

## Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2013

### 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 2013 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 datakvalité hade hög nivå både vad gäller täckningsgrad och korrekthet i inmatade data.

I regionen fanns i början av 2013 tre privata enheter med landstingsavtal för mödravård. Aleris Specialistvård (Motala) övergick dock den 1 maj till landstinget och Kvinnokliniken i Linköping och redovisas i rapporten som Motala. Av registerskäl redovisas Motala inkluderad i Linköpingsstapeln vid vissa kvalitetsvariabler.

Under resultaten för Linköping ingår resultatet för Barnmorskemottagningen Storcken AB. På samma sätt återfinns resultaten för Lovisamottagningen AB under Norrköpings resultat.

År 2013 förlöstes 11387 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa följdes 93% (10526 inskrivna) upp på regionens mödravårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 86-98%. 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:

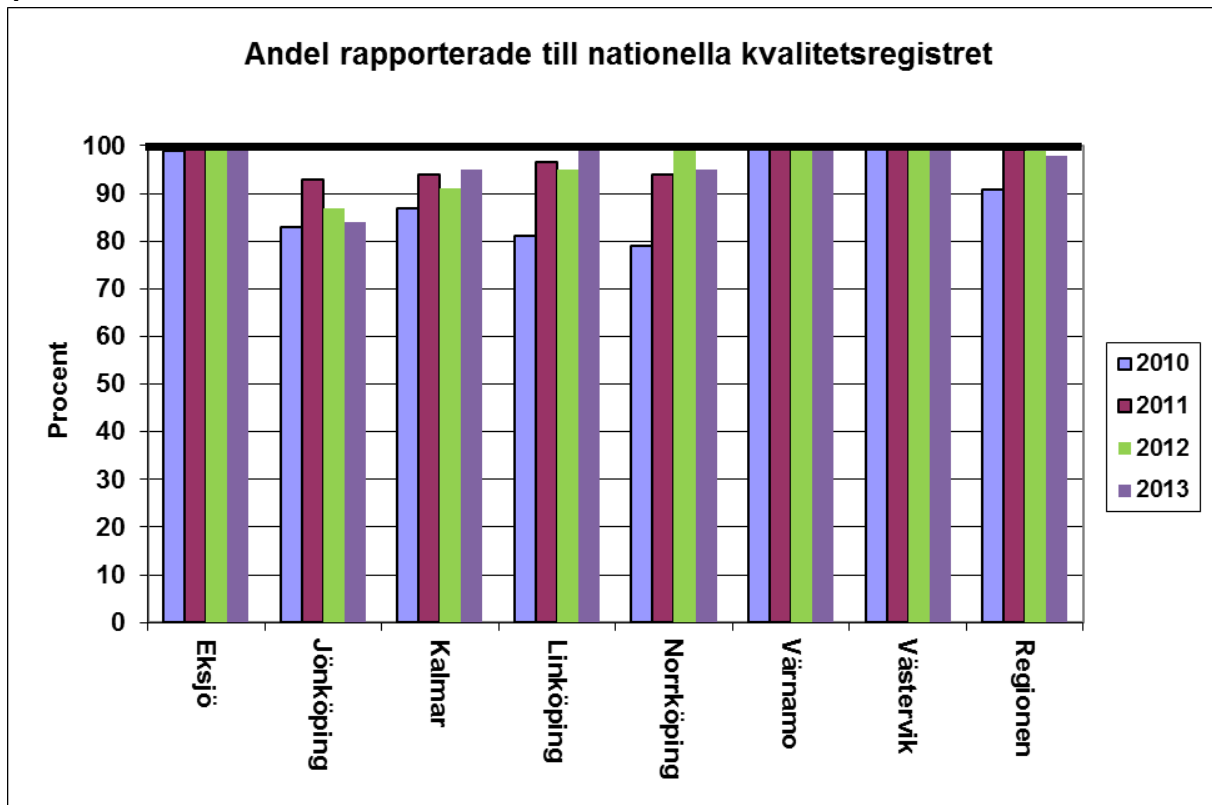
Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

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

Verksamhetschefsrepresentant Maria Engman, Eksjö och IT-samordnare Meg Wigmo.

## Hälsovård i samband med graviditet

1



### Målvärde 100%

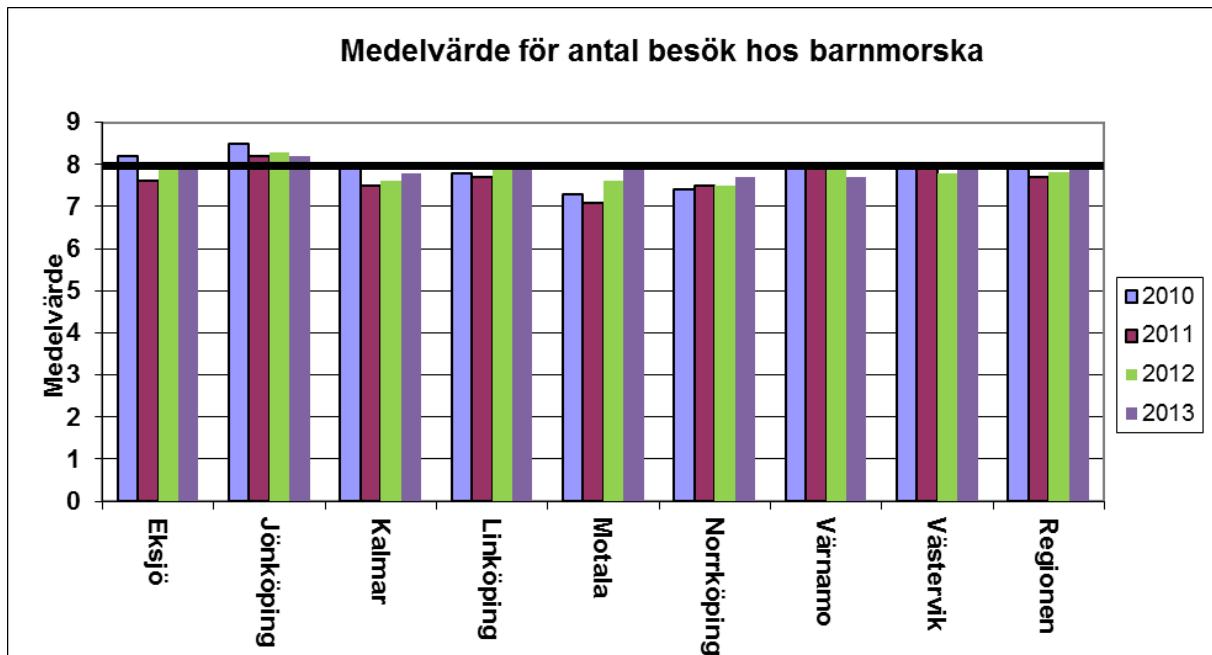
Källa: Antal rapporterade till nationella kvalitetsregistret/förlösta och inskrivna på MVC enligt Obstetrixliggaren

Målet är att definierade data från alla inskrivna gravida på Kvinnohälsovården ska överföras till Graviditetsregistret. Täckningsgraden är avgörande för hur säkert vi kan tolka datauttag. I Graviditetsregistret, som är ett nationellt kvalitetsregister för mödravård, redovisas täckningsgraden på annat sätt. Regionen ligger väl till i täckningsgrad.

Felkällor i rapporten finns och kan antas bero på att mindre enheter skriver in patienten som sedan skickas till större enheter för förlossning. Uppskattningsvis är det ca 10%.

Från hösten 2014 kommer det ske en direktöverföring från Obstetrix till graviditetsregistret.

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.

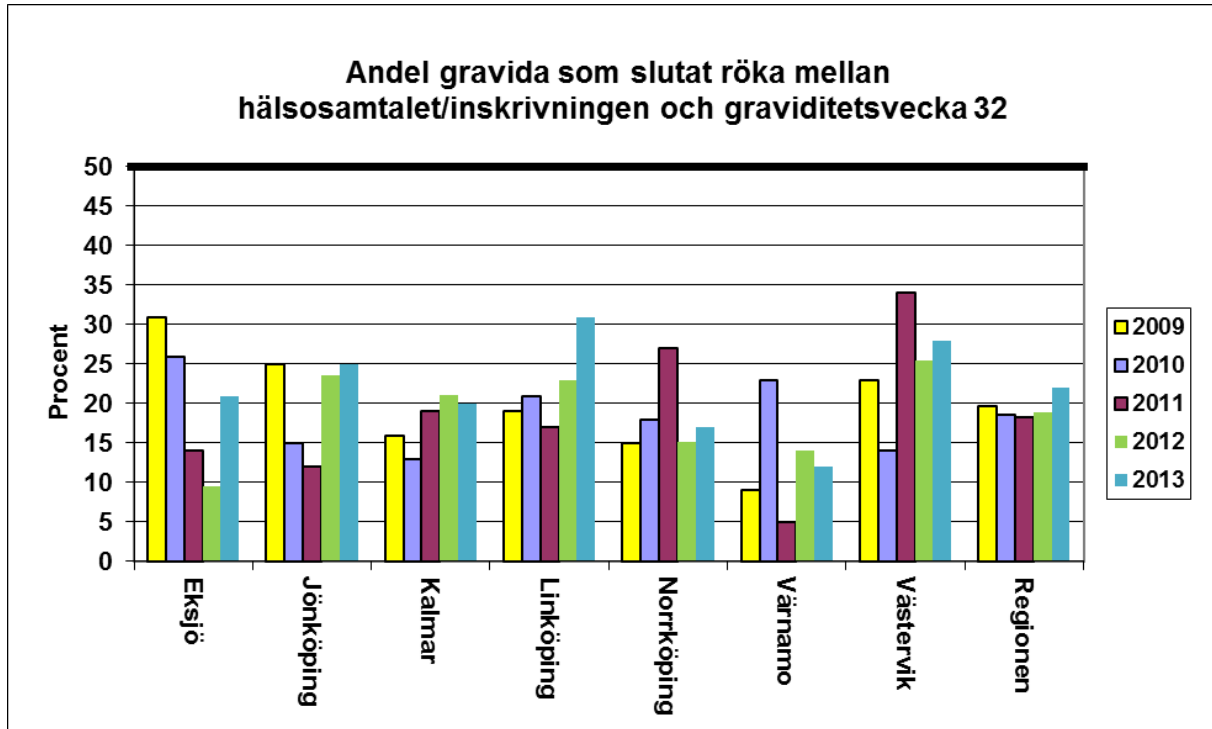
I Sydöstra sjukvårdsregionen har vi utarbetat ett gemensamt basprogram och rekommenderat 8-9 barnmorskebesök fram till graviditesvecka 41.

