

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2015

Introduktion

Den regionala gruppen 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, föräldrastöd, familjeplanering och cervixcancerprevention.

Siffror i 2015 års rapport baseras på uppgifter framtagna ur det nationella kvalitetsregistret (graviditetsregistret), obstetrix liggaren samt rapport från respektive verksamhet, se under respektive diagram för källhänvisning.

Under 2014/2015 genomfördes en nationell sammanslagning av flera olika register. Det gamla mödrahälsovårdsregistret inkluderades i ett graviditetsregister tillsammans med förlossnings- och fostermedicin data. Detta har medfört att tillgången till en enkel rapportfunktion har saknats. Kvalitetsdata till denna rapport har skapats centralt och levererats sent på året. Historiska data i denna rapport är utbytta jfr med tidigare rapporter, då all data genererats centralt där källan är graviditetsregistret.

I regionen fanns i början av 2015 en privat enhet med landstingsavtal för mödrahälsovård. Resultaten för Lovisamottagningen AB i Norrköping är ej redovisade i rapporten.

År 2015 förlöstes 11 934 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa följdes 97 % (1157 inskrivna) upp på regionens mödravårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 95-99 %. Målet inom regionen är en uppföljningsfrekvens på 90 %. En möjlig felkälla i siffrorna är att förlossningsantalen innefattar alla förlösta patienter. ex. turister eller riskgravida från andra orter som inte är inskrivna på förlossningsortens MVC.



Gruppen består av:

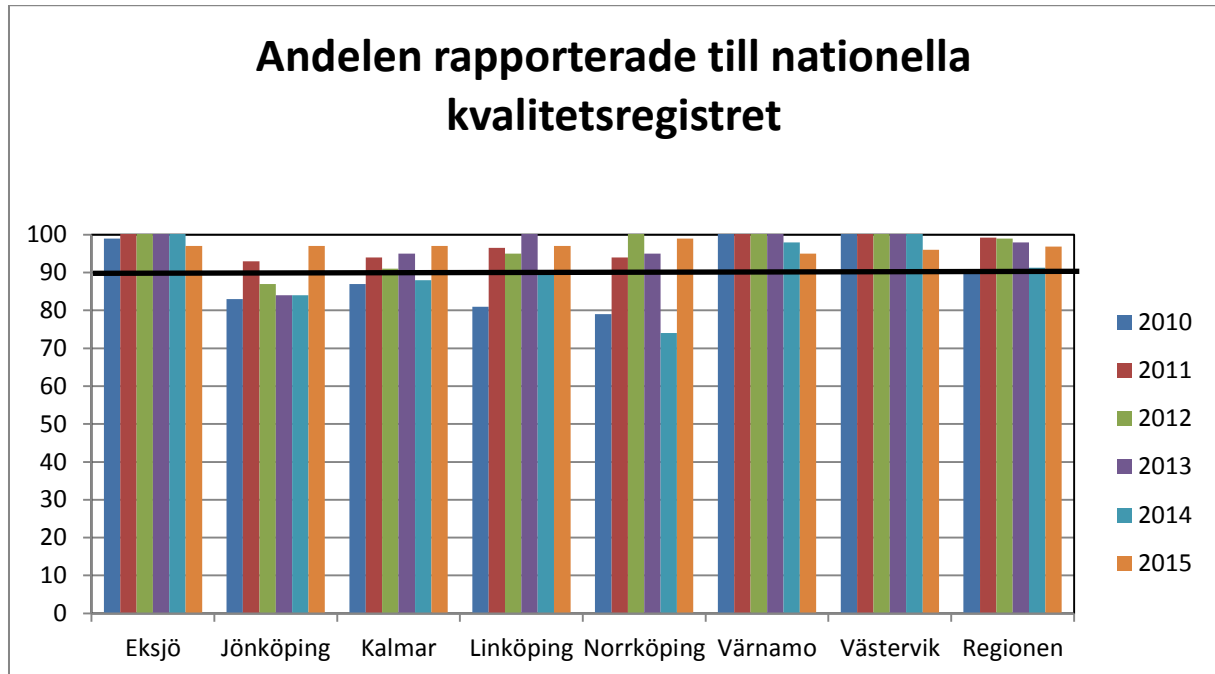
Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

Catarina Notelid-Claus Eksjö
Ulrika Laurelii Jönköping
Helene Muhr Kalmar
Caroline Lilliecreutz Linköping
Birgitta Zdolsek Norrköping
Chatarina Bildh Värnamo
Annika Eckerlid Västervik

Verksamhetschefsrepresentant Maria Engman

IT-samordnare Meg Wigmo.

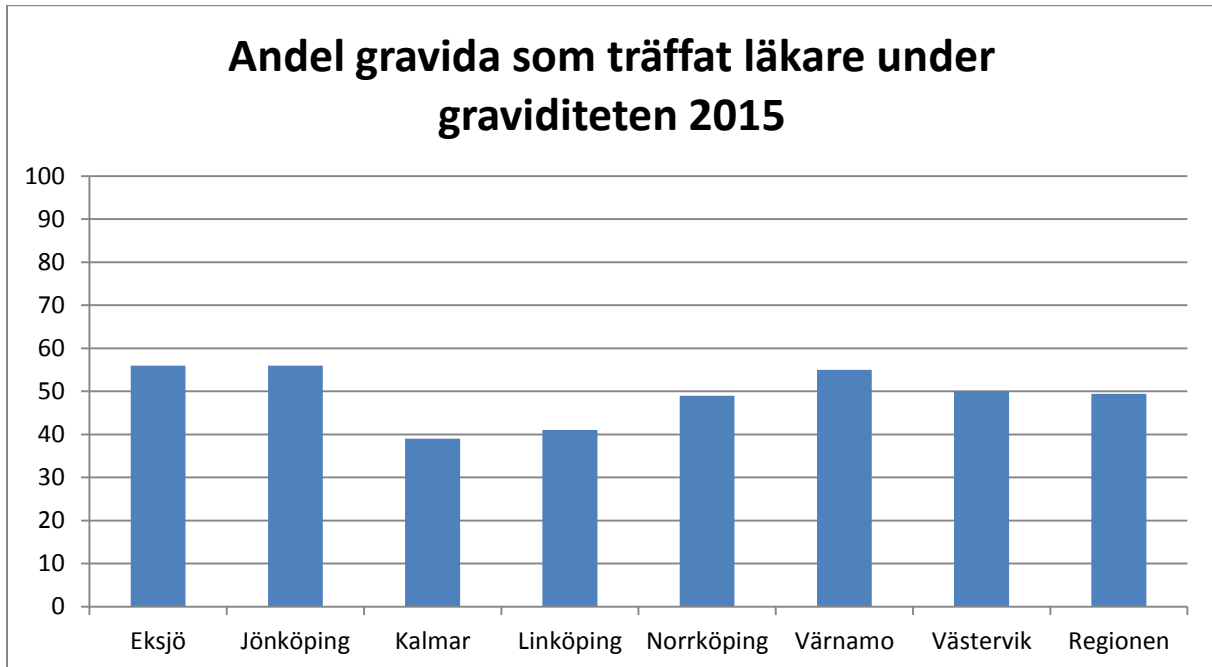
Hälsovård i samband med graviditet



Målvärde 90%

Källa: Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Från och med år 2015 är målet att definierade data från alla inskrivna gravida på Kvinnohälsovården ska överföras till Graviditetsregistret. De flesta data överförs direkt från den gravida kvinnans journal i Obstetrix, men det sker också en viss manuell inmatning. 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. Felkällor i andel rapporterade till graviditetsregistret finns och kan antas bero på att mindre enheter skriver in patienten som sedan skickas till större enheter för förlossning och vice versa.



