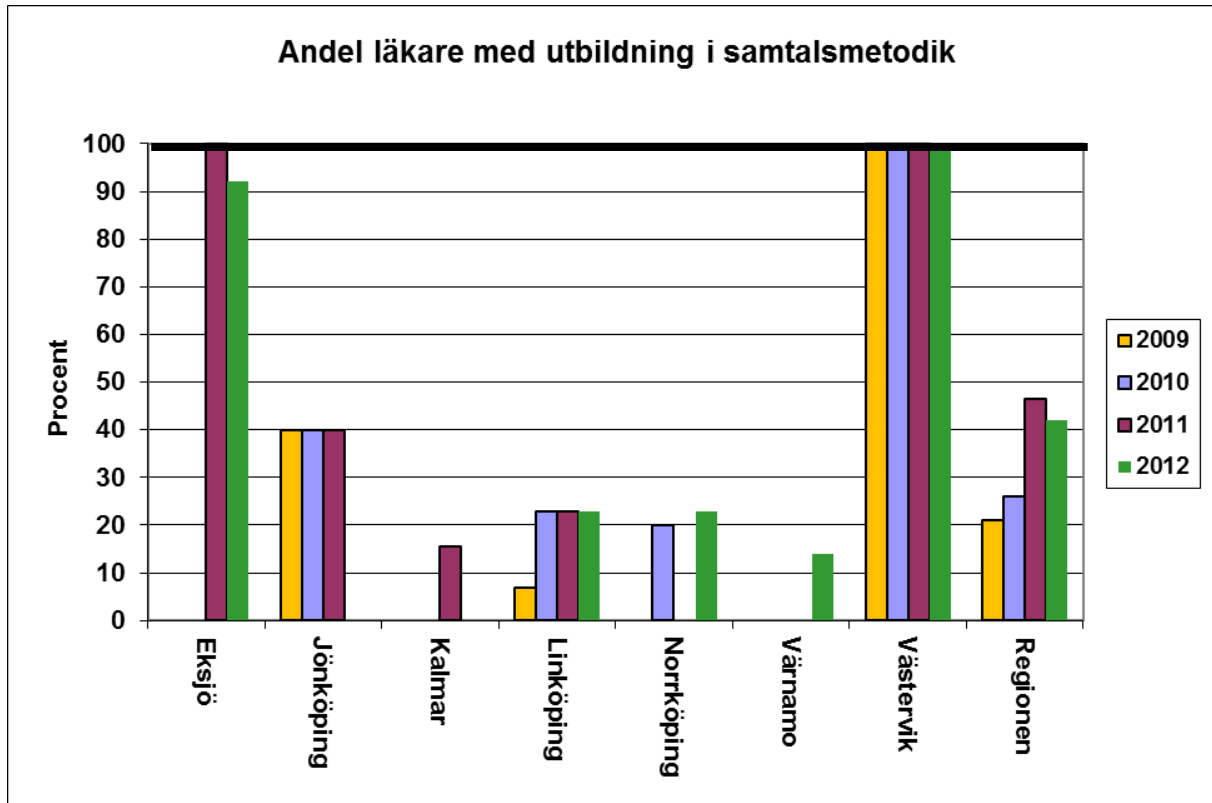
I Sverige förskrivs en övervägande del av preventivmedel av barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovård och på ungdomsmottagningar. En förutsättning för framgångsrik familjeplaneringsverksamhet – vilket innebär att kvinnan får ett preventivmedel direkt då behov av sådant uppstår och att hon sedan trivs med det och fortsätter att använda det – är god tillgänglighet med korta väntetider samt kvalificerad rådgivning. Bra rådgivning kräver gedigen kunskap och bra samtalsmetodik. I FARG 1 görs en detaljerad och heltäckande genomgång av befintliga preventivmedelsmetoder och genomgången FARG 1 kurs kan därför tas som intäkt på tillräcklig kunskap för att kunna ge råd om och förskriva preventivmedel.

Under året har Linköping haft en regional utbildning i preventivmedelsrådgivning under 2 dagar, vilket har ökat våra möjligheter att nå målet. För att fortsatt tillgodose behovet av uppdaterad kunskap efterfrågas en kontinuerlig utbildningsinsats samt uppdaterade gemensamma riktlinjer för förskrivning.



Målvärde 100%

Källa: Rapportering från respektive verksamhet



Målvärde 100%

Källa: Rapportering från respektive verksamhet

Kunskapsbaserade metoder bör användas vid allt hälsoarbete. Den vanligast använda samtalsmetodiken inom MHV är ”motiverande samtal” (motivating interviewing, MI), en evidensbaserad och internationellt erkänd metodik för att åstadkomma förändringar i livsstil. Att påverka människors livsstil genom att ge information om vilka risker ett beteende medför har inte visat sig ha tillräcklig effektivitet. I Socialstyrelsens rekommendationer för MHVs arbete med ex. rökande gravida kvinnor rekommenderas rådgivande samtal (beräknad tidsåtgång 10-15 minuter ibland upp till 30 min), i vilket MI kan vara en del.

Fyra till 100% av barnmorskorna i regionen har utbildning i samtalsmetodik. En sjunkande andel det sista året beror i en del fall på nyanställningar.

Det fanns en stor spridning (0-100%) vad beträffar läkare (verksamma inom MHV) med utbildning i samtalsmetodik och några av de rapporterade enheterna saknar helt läkare med denna utbildning.