Medelvärdet för antal besök hos barnmorska både för förstföderskor och omföderskor i regionen varierade 2013 mellan 7,7-8,2 besök (medel 7,9).

En stor följsamhet finns till det regionala basprogrammet och mätningarna har varit konstanta över flera år.

Vi har därför bestämt att denna fråga ska utgå till nästa års rapport.

3



### Målvärde 50%

Källa: Obstetrixliggaren

Med rökning menas daglig rökning, oavsett mängden cigaretter. För gravida och ammande ingår även mer sporadisk rökning.

Rökning under graviditeten ökar risken för missfall, fosterdöd, för tidig förlossning och försämrad fostertillväxt samt avlossning av moderkakan. Dessutom finns det en överdödlighet i plötslig spädbarnsdöd om modern rökt under graviditeten. Efter förlossningen, börjar många kvinnor röka igen och nikotinet övergår i bröstmjölken. Passiv rökning innebär samma sorts risker som för den aktiva rökaren, om än i lägre grad. Forskning har visat ett samband mellan miljötabaksrök och utveckling av luftvägssjukdomar samt upprepade öroninflammationer hos barn.

Rökningen har minskat bland blivande mödrar i alla åldersgrupper (Socialstyrelsen 2012) men är fortfarande vanligast bland de gravida tonåringarna. WHO antog 2003 Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll med syfte att minska den tobaksrelaterade sjukligheten och dödligheten, men också tobakens samhälls- och miljöpåverkan. Målen är; tobaksfri livsstart från 2014, halvering till 2014 av ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa, halvering till 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest samt sista delmålet, att ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.

I Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, bygger de flesta åtgärder på någon form av rådgivning eller samtal. Dessa åtgärder indelas i enkla råd (<5min), rådgivande samtal (10-15 min) och kvalificerat rådgivande samtal. Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal till gravida som röker samt erbjuda kvalificerat rådgivande samtal (mer omfattande) till ammande kvinnor och till föräldrar eller andra vårdnadshavare som röker.

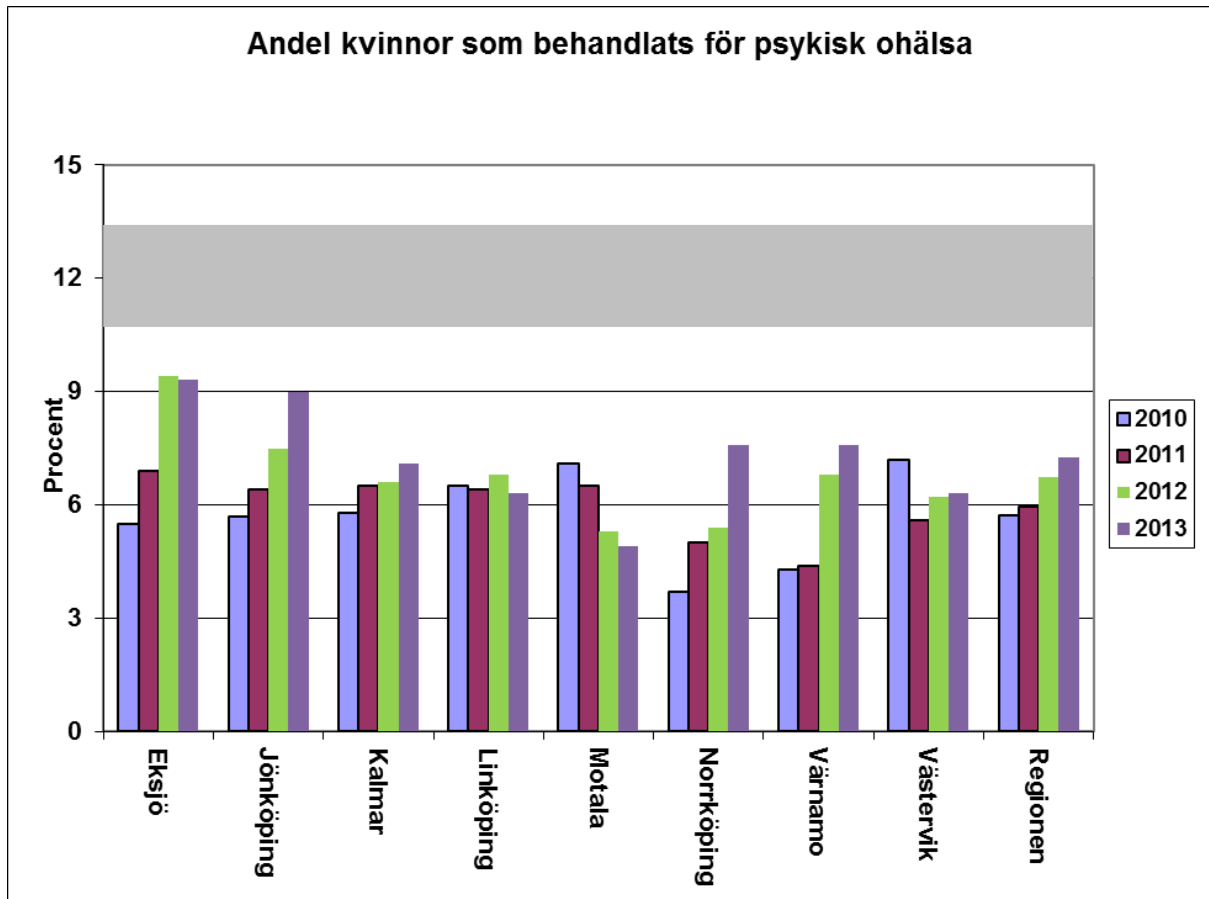
Enligt Medicinska födelseregistret registreras tobaksvanor vid tre tillfällen; tre månader före graviditet, vid inskrivningen i mödrahälsovården och i graviditetsvecka 30-32. Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som utprovats för samtal om livsstilsförändring, t.ex. tobak. Andelen MI utbildade barnmorskor har ökat i regionen medan andelen MI utbildade läkare fortfarande är låg i vissa delar av regionen.

Förbättringspotential; fler MI utbildade läkare och barnmorskor, arbeta för ett regionsgemensamt PM/riktlinjer och samarbeta med enheter (t.ex. Folkhälsoinstitut och barnhälsovård) som arbetar med tobaksavvänjning. Dessutom skulle det vara intressant att dela upp statistiken i förstföderskor och omföderskor som slutar röka mellan tre månader före graviditeten och hälsosamtalet/inskrivningen samt graviditetsvecka 32.

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

	<b>Eksjö</b>	<b>Jönköping</b>	<b>Kalmar</b>	<b>Linköping</b>	<b>Norrköping</b>	<b>Värnamo</b>	<b>Västervik</b>
<b>2009</b>	74/51	121/91	119/100	167/136	185/157	69/63	82/63
<b>2010</b>	84/62	124/106	118/103	170/134	176/145	71/55	76/65
<b>2011</b>	88/76	107/94	96/78	146/21	181/132	60/57	96/33
<b>2012</b>	63/57	89/68	142/112	148/114	178/151	64/55	63/47
<b>2013</b>	72/57	89/67	108/86	140/96	164/136	56/49	60/43

4 A



**Troligt målvärde är gråmarkerat**

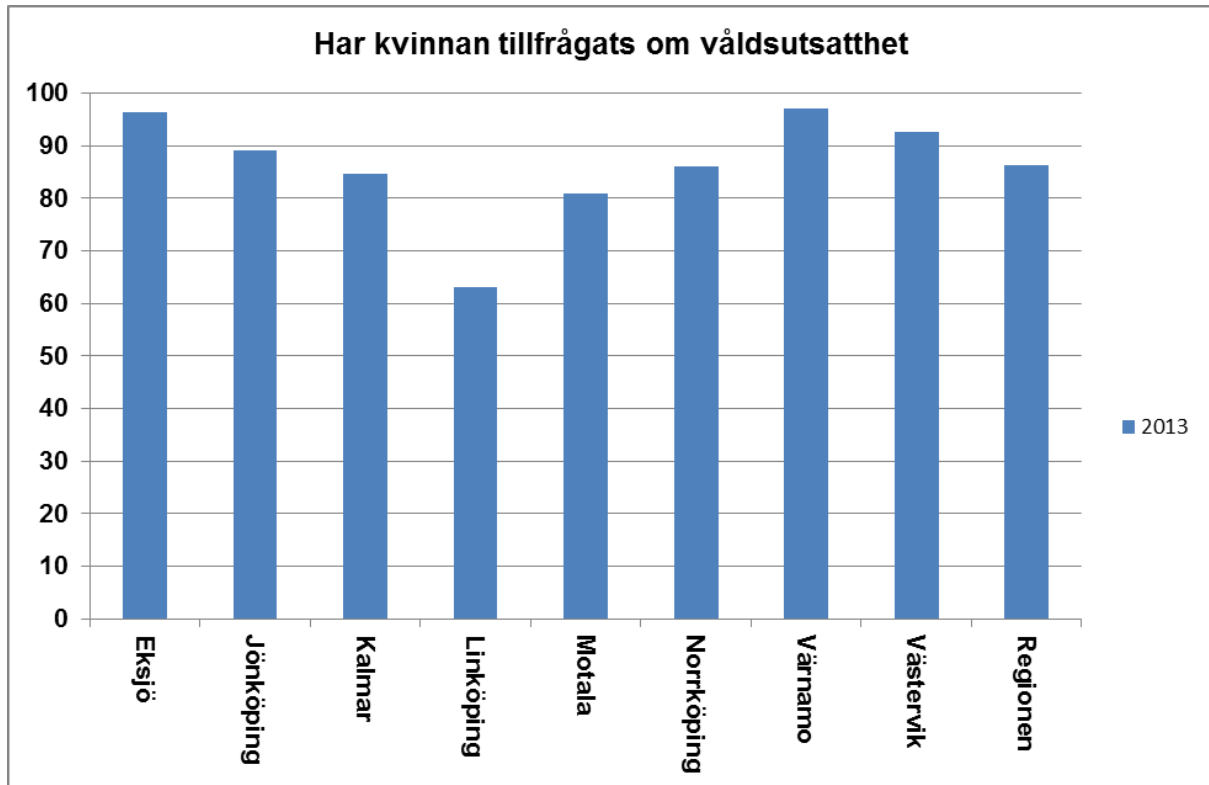
Källa: Nationella kvalitetsregistret

Psykisk ohälsa är bla associerat med försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet.