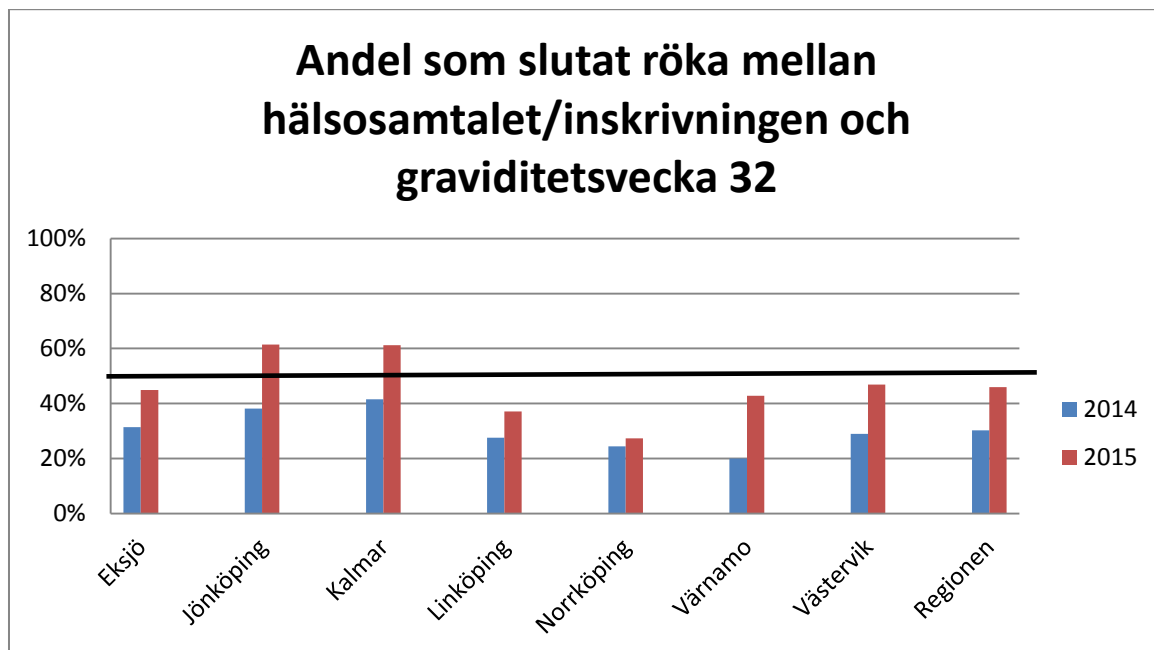
Källa: Graviditetsregistret

Tidigare år har vi undersökt medelvärdet för antal besök hos barnmorska under graviditeten.

Mätningarna har varit konstanta över flera år vilket visat en stor följsamhet till det nationella basprogrammet. Vi har istället valt att titta på antal besök till läkare.

Resultatet kan vara beroende av vårddyngd / hur svårt sjuka patienter vi handlägger inom kvinnohälsan, tillgängligheten till läkartider och organisation av verksamheten, ex. om man har specialistmödravård organiserad under kvinnohälsovården eller under kliniken.

Vi kommer att ytterligare analysera dessa data i kommande rapporter



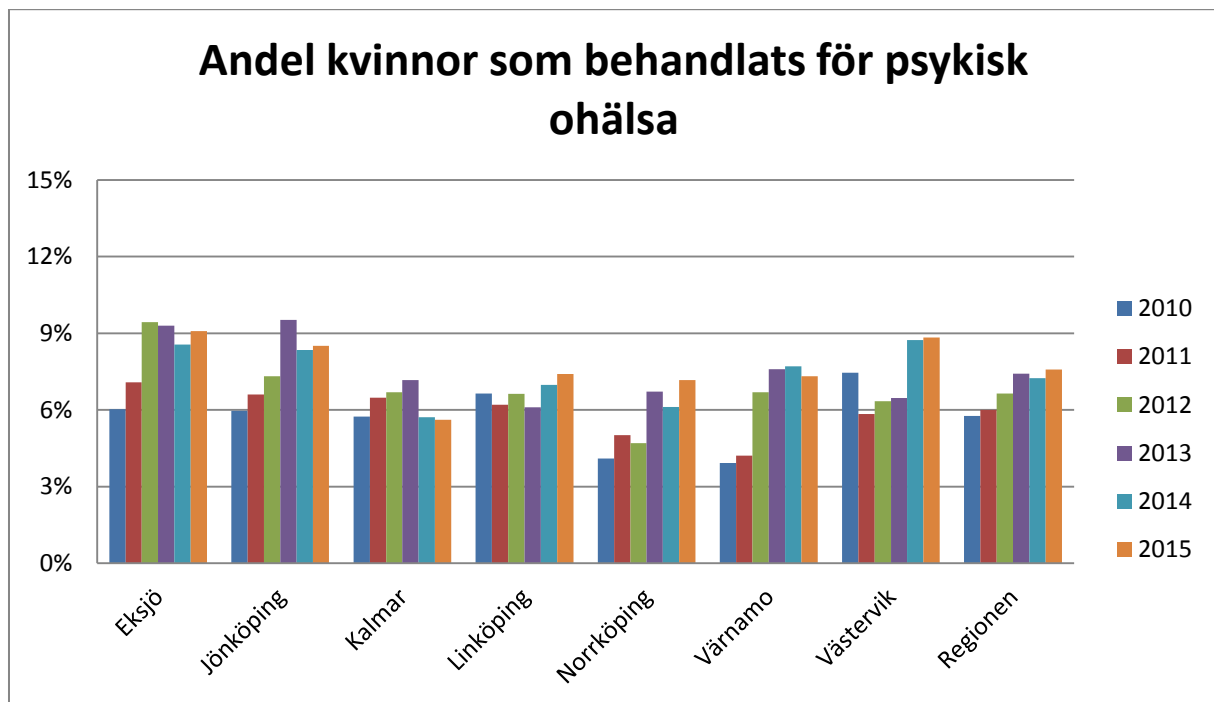
Målvärde 60%

Källa: Graviditetsregistret

Med rökning menas daglig rökning, oavsett mängden cigaretter. För gravida och ammande ingår även mer sporadisk rökning. 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. Enligt Medicinska födelseregistret registreras tobaksvanor vid tre tillfällen; tre månader före graviditet, vid inskrivningen i mödrhälsovården och i graviditetsvecka 30-32. Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som utprovats för samtal om livsstilsförändring, t.ex. tobak.

Rökningen har minskat bland blivande mödrar i alla åldersgrupper (Socialstyrelsen 2012) men är fortfarande vanligast bland de gravida tonåringarna. Kvinnor under 20 år röker i större utsträckning än kvinnor över 20 år. Enligt Medicinska födelseregistret 2015 rökte 13,2% 3 månader före graviditeten, 5,1% vid inskrivningen och 4,0% i graviditetsvecka 32. Således har 21,6% slutat röka från inskrivning till v 32. Största andelen som slutar röka, gör det således innan inskrivningen. I regionen har vi målet att få alla kvinnor att sluta röka mellan hälsosamtalet/inskrivningen och graviditetsvecka 32. Ett delmål är att 60% (tidigare 50%) slutar under denna tid, vilket två av de sju regionområdena gjort enligt ovanstående diagram. Dock varierar siffran från 27% till 61%. Siffrorna är något svårvärderade då de ej överensstämmer med statistiken från medicinska födelseregistret 2015 och Graviditetsregistrets årsrapport 2015.

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 antal och andel förstföderskor och omföderskor som slutar röka mellan tre månader före graviditeten och hälsosamtalet/inskrivningen samt graviditetsvecka 32.



Målvärde: 14%

Källa: Manuellt inmatad data från graviditetsregistret.

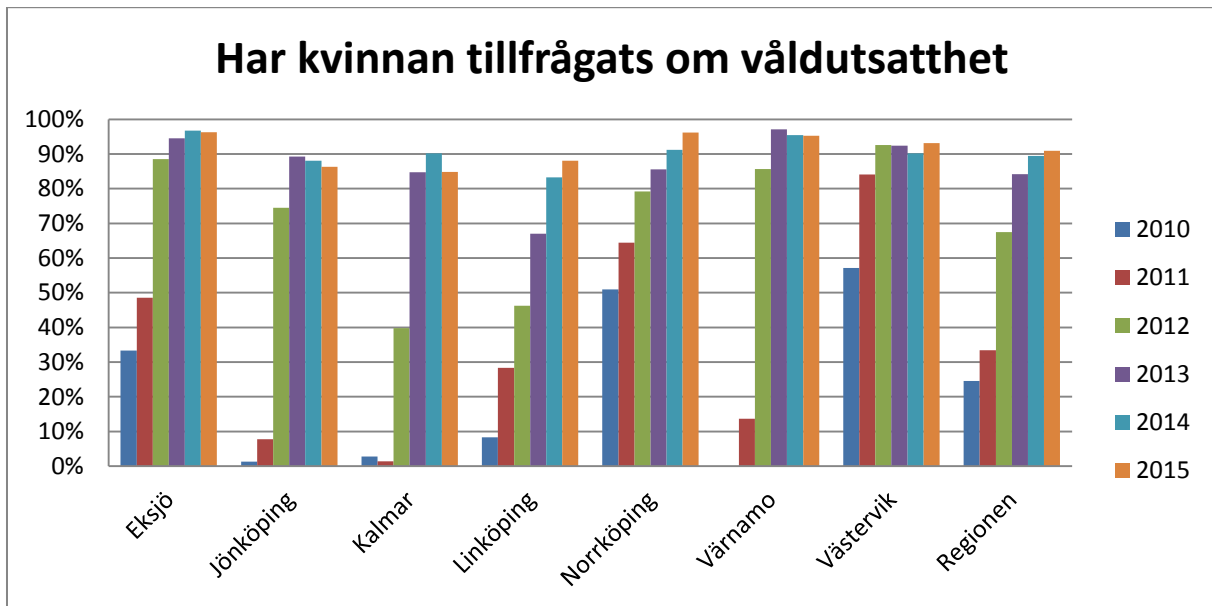
Psykisk ohälsa är bla associerat med försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet.

Var tredje kvinna mellan 16-24 år och var fjärde kvinna mellan 25-34 år lider av psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, oro och ångest. MHV möter därför ett stort antal kvinnor med psykisk ohälsa.