Totalt i regionen har både andelen barnmorskor och läkare med utbildning i samtalsmetodik sjunkit under 2012, detta trots att det är ett rimligt krav att både barnmorskor och läkare verksamma inom MHV har utbildning i samtalsmetodik.

Vi känner inte till omfattningen av rapporterad utbildning i samtalsmetodik, men i en del fall rör det sig om en endagsutbildning. För ett mer aktivt hälsoarbete krävs troligen längre och upprepade utbildning/träning i samtalsmetodik. Vi planerar därför att i framtiden mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har tämligen nyligen genomgången och likaså en upprepade utbildning i samtalsmetodik.

Gynekologisk cellprovskontroll

16 Täckningsgrad

	Kalmar län	Jönköpings län	Östergötland
2008	90	85	81
2009	92	86	80
2010	89	86	79
2011	86		73
2012	86	83	77

Preliminära siffror 2012 från Nationella Kvalitetsregistret för Cervixcancerprevention.

Screening för livmoderhalscancer och dess förstadier pågår sedan 40 år och under den tiden har livmocerhalscancerincidensen sjunkit med nästan 70%. Högt deltagande är den viktigaste faktorn för framgång i screeningprogrammet och täckningsgraden är ett av de områden i cervixcancerpreventionsarbetet som fortfarande borde kunna förbättras.

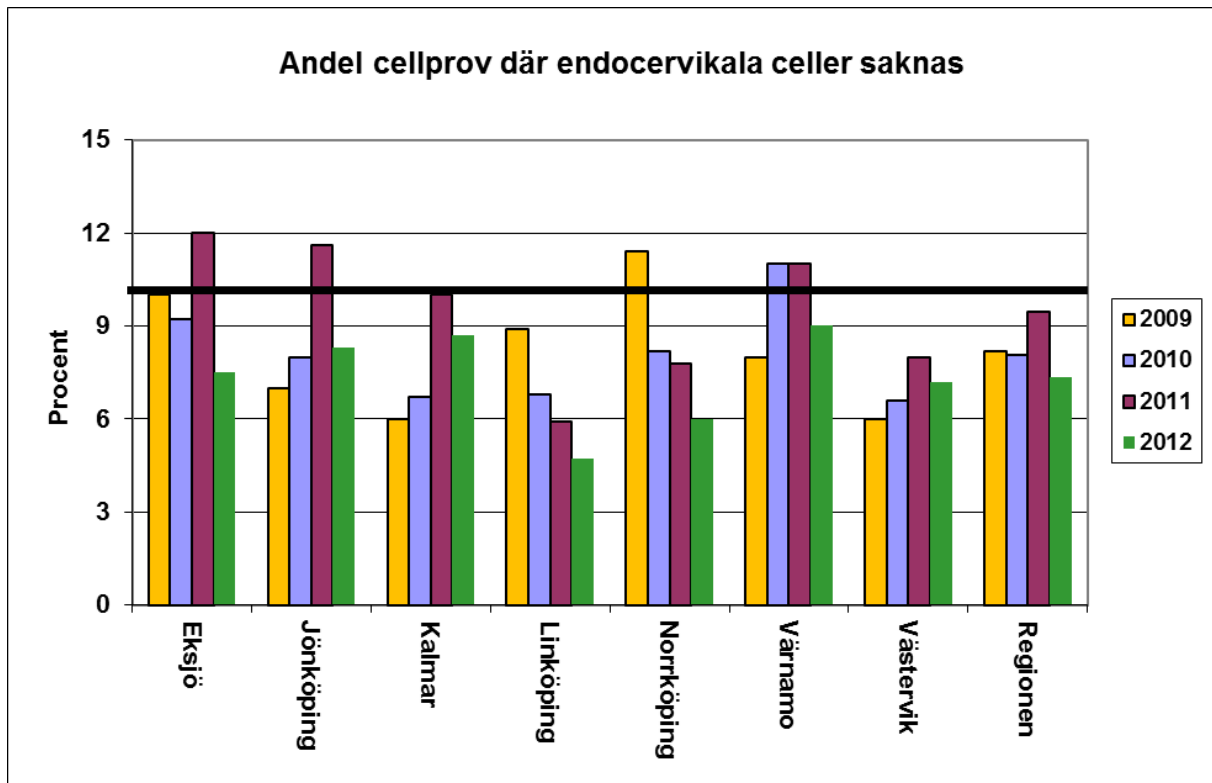
Täckningsgraden är ett historiskt mått och avspeglar deltagandet i gynekologisk cellprovskontroll de senaste 3,5 resp 5,5 åren för kvinnor 23-50 resp 50-60(Kalmar 65)år.

Under 2012 påbörjade vi ett regiongemensamt arbete för cervixcancerprevention, det planeras att utformas ett gemensamt vårdprogram i regionen.

Vi kommer också att ansluta oss till Cytburken(- ett vårdstöd som hjälper oss med att återföra aktuella data i screeningprocessen till oss vårdgivare.)

Resultatet av detta kommer vi att följa med intresse.

EU har rekommenderat ett målvärde på 85% och detta når inte alla riktigt men jämfört med övriga landet ligger vi i regionen bra till



Målvärde < 10%

Förekomst av endocervikala celler i ett cellprov från livmodertappen visar att provet är taget från rätt område. Låg andel prov med avsaknad av endocervikala celler är ett viktigt kvalitetsmått i screeningverksamheten. Andel cellprov med avsaknad av endocervikala celler varierar i regionen mellan 4,7% och 9%. Genomsnittet i landet ligger på 10-11%. Sedan 2011 används vätskebaserad cytologi.