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. 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.

4B



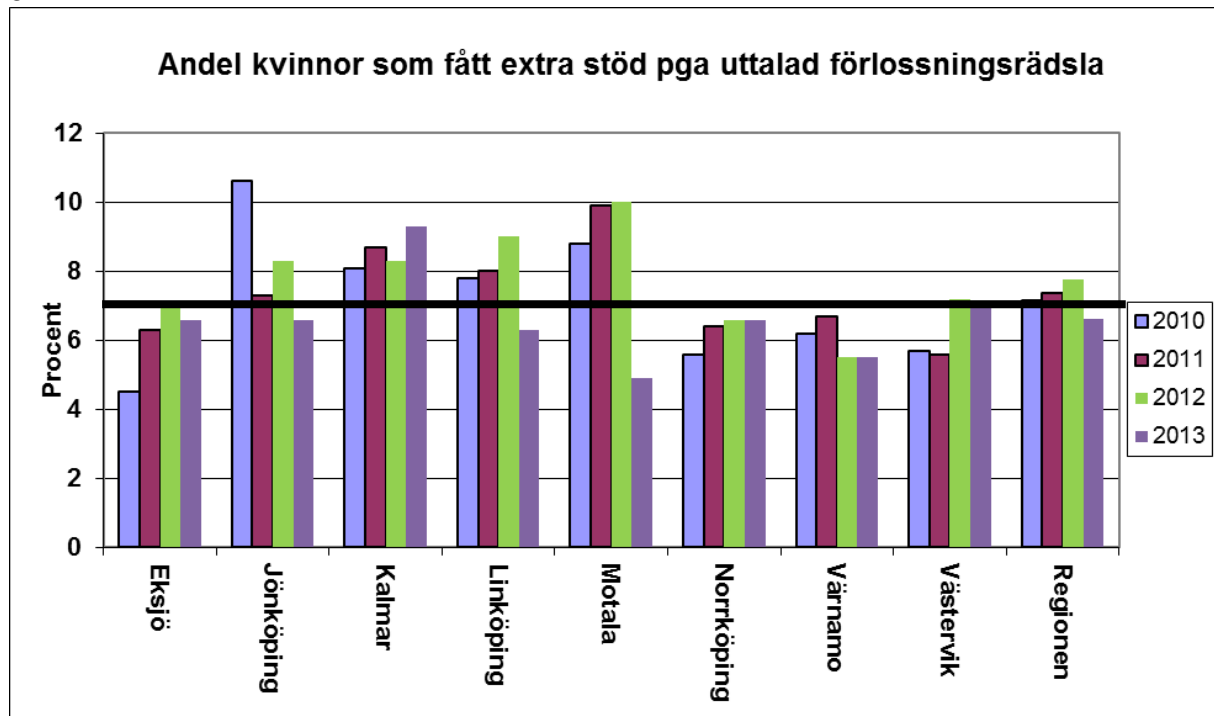
Målvärde 100%

Källa: Nationella kvakitetsregistret

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) har publicerat skriften "Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen" och enligt författarna finns det skäl att ställa frågor om våld i nära relationer som en del av anamnesen inom mödrahälsovården.

Inom mödrahälsovården har det blivit allt mer vanligt att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet. Frågan "Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet?" infördes i mödrahälsovårdsregistret frågeformulär 2010. Under 2012 tillfrågades 63 procent av de gravida kvinnorna om våldsutsatthet jämfört med 33 procent år 2011. Under 2013 tillfrågades 87% av de gravida kvinnorna i regionen om våldsutsatthet. Att kvinnor utsätts för våld kan också vara en indikation på att barn utsätts för våld och andra övergrepp. Den allvarligaste riskfaktorn för våld mot barn är att det förekommer våld mellan de vuxna i hemmet. Det är därför av betydelse att mödrahälsovården kan identifiera de våldsutsatta kvinnorna och erbjuda ett så bra bemötande och omhändertagande som möjligt.

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.

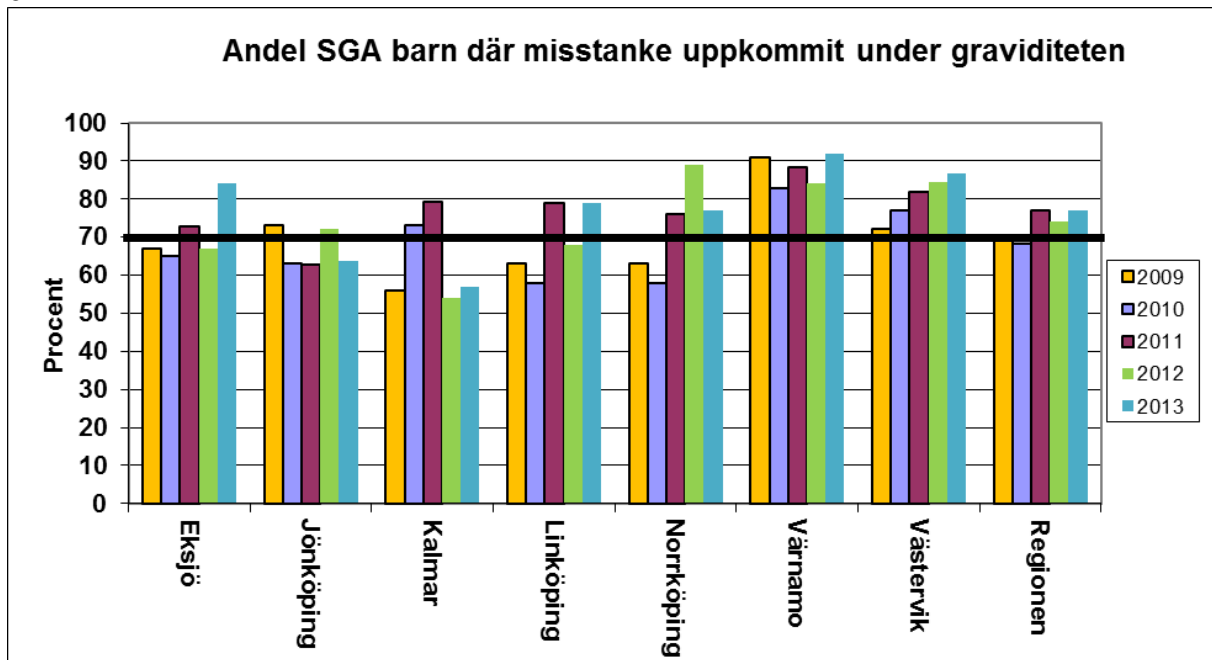
Enligt forskningsrapporter har 6-8% av gravida en stark förlossningsrädsla men betydligt fler uttrycker lätt till måttlig rädsla. Uttalad förlossningsrädsla eller fobi förekommer hos 2-4% av gravida kvinnor. Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på mödrahälsovården, medan medelstark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

Ett rimligt målvärde för "Andelen gravida som fått extra stöd på grund av uttalad förlossningsrädsla" skulle kunna vara 6-8 % d.v.s. motsvarande andelen med stark förlossningsrädsla i tidigare forskningsrapporter.

Inom regionen hade 4,9-9,3 % av de gravida kvinnorna fått extra stöd. Vi har fortsatt 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%. Nytt målvärde 80%**

Källa: Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P50 vid födelsen

**Antal födda SGA barn/antal upptäckta**

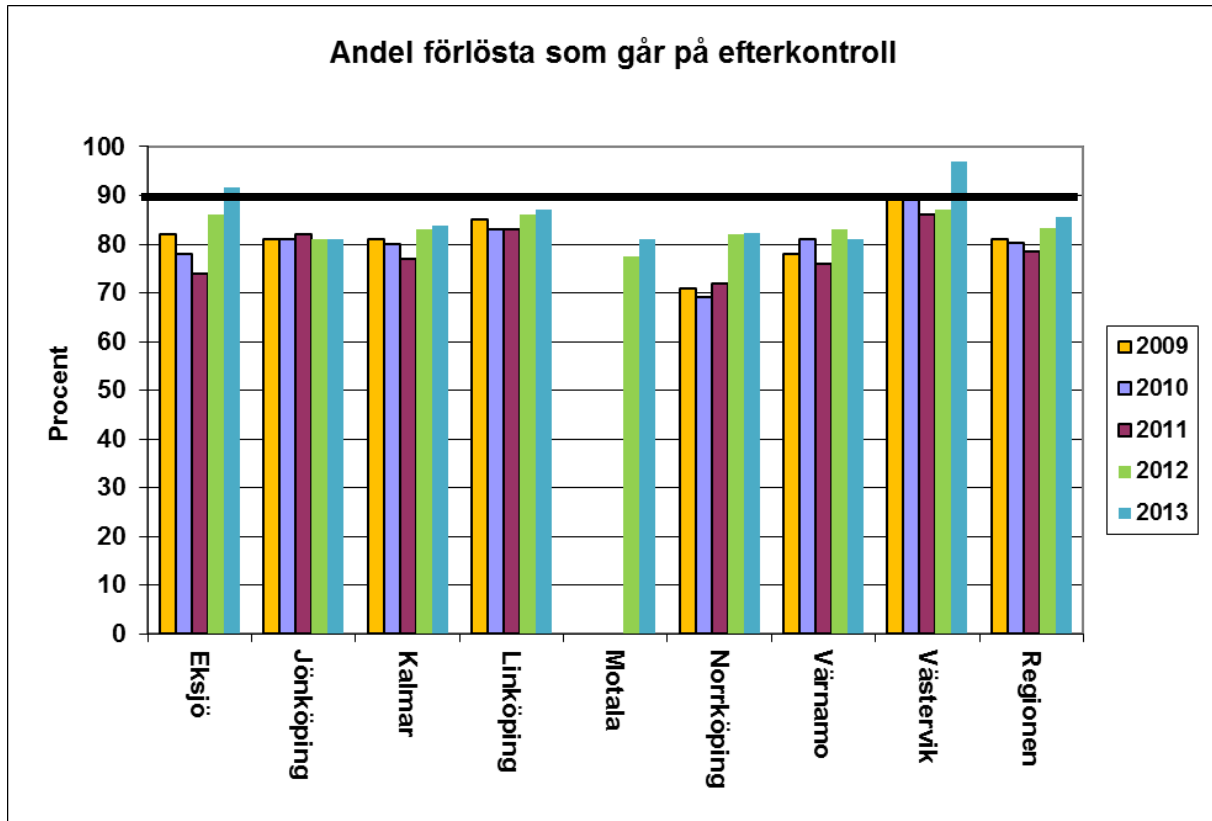
	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Motala	Norrköping	Värnamo	Västervik
<b>2008</b>	20/17	46/26	33/8	39/20	15/5	48/29	12/8	23/19
<b>2009</b>	12/8	22/16	25/14	61/37		54/34	11/10	18/13
<b>2010</b>	17/11	38/24	30/22	64/43	23/10	45/26	6/5	13/10
<b>2011</b>	22/16	54/34	24/19	52/41	21/11	38/29	17/15	11/9
<b>2012</b>	18/12	57/41	35/19	45/31		37/33	16/19	13/11
<b>2013</b>	19/16	33/21	33/19	38/30	15/12	43/33	12/11	15/13