Det är en utmaning och svårighet för mödrahälsovården att identifiera dessa kvinnor och troligen är gruppen med psykisk ohälsa underdiagnostiserad. Målet är att hitta alla för att kunna erbjuda en bra och effektiv behandling. Screening med frågeformulär för att hitta symtom som kan bero på nedstämdhet/depression sker i olika grad inom regionen.

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.

En kontinuerlig diskussion pågår i regionen om hur man ska synliggöra gravida kvinnor med psykisk ohälsa för att kunna erbjuda behandling. Mellan 5,5- 9% av kvinnorna i regionen idag erhåller behandling för psykisk ohälsa och trenden över åren är att andelen ökar.



Källa: Graviditetsregistret

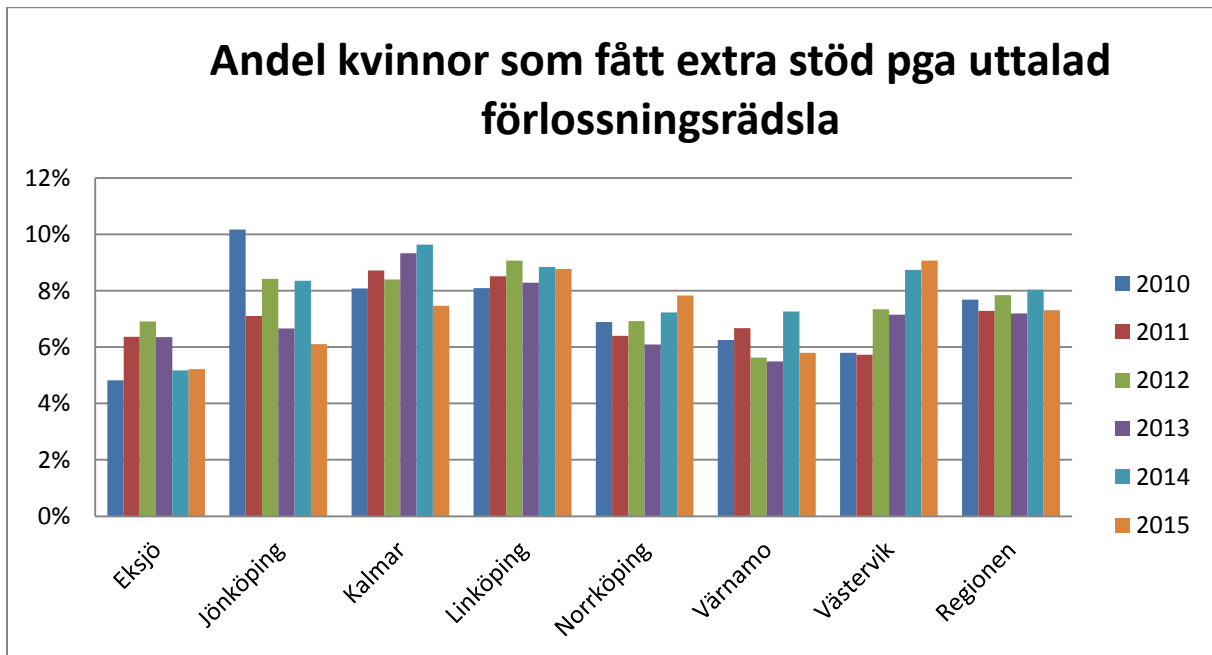
Mål: 100%

Att ha erfarenhet av att vara utsatt för våld påverkar hälsan och leder till att kvinnor söker vård för många olika symptom. Erfarenhet av våld kan påverka anpassningen till graviditeten, anknytning till barnet och även det kommande barnets hälsa.

Våld i nära relation är ett mönster av handlingar som kan vara allt ifrån subtila handlingar till grova brott. Det är ofta kombinationer av fysiskt, sexuellt och psykiskt våld. Den drabbade kan också erfara social och materiell/ekonomisk utsatthet. Enligt Brottsförebyggande rådets kartläggning har drygt var fjärde kvinna i befolkningen någon gång i livet varit utsatt för våld i en nära relation och enligt NCK (Nationellt centrum för kvinnofrid) har var femte kvinna någon gång i sitt liv utsatts för sexuellt våld. Frågan ”Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldutsatthet?” ingår i anamnesen vid första samtal/inskrivning inom mödrahälsovården.

Målet är att alla inskrivna gravida kvinnor inom mödrahälsovården tillfrågats om våldutsatthet för att upptäcka behov av stödjande samtal. Enligt basprogrammet ska detta ske två gånger under graviditeten, dvs i tidig graviditet vid första samtal/inskrivningen, men också i ca graviditetsvecka 32 eftersom erfarenhet av våld kan starta under en graviditet. Andelen tillfrågade kvinnor avseende våld dokumenteras och inmatas manuellt i graviditetsregistret för att sedan kunna följas som en kvalitetsparameter.

Inom regionen har 91% gravida kvinnor tillfrågats om våldutsatthet



Målvärde 6-8 %

Källa: Graviditetsregistret

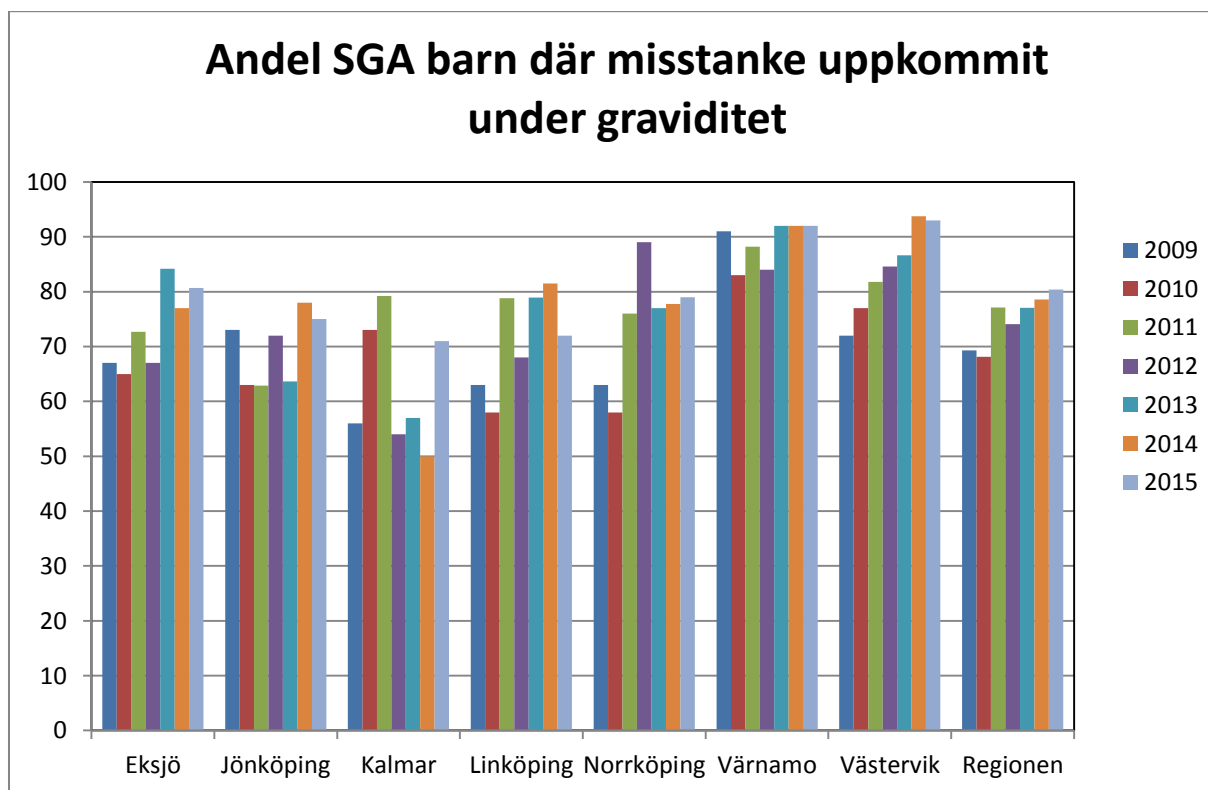
Mödrahälsovårdens mål med att erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor är att stärka den blivande mammans tilltro till sin egen förmåga att föda, oavsett förlossnings sätt, och på så sätt öka möjligheterna till en god anknytning till det nya barnet både under graviditeten och efter att barnet är fött.

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

Inom regionen år 2015 hade 7,3 % av de gravida kvinnorna fått extra stöd. Samtliga delar i regionen har 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.

Vi har intresserat oss för skillnaden mellan först- och omfödelskor. Data indikerar att rädsla är vanligare hos omfödelskor. Då det är fler av omfödelskorna som är rädda för förlossning, är det ett område att beakta för förlossningsvården lika väl som mödrahälsovården. Arbetet fortgår.