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 förra 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, lokala PM har utarbetats i förhoppning till att öka upptäckten av SGA. Vi ökade målvärdet i år från 70 till 80%.

Inom regionen hade misstanke om SGA uppkommit hos 77 %, varierande mellan 58-92% . Den stora variationen mellan orter kan bero på det totala antalet SGA barn/ort är litet. Vårt mål är att kontinuerligt uppdatera våra riktlinjer och att i möjligaste mån göra dessa regionsgemensamma. Västervik och Värnamo planerar också att gå igenom vilka patienter det görs ultraljud på, vilken indikation föreligger? Görs rätt antal ultraljud?

7



### Målvärde 90%

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.

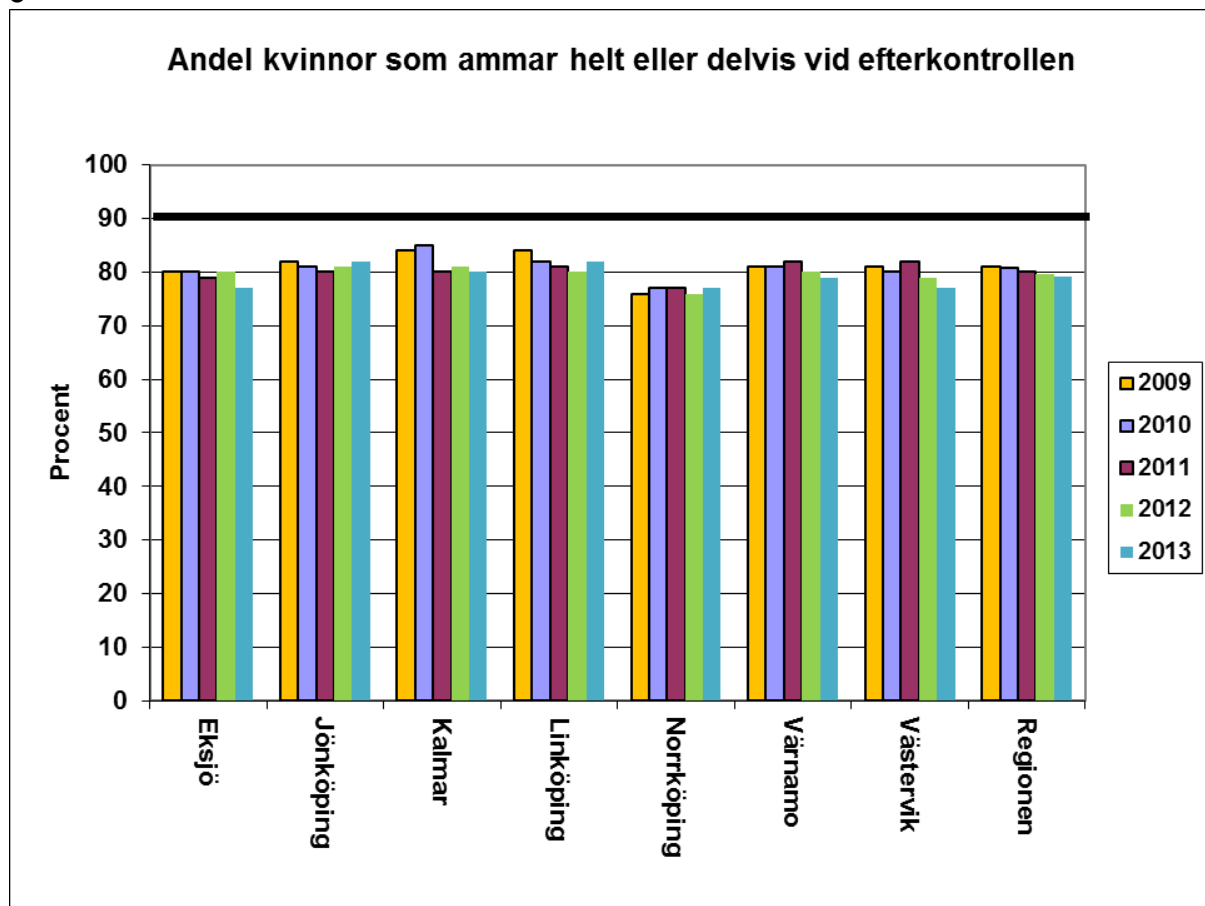
Efterkontrollbesöket är speciellt viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svåra förlossningsupplevelser för att v.b. lotsa dem till vidare hjälp eller diskutera påverkan på ev. framtida graviditeter.

Vi har i regionalgruppen varit bekymrade för att en, som vi anser, låg andel kvinnor som fött barn kommer på efterkontroll. Diskussioner har förekommit om olika förslag att öka efterkontroll frekvensen bl.a. genom att boka efterkontroll redan innan förlossningen istället för att patienten själv tar kontakt och bokar tid efter förlossningen.

Vi har i år ökat målvärdet från 85 till 90%.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen kom 85% av de förlösta kvinnorna (varierande från 81-97% mellan orterna) på efterkontroll. Sammanfattningsvis har 2/9 orter nått vårt nya mål 90%. Dessutom har 8/9 orter under 2013 ökat sin andel av kvinnor som kommer på efterkontroll jämfört med 2012.

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 och gör dessutom det lättare för kvinnan att återgå till pre-gravid vikt snabbare och därmed minska 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.

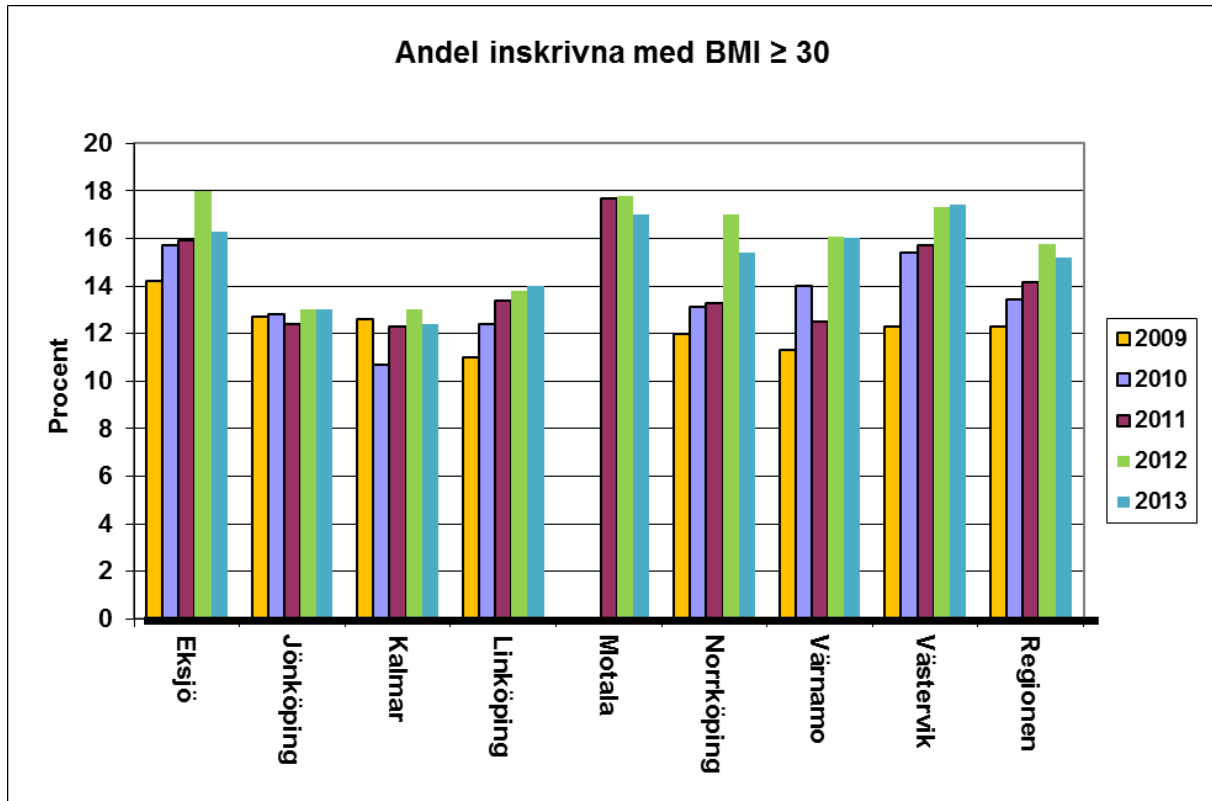
Regionens alla mödravårdscentraler och förlossningskliniker följer WHO/Unicefs rekommendationer för amningsvänlig vård.

### Förbättringspotential

Målet är att 90% ammar vid efterkontrollen. I vår region har amningsfrekvensen legat stabilt runt 80% alltsedan 2009. Året siffror visar att amningsfrekvensen vid efterkontrollen ligger mellan 77-82%, således inga större förändringar.

På flera ställen i regionen har man infört ökat amningsstöd för att på det sättet försöka öka amningsfrekvensen. Vi anser att det är viktigt att fortsätta följa hur många som ammar vid efterkontrollen för att om möjligt öka andelen och ffa för att ha möjlighet till ökade och tidigare insatser om amningsfrekvensen skulle minska.

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 bl a missbildning, lågt blodsocker samt död i nyföddhetsperioden,

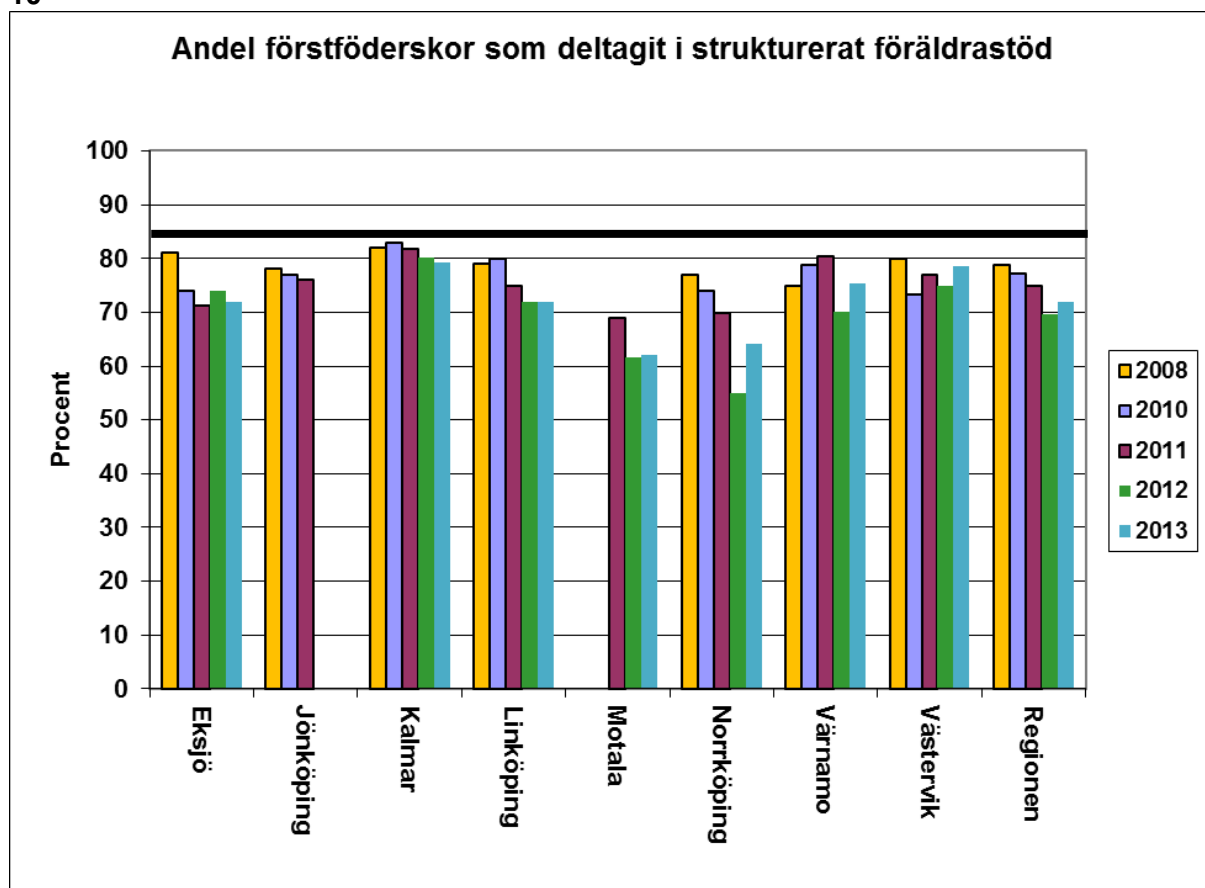
Inom regionen hade 15 % fetma vid inskrivningen jämfört med 13 % av de gravida i hela riket. Resultatet för denna kvalitetsparameter ligger långt från målvärdet och i regionen bedrivs särskilda projekt för feta gravida. Inom regionen ligger andel inskriva med BMI  $\geq$  30 relativt oförändrat jfr med 2012.

Mödrahälsovården har 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.

Planerat fokusområde:

Även själva viktökningen under graviditeten hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditetsutfall. Regiongruppen har tidigare framfört önskemål till arbetsutskottet för det nationella kvalitetsregistret om att viktuppgång under graviditet för de olika BMI klasserna bör vara en kvalitetsvariabel som man lätt ska kunna ta fram ur registret. Detta verkar bli verklighet inför 2014 års rapport och ger oss i gruppen för preventiv kvinnohälsovård möjlighet att bättre kunna diskutera riktade insatser för att förhindra ogynnsam alltför stor viktuppgång under graviditet.

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 förbereda såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen.

Föräldrastödsarbetet sker genom flera olika arbetssätt som kompletterar varandra och delvis är överlappande. Detta är nödvändigt för att alla föräldrar ska få möjlighet att ta del av föräldrastöd i den form som bäst svarar mot deras enskilda behov, ex 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 föräldraparen själva får bestämma vilka föreläsningar som de ska delta på.

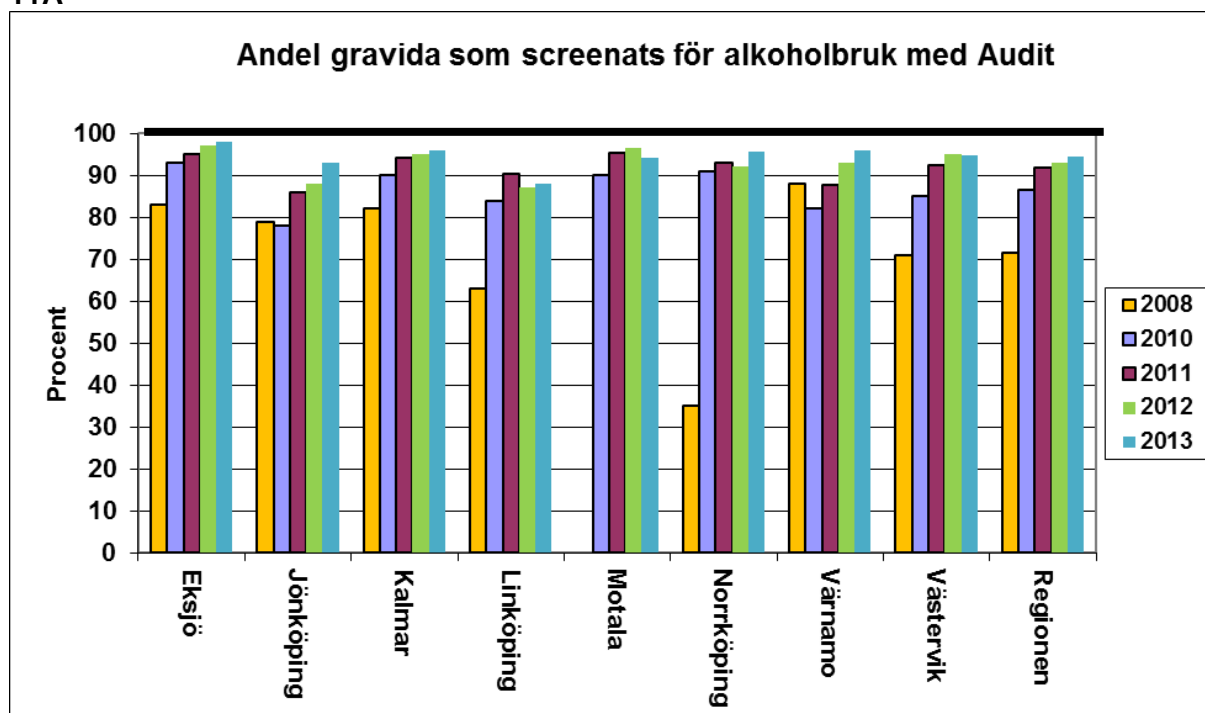
### Förbättringspotential:

Målet är att 85% av förstföderskorna deltar i strukturerat föräldrastöd.

I vår region deltog mellan 62%-79%.

Det pågår ett aktivt och fortsatt arbete med förändring av föräldrautbildningen inom regionen för att få fler förstföderskor att delta.