Målvärde 90%

Källa : Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P050 vid födelsen

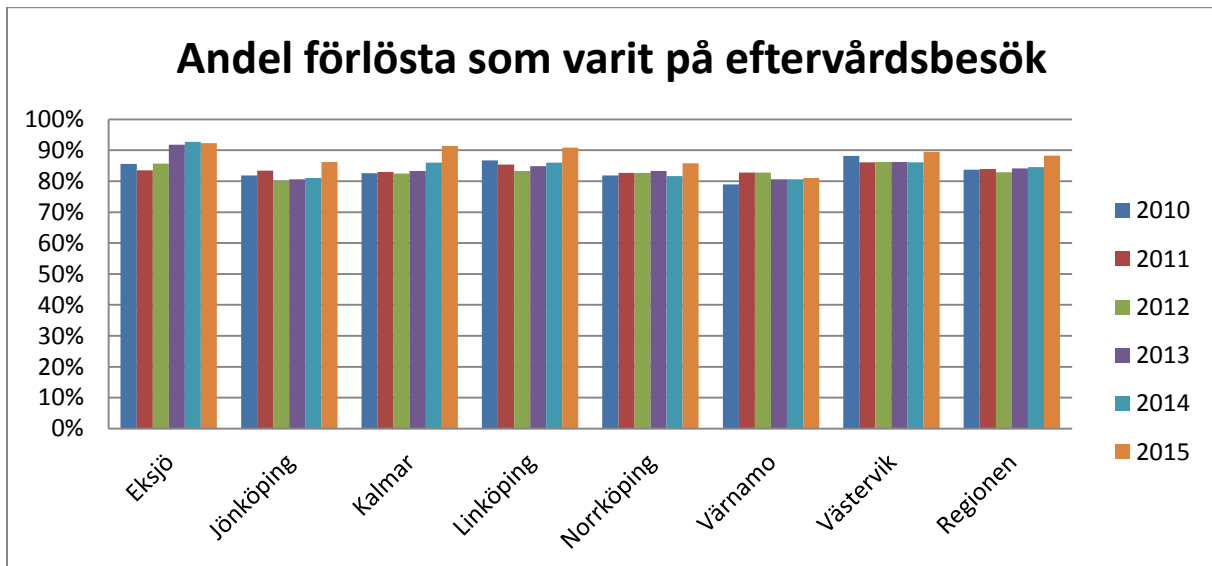
Antal födda SGA barn/ antal upptäckta

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik
2008	20/17	46/26	33/8	39/20	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	45/26	6/5	13/10
2011	22/16	54/34	24/19	52/41	38/29	17/15	11/9
2012	18/12	57/41	35/19	45/31	37/33	19/16	13/11
2013	19/16	33/21	23/8	38/30	43/33	12/11	15/13
2014	13/10	37/29	32/16	38/31	36/28	26/24	16/15
2015	31/25	36/27	21/15	46/33	42/33	23/25	14/13

SGA- barn (small for gestational age/längd) definieras som vikt <-2SD för graviditetslängden. Foster som inte klarar att växa efter sin genetiska konstitution beroende på externa eller maternella /intrauterina orsaker kan sägas ha en intrauterin tillväxthämning IUGR (intrauterin growth retardation). IUGR är definitionsmissigt en undergrupp av SGA.

Det är av största vikt att dessa grupper upptäckts under graviditeten då det ger ett förbättrat utfall och prognos än hos de barn som diagnostiseras efter födelsen. De IUGR/SGA foster/barn som inte upptäckts under graviditeten har en ökad risk för komplikationer under graviditeten och i samband med förlossningen. På gruppnivå hos de tillväxthämmade barnen ses ökad risk i vuxen ålder för diabetes och kardiovaskulär sjukdom. Den regionala MHÖL gruppen har arbetat för att gemensamt definiera olika riskfaktorer/tillstånd för att upptäcka SGA/ IUGR under graviditeten. Vi går även igenom de journaler där SGA inte upptäckts under graviditeten, för att se om vi kunde gjort något annorlunda.

Inom regionen hade misstanke om SGA uppkommit hos 80%, varierande mellan 71-93%. Vi har valt att öka målvärdet till 90 % då Västervik och Värnamo når över denna nivå.



Målvärde 90%

Källa: Graviditetsregistret. År 2009-2011 togs statistiken från obstetrixliggaren.

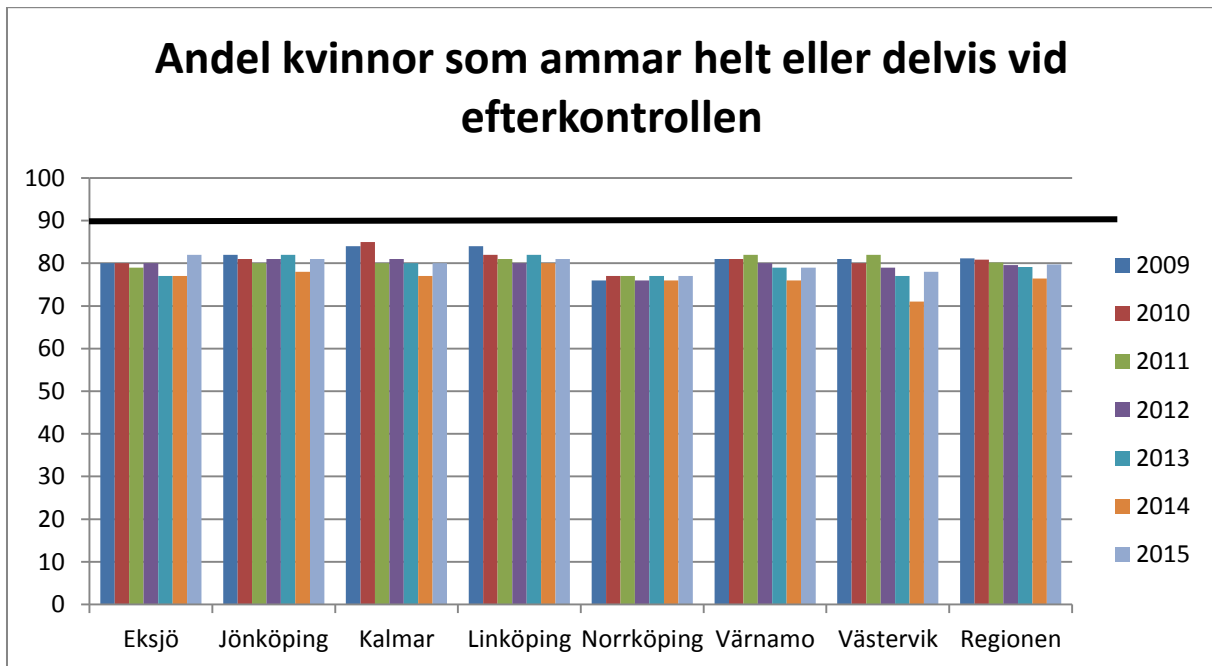
Efterkontroll erbjuds alla förlösta kvinnor oftast inom 12 veckor postpartum. Detta besök är en uppföljning av kvinnans situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning.

Besöket innefattar genomgång av förlossning, erbjudande av medicinsk undersökning, diskussion om preventivmedel samt diskussion om livsstilsfaktorer.

Besöket är speciellt viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svår förlossningsupplevelse för att vid behov lotsa dem till vidare hjälp eller diskutera påverkan på ev. framtida graviditeter.

Vi har i regionalgruppen varit bekymrade för en, vad vi anser, låg andel kvinnor som kommer på efterkontrollen. Diskussioner har förekommit om olika förslag att öka besöksfrekvensen bl.a att boka efterkontroll redan innan förlossningen istället för att patienten själv bokar tid. Vi har i år delat upp nordiskt födda eller utomnordiskt födda kvinnor, detta indikerar att färre utomnordiskt födda kvinnor kommer på efterkontrollen. Vi planerar arbeta vidare med att minska denna olikhet.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen kom 88% av de förlösta kvinnorna (varierande från 81-92% mellan orterna). Sammanfattningsvis har 3/7 orter nått vårt målvärde. 6/7 orter har under 2015 ökat sin efterkontrollsfrekvens jämfört med 2014.



Målvärde 90%

Källa: Obstetrix

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 bröstmjölken det bästa alternativet för spädbarnet.