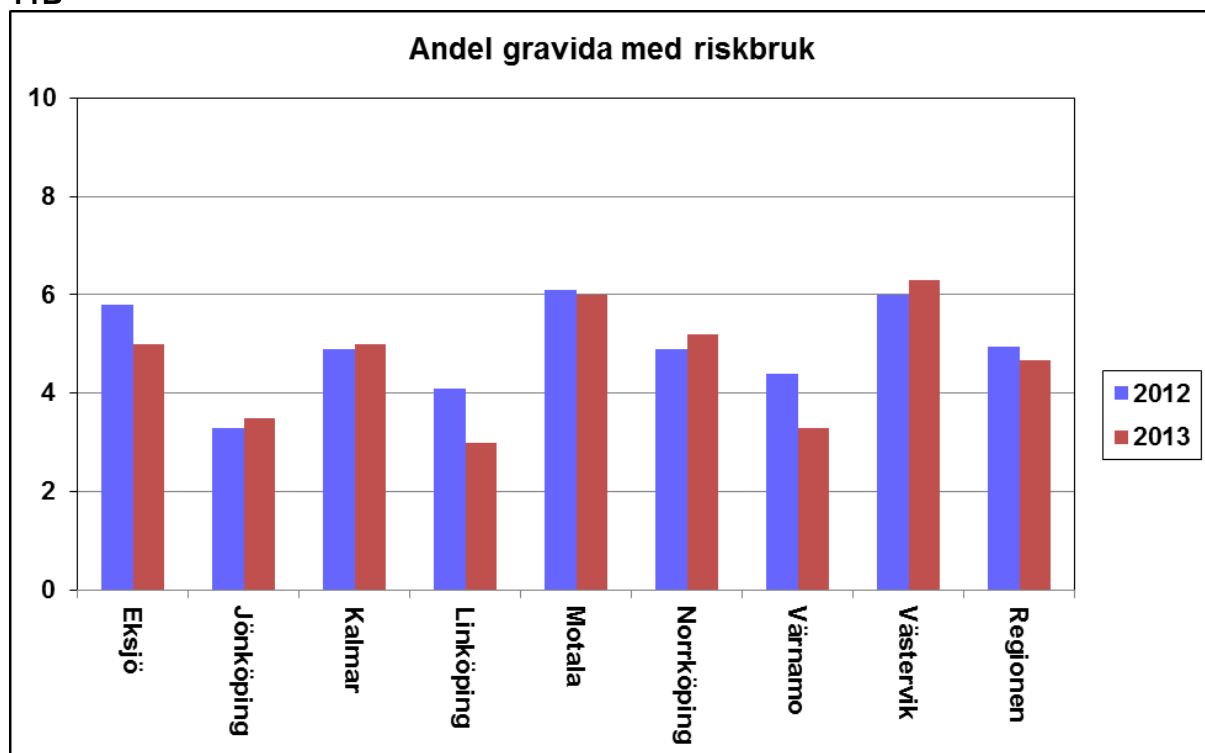
11A



Målvärde 100%

Källa: Nationella kvalitetsregistret

11B



Källa: Nationella kvalitetsregistret

AUDIT är en lämplig 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,  $\geq 6$  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 3–6 %. För regionen som helhet blir andelen gravida kvinnor med riskbruk 4,6%.

Siffran för riket är 5,6 %.

En förkortad variant av AUDIT används också på många av regionens ungdomsmottagningar i preventivt syfte.

### **Förbättringspotential**

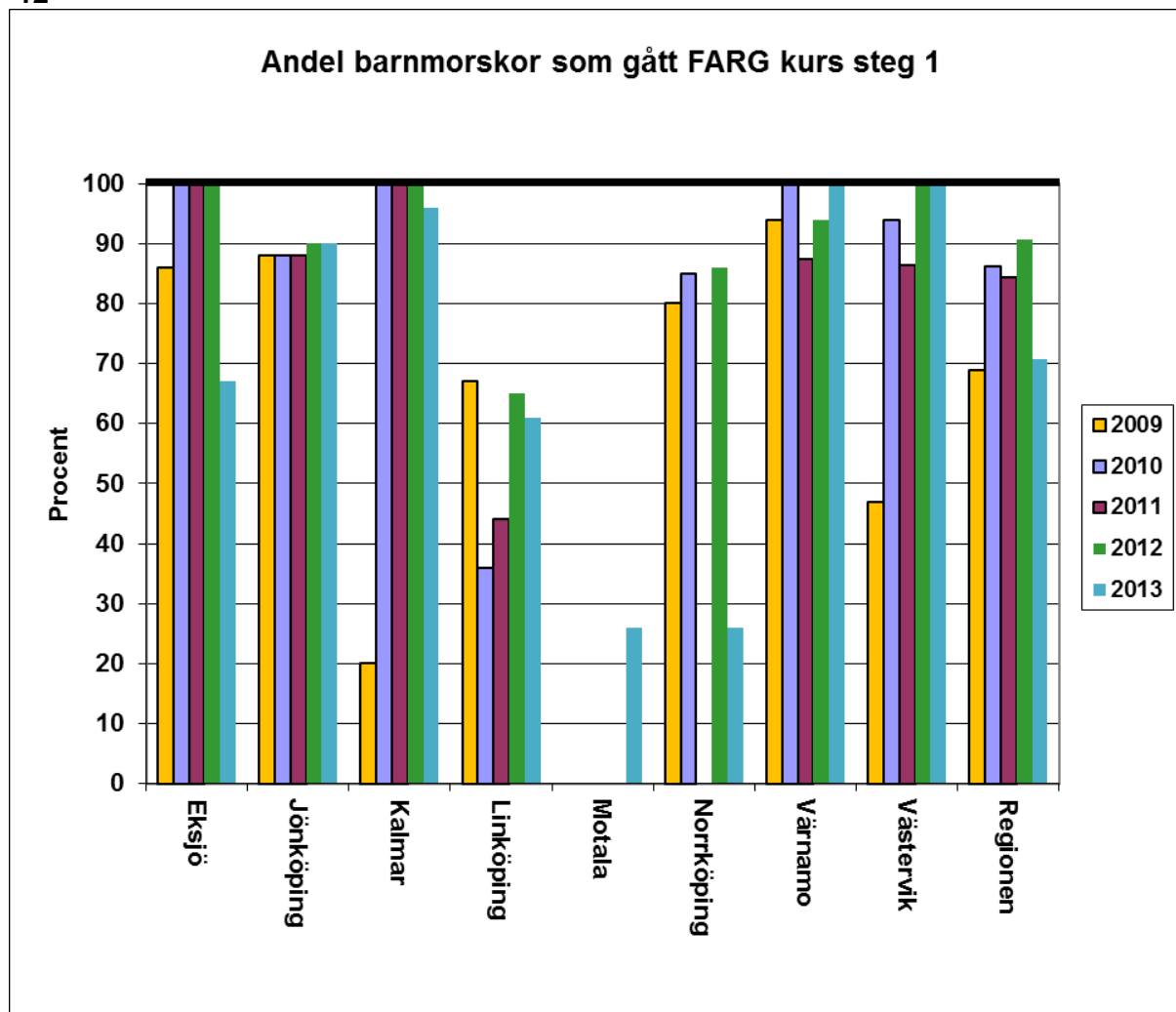
Målet är att 100% av de gravida kvinnorna ska screenas med AUDIT. I regionen varierar andelen som screenats mellan 88%-98%.

Vi anser att det är fortsatt viktigt att följa andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT för att öka andelen och för att ha möjlighet att göra insatser om andelen sjunker.



## Familjeplanering

12



### Målvärde 100%

Källa: Rapportering från respektive verksamhet

Målet definieras som genomgången kurs under de senaste 6 åren.

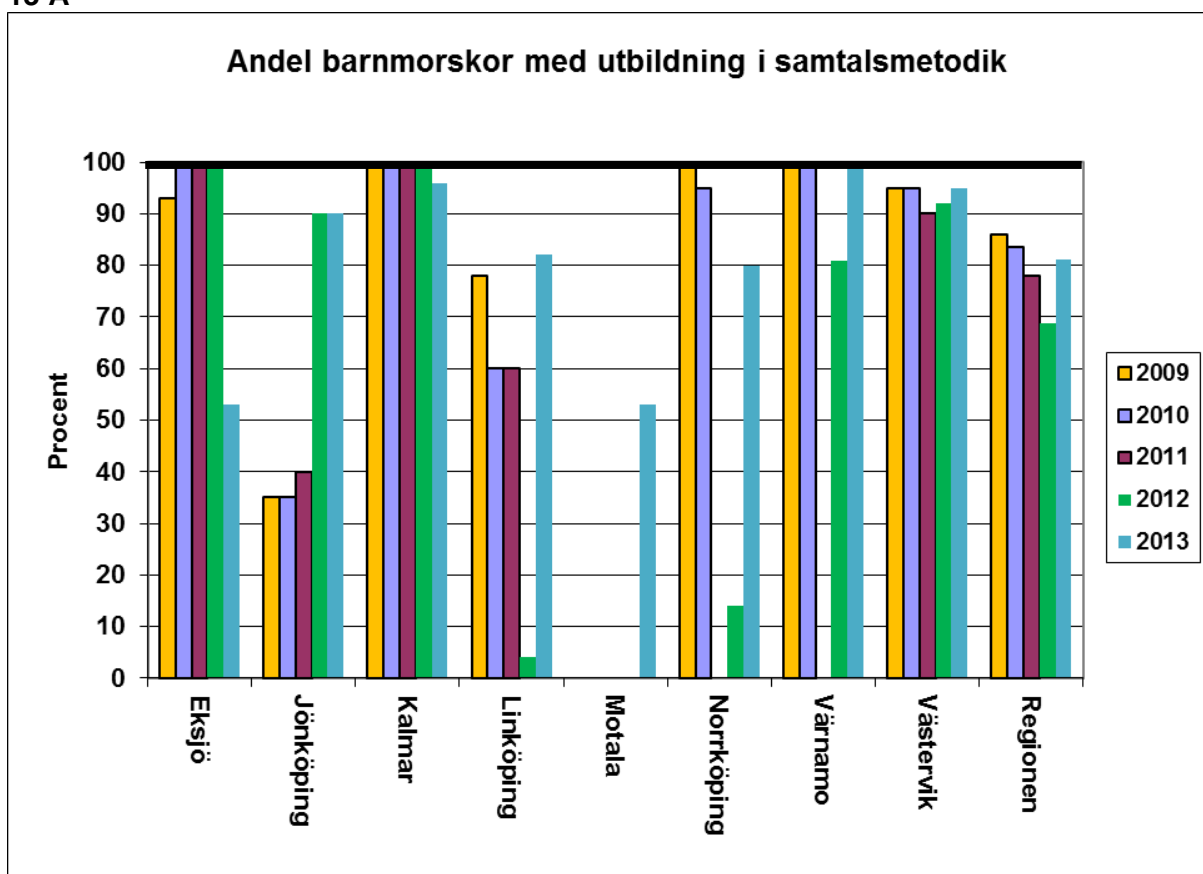
I Sverige förskrivs en övervägande del av preventivmedel av barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovård och på ungdomsmottagningar. En förutsättning för framgångsrik familjeplaneringsverksamhet - vilket innebär att kvinnan får ett preventivmedel direkt då behov av sådant uppstår och att hon sedan trivs 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.

På initiativ har Linköping sedan 2013 en återkommande 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.

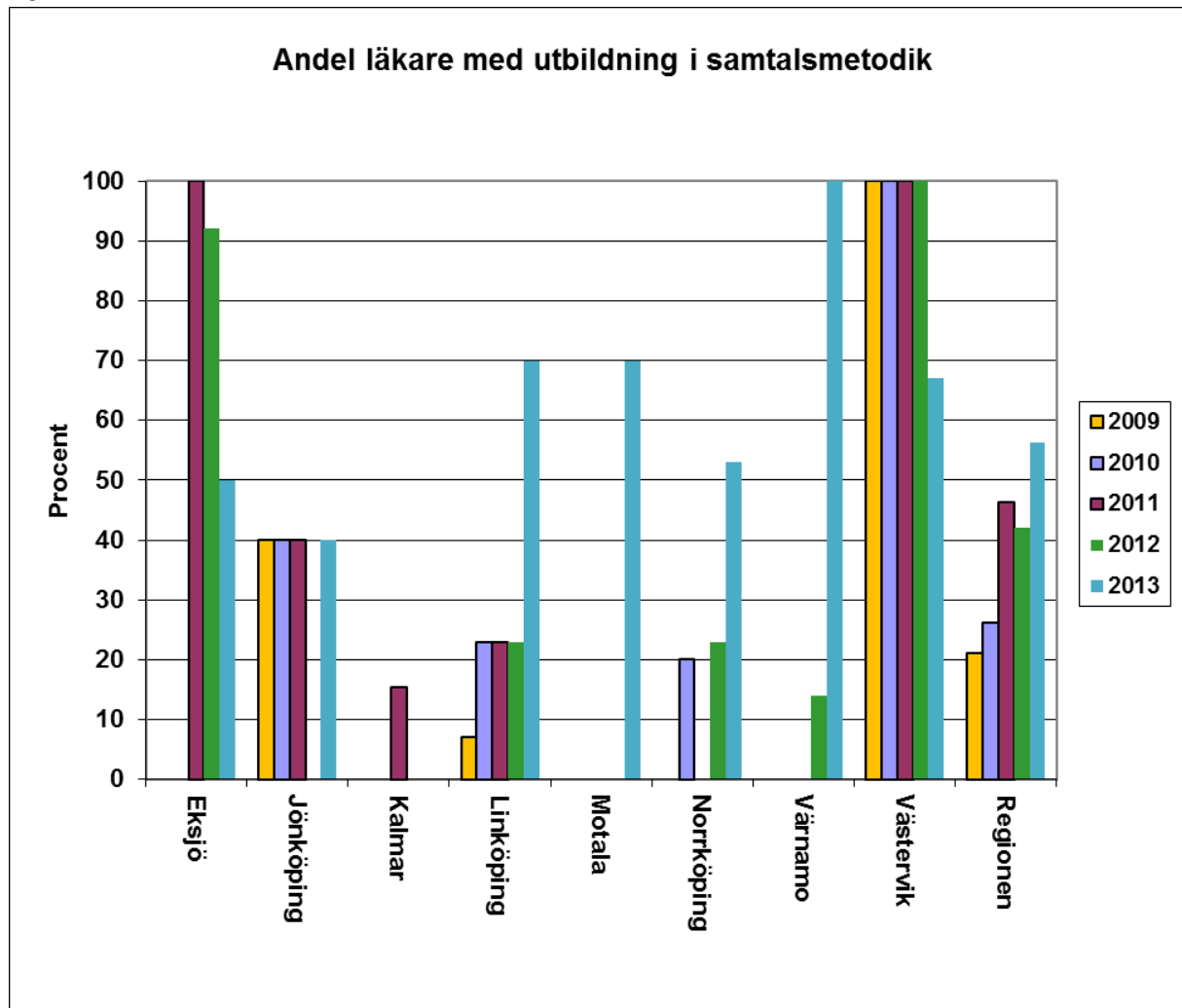
### 13 A



**Målvärde 100%**

Källa: Rapportering från respektive verksamhet

13 B



**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.

I regionen har över 80% av barnmorskorna utbildning i samtalsmetodik. En variation mellan landstingen ses från 50-100%. Det ses en ökning där utbildningsgraden tidigare varit låg, till följd av förnyade utbildningsinsatser.

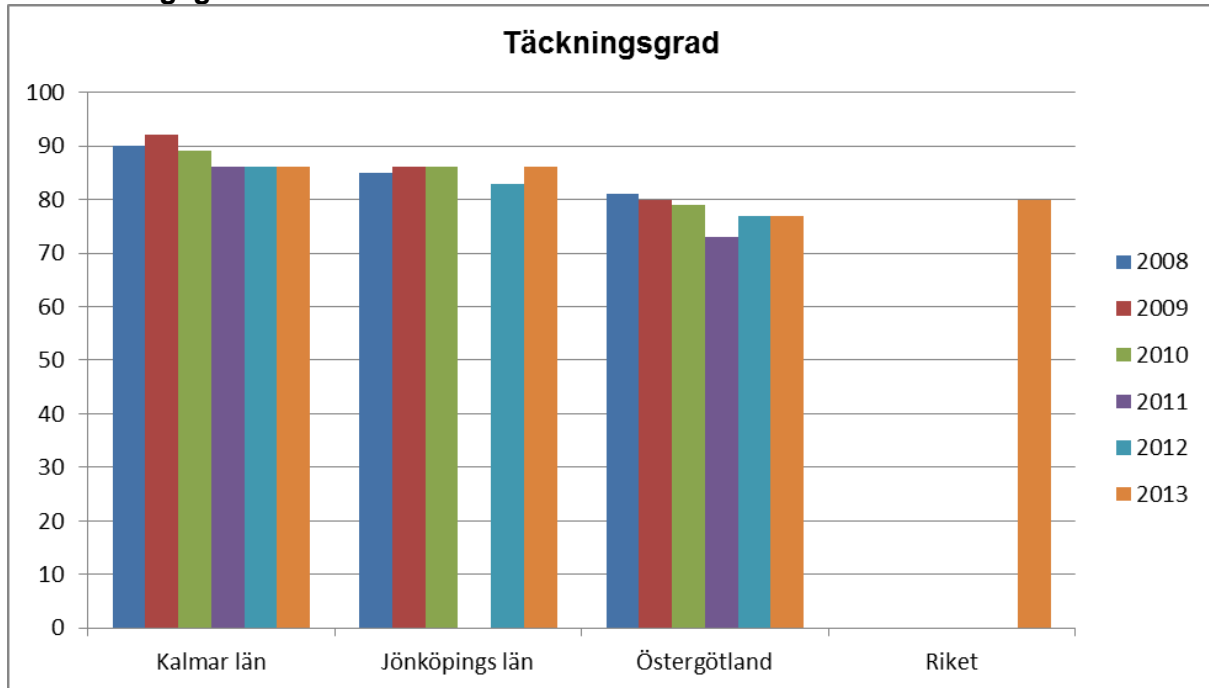
Det finns en stor spridning (0-100%) vad beträffar läkare (verksamma inom MHV) med utbildning i samtalsmetodik. Några av de rapporterade enheterna saknar fortfarande läkare med denna utbildning. Glädjande nog har dock några enheter efter utbildningar större andel MHV-verksamma MI-utbildade läkare. Där en minskning skett från tidigare hög andel utbildade beror det på nyanställda läkare som ännu inte hunnit utbildas.

Totalt i regionen har både andelen barnmorskor och läkare med utbildning i samtalsmetodik ökat under 2013, vilket är hoppningivande – då det är ett rimligt krav att både barnmorskor och läkare verksamma inom MHV har utbildning i samtalsmetodik.

Vi känner inte till hur omfattande den för 2013, eller åren innan, rapporterade utbildningen i samtalsmetodik varit. I en del fall rör det sig om en endagsutbildning. För ett mer aktivt hälsoarbete krävs troligen längre och upprepad utbildning/träning i samtalsmetodik. Tidigare plan kvarstår; att i framtiden mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har tämligen nyligen genomgången och likaså en upprepad utbildning i samtalsmetodik.

## Gynekologisk cellprovskontroll

### 14 Täckningsgrad



### Målvärde 85%

Källa: Data från cytologlaboratorier

Screening för livmoderhalscancer och dess förstadier pågår sedan 40 år och under den tiden har livmoderhalscancerincidensen 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 åren för kvinnor 23-50 resp. senaste 5,5 åren för kvinnor 50-60år (Kalmar 65år).

Under 2012 påbörjade vi ett regiongemensamt arbete för cervixcancerprevention.

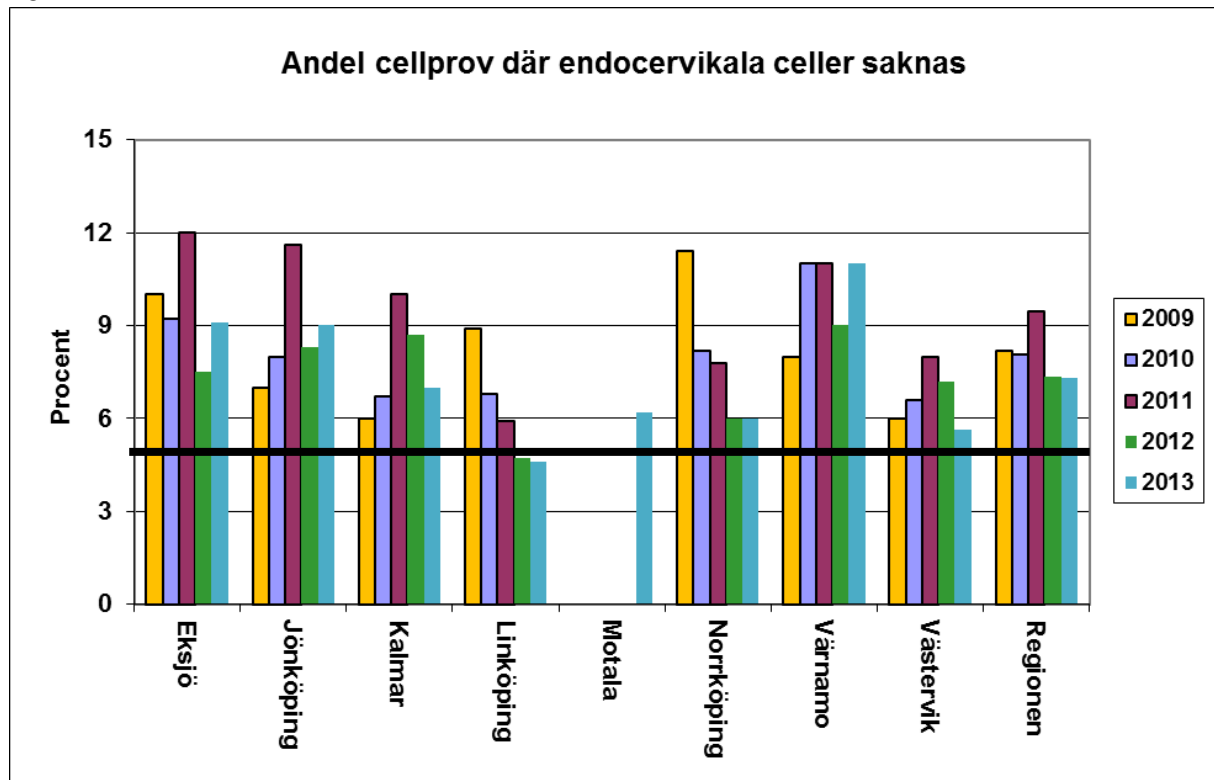
Under hösten 2013 påbörjades arbetet med att ta fram ett gemensamt vårdprogram för Cervixcancerprevention i regionen.