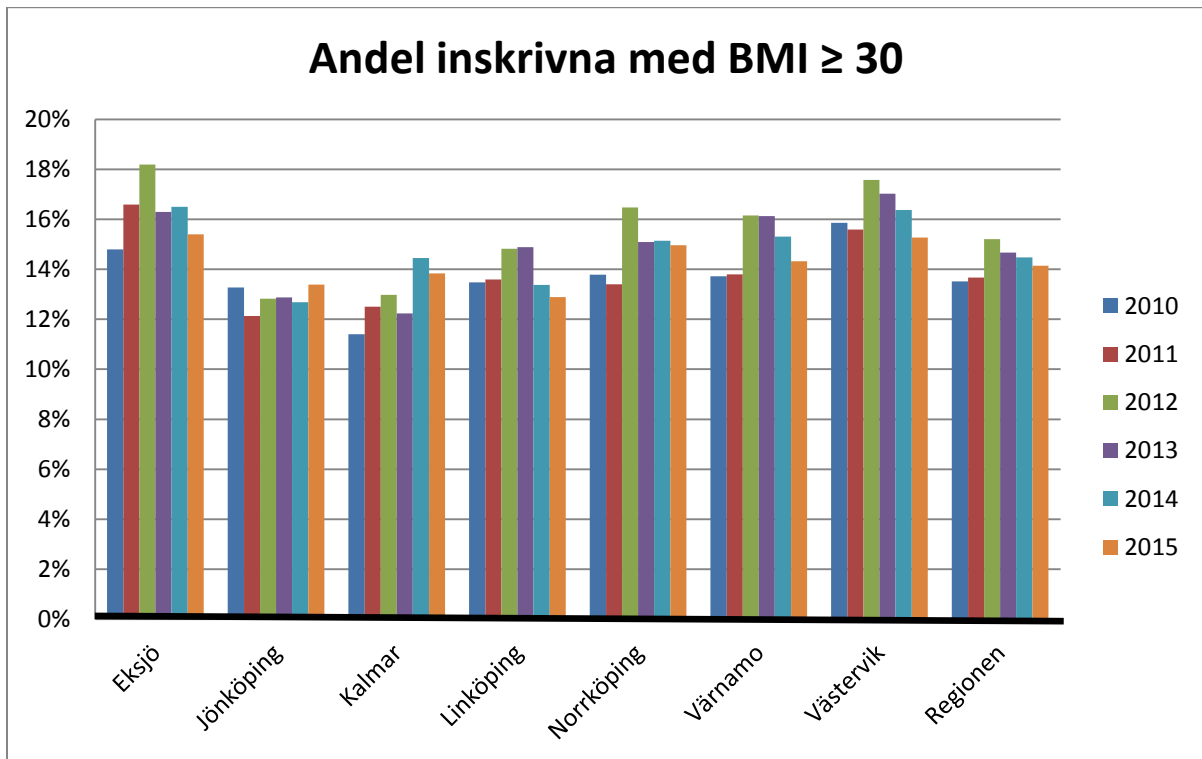
Regionens alla mödravårdscentraler och förlossningskliniker följer WHO/Unicefs rekommendationer för amningsvänlig vård.

Förbättringspotential

Målet är att 90% ammar vid efterkontrollen. I vår region har amningsfrekvensen legat stabilt runt 80% alltsedan 2009. Årets siffror som är preliminära visar att amningsfrekvensen vid efterkontrollen ligger mellan 77-82 %, således inga större förändringar. Data saknas för de kvinnor (ca 20% av de förlösta) som inte kommer på efterkontrollen. En ytterligare felkälla är att data är inmatade manuellt.

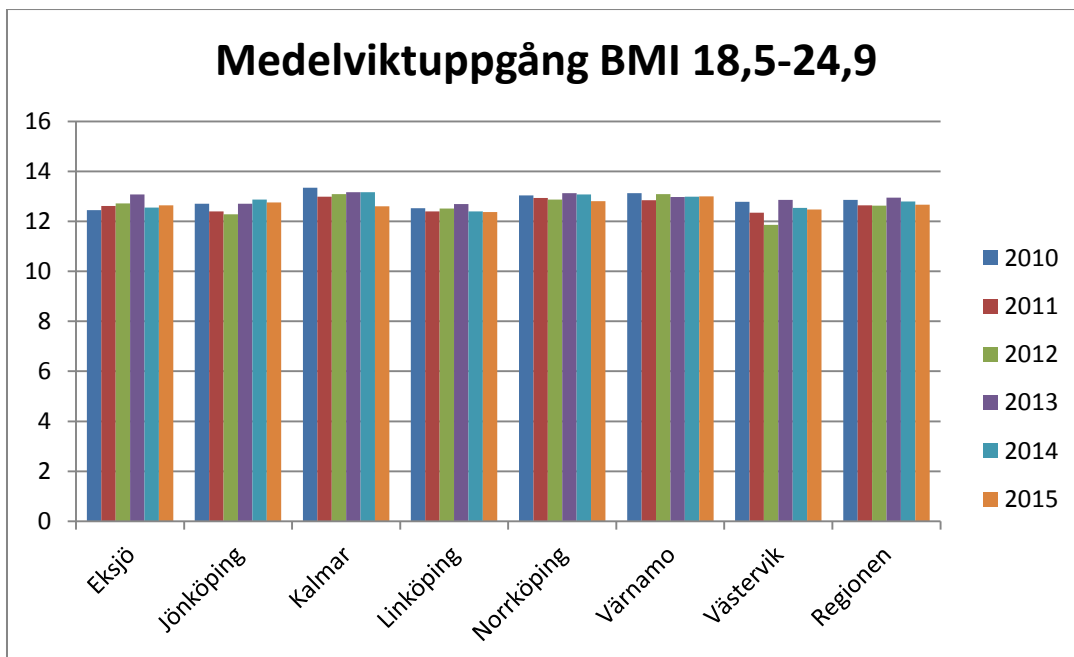
På flera ställen i regionen har man infört ökat amningsstöd för att på det sättet försöka öka amningsfrekvensen.

Vi anser att det är viktigt att fortsätta följa hur många som ammar vid EK för att om möjligt öka andelen och ffa ha möjlighet till insatser om amningsfrekvensen minskar.



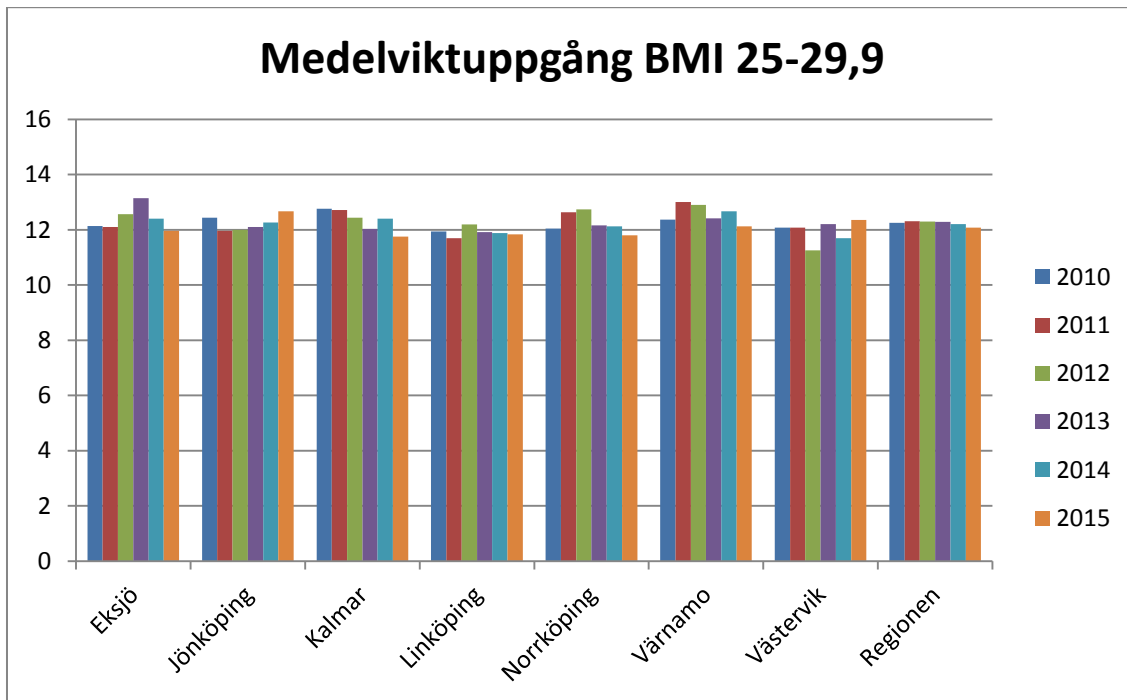
Målvärde: 0%

Källa: Graviditetsregistret



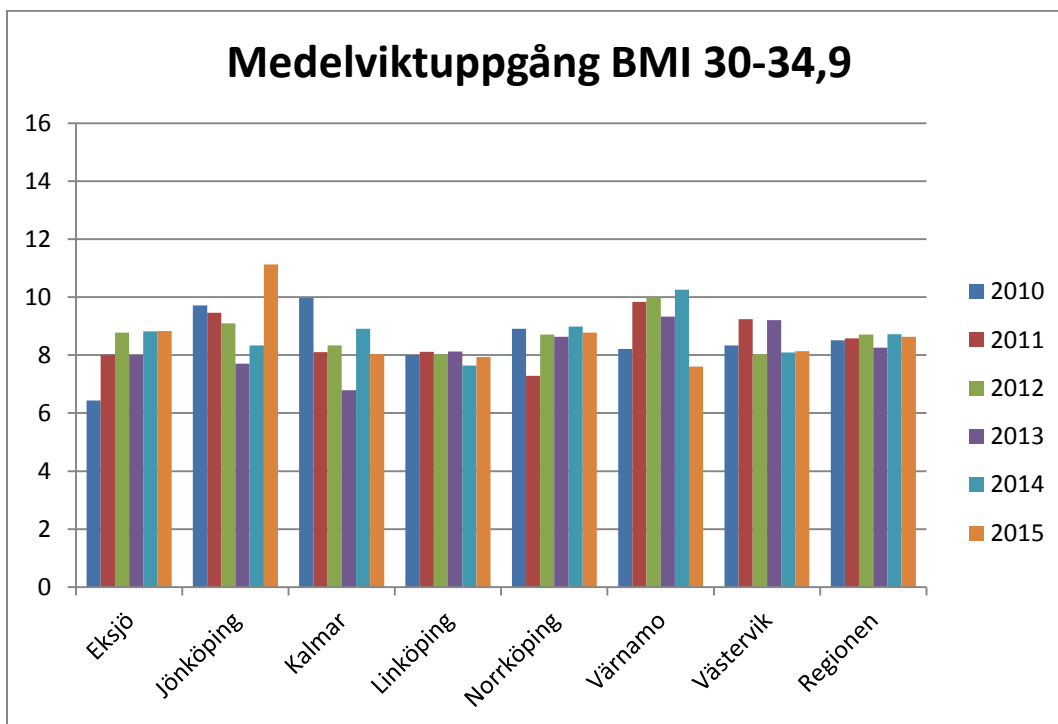
Målvärde: 11,5-16 kg

Källa: Graviditetsregistret



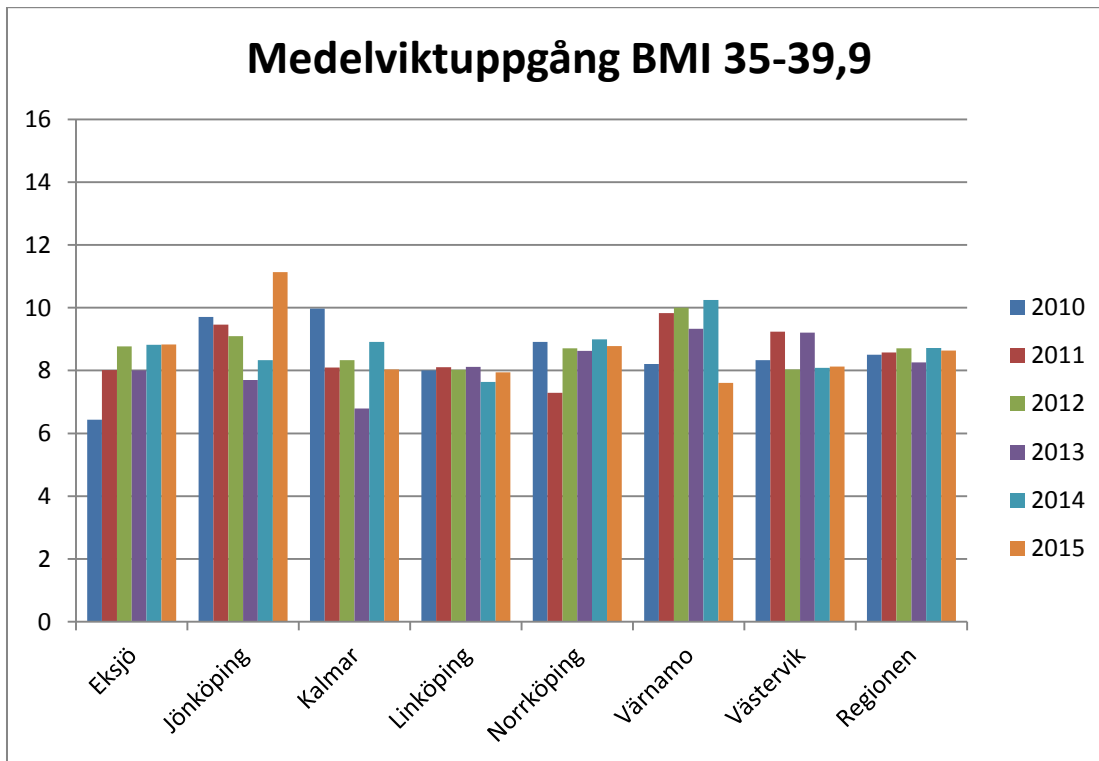
Målvärde: 6,8-11,4 kg

Källa: Gravditetsregistret



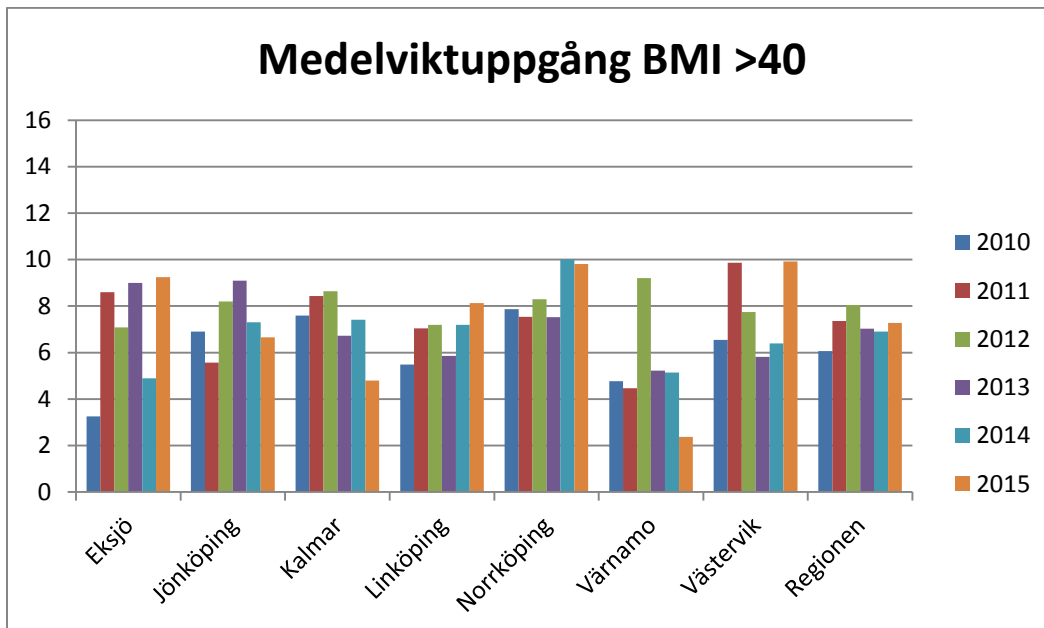
Målvärde: 5,0-9,1 kg

Källa: Gravditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg

Källa: Graviditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg

Källa: Graviditetsregistret

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 ≥ 30 och utgör en medicinsk riskfaktor för en rad negativa utfall dels för kvinnan under graviditet och förlossning men även för barnet.

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

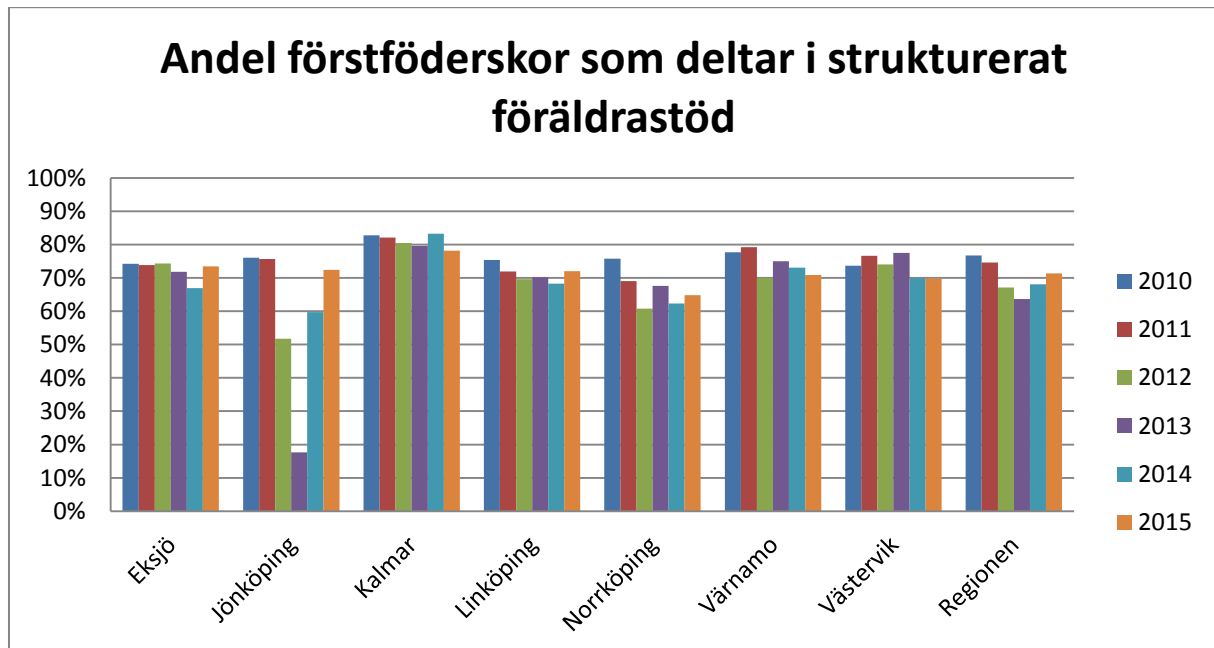
Inom regionen hade 14,1 % fetma vid inskrivningen jämfört med 13,7 % av de gravida i hela riket. Resultatet för denna kvalitetsparameter ligger långt från målvärdet och i regionen bedrivs särskilda projekt för feta gravida. Andelen med fetma vid inskrivningen har en svagt nedåtgående trend inom regionen.