Arbetet pågår med att ansluta alla patologlaboratorier till Cytburken (ett vårdstöd som hjälper oss med att återföra aktuella data i screeningprocessen till oss vårdgivare).

Sammantaget ökar detta våra möjligheter att i realtid utvärdera vilken effekt förändringsarbete för att öka täckningsgraden har, vilket har varit svårt att göra tidigare.

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

15



**Målvärde < 5%**

Källa: Data från cytologlaboratorier

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 4,6% och 11%. Genomsnittet i landet ligger på 10-11%.

Sedan 2011 används vätskebaserad cytologi.

### Mätning av patientnöjdhet inom Mödravården

Det finns olika former av enkäter i regionen för att mäta patientnöjdhet i obstetrisk vård.

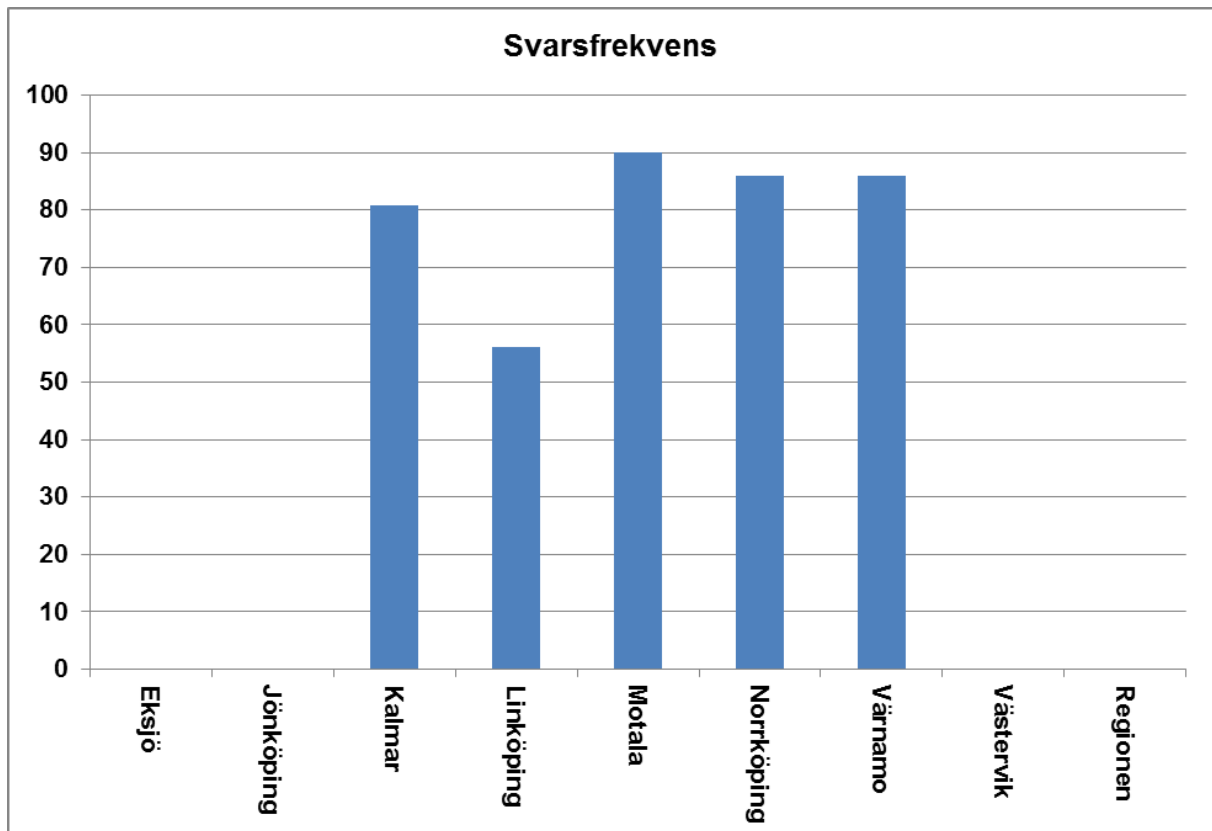
Svarsfrekvens i enkäterna har varierat mellan de olika länen. Ett nationellt graviditetsregister liknande gyn-op registret är under uppbyggand och kommer att vara i drift 2015.

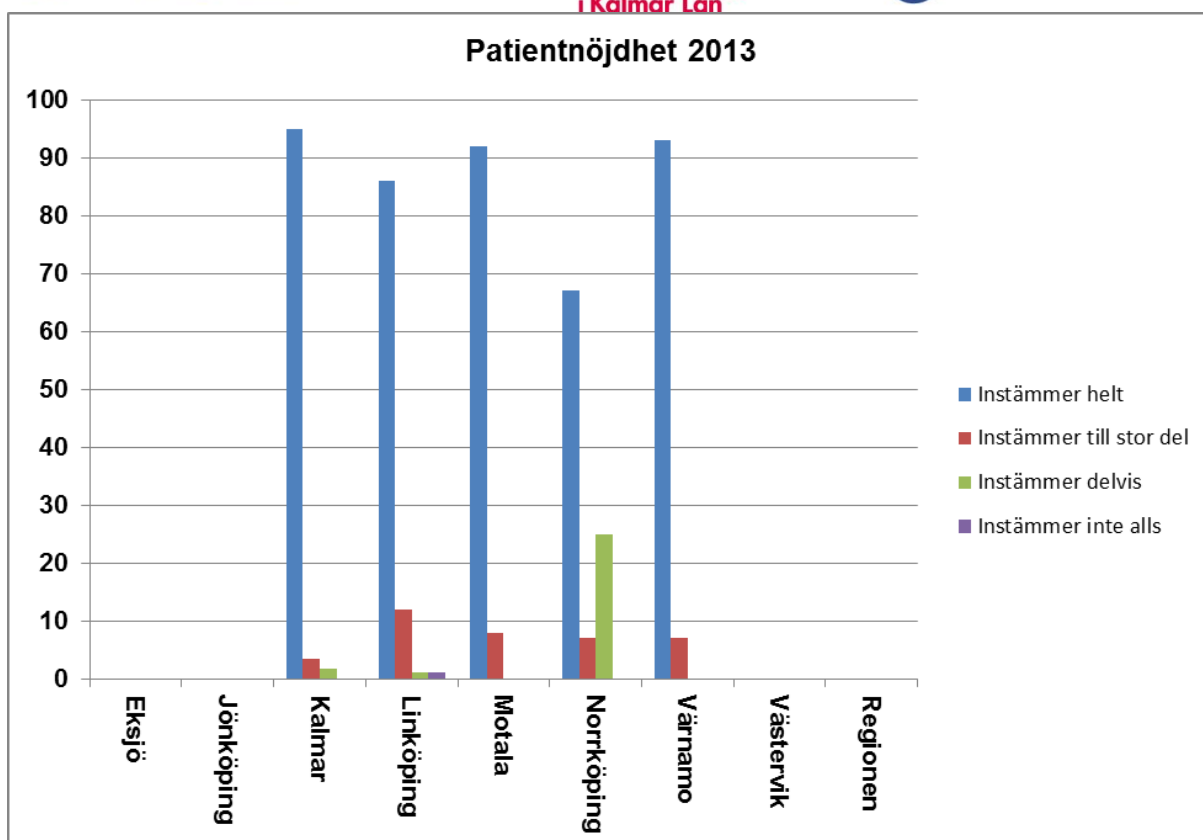
Patientnöjdhet kommer då att rapporteras direkt i registret och följas över tid. För att i nuläget få en bild och jämföra oss med varandra i regionen, genomfördes en väntrumundersökning inom Mödravården under december månad 2013 på några av regionens enheter. Enkäten med frågan om hur nöjd man var med bemötande delades ut till tre grupper; Prevpatienter, GCKpatienter och gravida.

”Jag är nöjd med bemötandet på Kvinnohälsan/Barnmorskemottagningen”.

Svarsalternativ: Instämmer helt/ Instämmer till stor del/ Instämmer delvis/ Instämmer inte alls.

Materialet är litet och med varierande svarsfrekvens och det är därför svårt att dra några klara slutsatser.





## Slutsats

Rapporten visar på hur ett kontinuerligt arbete inom regionen lett till förbättringar av den preventiva kvinnohälsovården inom regionen ex. gällande uppkommen misstanke om barn som är små för tiden. Data för jämförelse med riket saknas för de flesta parametrarna i rapporten, men data för riket skulle i en framtida rapport, för en del av frågorna, vara möjligt att ta fram.

Den preventiva kvinnohälsovården står inför stora utmaningar vad gäller ökande BMI bland de gravida och rökning under graviditet. Fokus för regionsamverkan under det närmaste året kommer därför att inriktas på dessa två frågor