Även själva viktökningen under graviditeten hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditetsutfall. Viktuppgången under graviditet i olika BMI klasser speglar mödrahälsovårdens arbete med att försöka förhindra ogynnsam och alltför stor viktuppgång under graviditet. Rekommenderad viktuppgång:

BMI klass	Viktuppgång
-24,9	11,5-16
25-29,9	6,8 -11,4
≥ 30	5,0 -9,1

Inom gruppen med BMI 25-29,9 överstiger viktuppgången den rekommenderade viktuppgången på samtliga enheter i regionen.

Framtida planering: Mödrahälsovården kommer att arbeta för att gravida kvinnor inom samtliga viktklasser ska få information om rekommenderad viktuppgång samt införa vikt även vid graviditetsvecka 25 besöket i basprogrammet.



Målvärde 85%

Källa: Graviditetsregistret

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.

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 65-78%.

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

Andelen kvinnor med icke nordiskt ursprung ökar i vår region och det var planerat att vi inför årets rapport skulle titta på hur stor andel av dessa kvinnor som deltar i föräldrastödet. Detta har inte varit möjligt eftersom vi inte kunnat få ut rätt siffror från Graviditetsregistret.

Data inmatas manuellt vilket är en möjlig felkälla.

Andel som screenats för Audit

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.

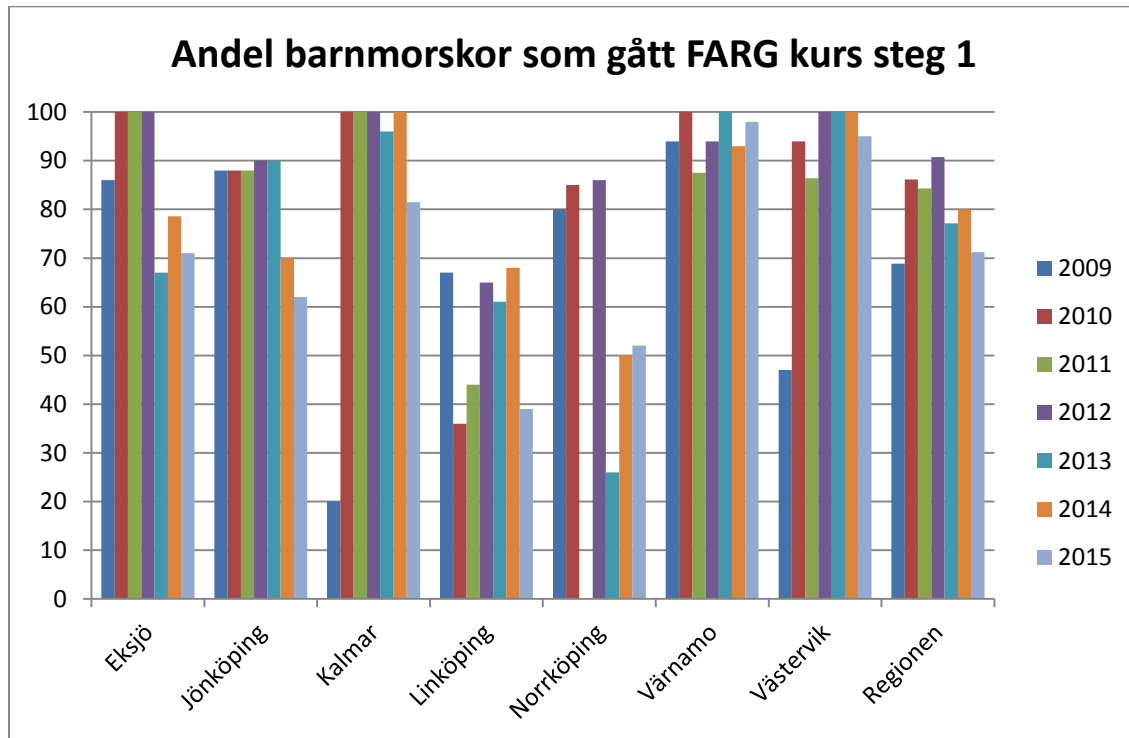
Målet är att 100% av de gravida kvinnorna ska screenas med AUDIT.

Förbättringspotential

Till årets rapport har vi inte haft möjlighet att få ut korrekta siffror från Graviditetsregistret.

Fram till 2014 har vi haft bra resultat när det gäller antal gravida kvinnor som screenats med AUDIT. Vi förväntar oss att andelen screenade fortsätter att öka.

Familjeplanering



Mål 100 %. Mätt som genomgången FARG-kurs senaste 5 åren.

Källa: Lokal inrapportering av egna data

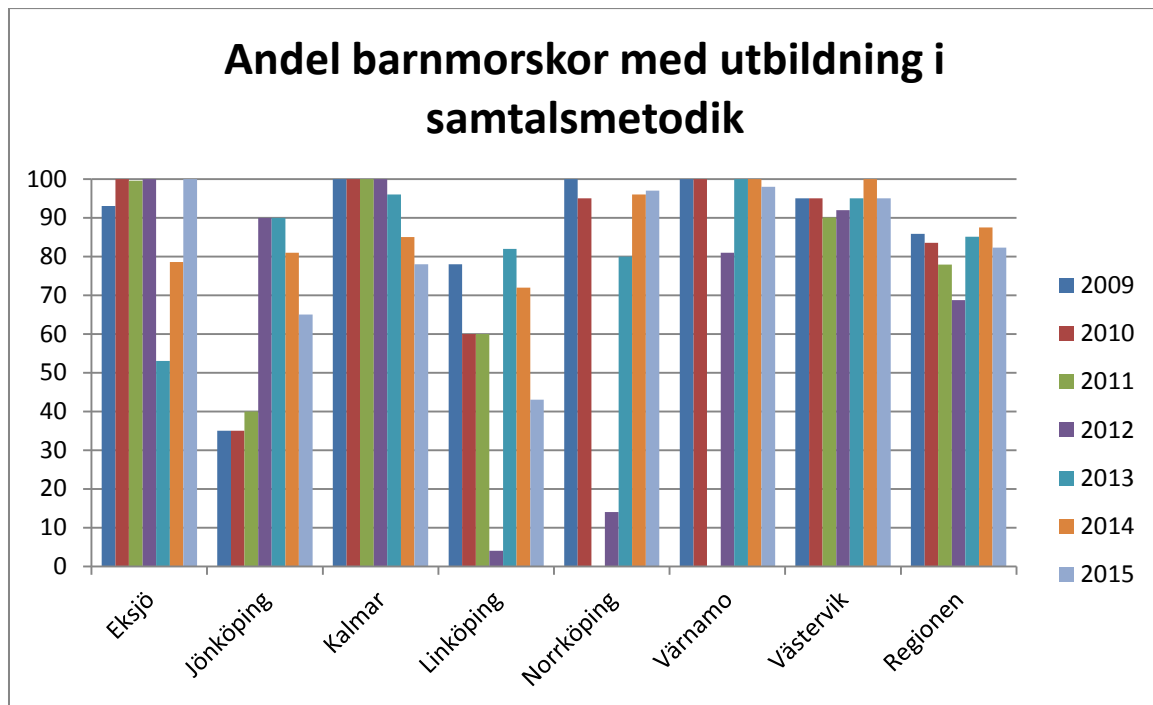
I FARG 1 görs en detaljerad och heltäckande genomgång av befintliga preventivmedelsmetoder och genomgången FARG 1 kurs kan därför tas som intäkt på tillräcklig kunskap för att kunna ge råd om och förskriva preventivmedel.

Linköping anordnar en återkommande regional tvådagars utbildning i preventivmedelsrådgivning, vilket har ökat våra möjligheter att nå målet.

För 2015 var det 73 % av barnmorskorna i regionen som hade en aktuell genomgången FARG steg I. Det skiljer i regionen – i Linköping har bara 39 % genomfört utbildningen mot 98 % i Värnamo. Generellt har siffran sjunkit – tydande på luckor i barnmorskornas utbildning, vilket på sikt kommer att påverka målgruppens tillgång till god preventivmedelsrådgivning, om inte trenden vänds.

För att fortsatt tillgodose behovet av uppdaterad kunskap efterfrågas dels en möjlighet för barnmorskor i regionens samtliga delar att gå FARG steg 1, samt en *kontinuerlig* utbildningsinsats därefter. Fortsättningsutbildning öppen för regionen genomförs i Kalmar län och Jönköpings region 2016, som komplement till FARG.

Ett mål för barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar är att öka andelen LARC (*Long Acting Reversible Contraceptives*) av förskrivna preventivmedel - då LARC har bäst effektivitet och god säkerhet. Vi jobbar med att till kommande år få fram ett standardiserat sätt att mäta förskrivningen av långverkande preventivmedel.



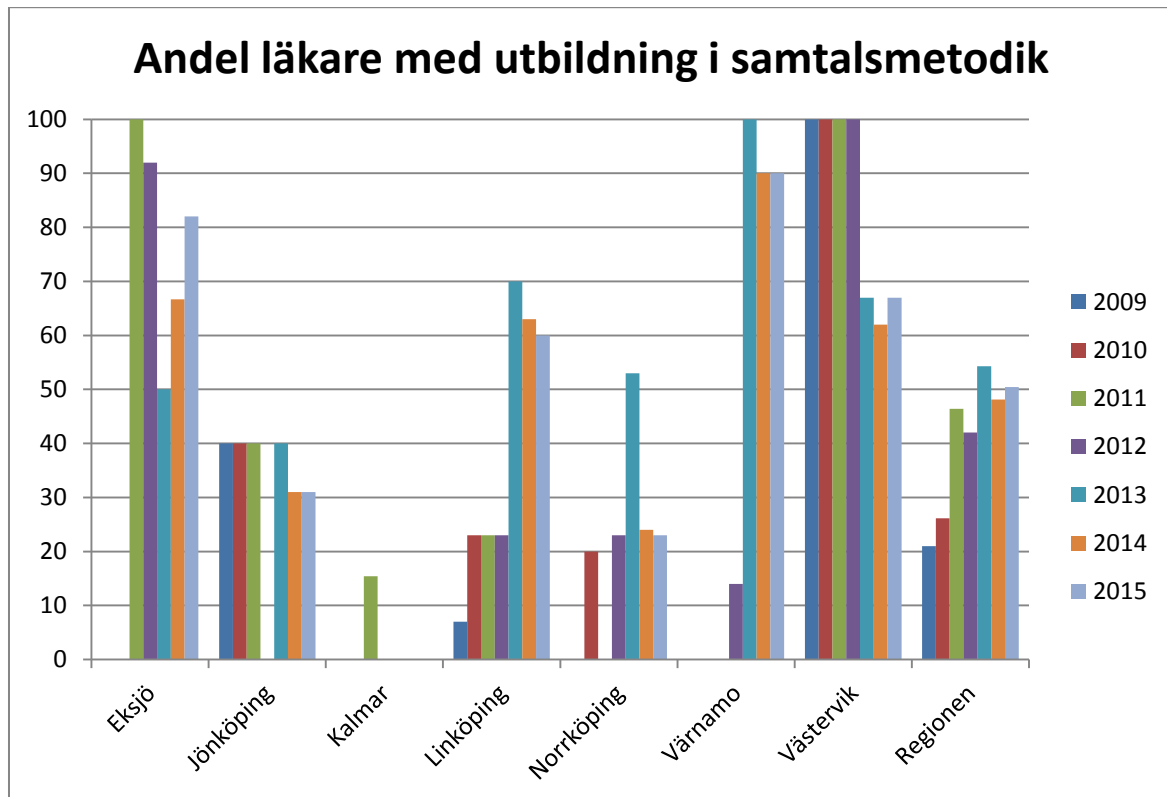
Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

Kunskapsbaserade metoder bör användas vid allt hälsoarbete. Den vanligast använda samtalsmetodiken inom mödrahälsovården är ”motiverande samtal” (motivating interviewing, MI), en evidensbaserad och internationellt erkänd metodik för att åstadkomma förändringar i livsstil.

I regionen har 82 % av barnmorskorna aktuell utbildning i samtalsmetodik. En variation mellan landstingen ses från 43-100%. Några landsting har sjunkande siffror och där utbildningsgraden är låg behöver MI-utbildningen för barnmorskor intensifieras, för att kunna uppnå samma mål som övriga i regionen.

En förbättrad möjlighet till utbildning skulle fås om man regionövergripande inbjuder till alla aktuella MI-kurser, och på så sätt hjälps åt. Detta har varit svårt att få till då Landstingens centrala organisationer inte kunnat/velat erbjuda kursplatser till hela regionen. Vi vill fortsätta verka för att det ska kunna lösas, eftersom utbildningsgraden på sina håll numera är så pass låg.



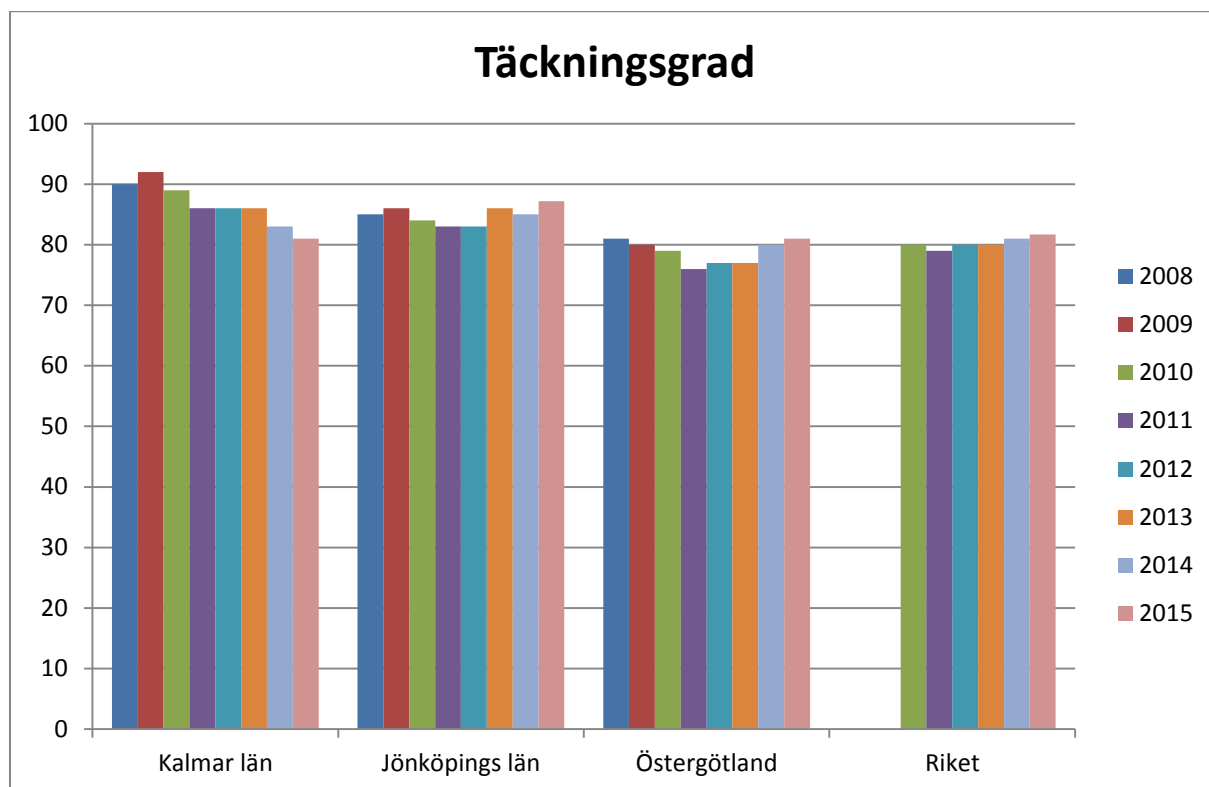
Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

Det finns en stor spridning (0-82%) vad beträffar läkare (verksamma inom MHV) med utbildning i samtalsmetodik. Alla läkare som har MHV i regionen bör ha en MI-utbildning, eller motsvarande, omfattande minst en heldag. Några av de rapporterade enheterna saknar fortfarande läkare med denna utbildning. Andra enheter har efter utbildningar större andel MHV-verksamma MI-utbildade läkare. Där en minskning ses från tidigare hög andel utbildade, finns förklaringen i läkaromsättning, resurser och/eller kursutbud. Totalt är det nu hälften av regionens MHV-verksamma läkare som är MI-utbildade. Denna siffra är lägre än föregående år

För ett mer aktivt hälsoarbete krävs troligen längre och upprepad utbildning/träning i samtalsmetodik. I kommande rapporter fortsätter vi mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har nyligen genomgången eller upprepad utbildning i samtalsmetodik (< 5 år sedan). Vi följer även upp huruvida det skett ”utomläns” utbildningar.

Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Screening för livmoderhalscancer och dess förstadier pågår sedan ca 40 år och under den tiden har incidensen av livmoderhalscancer sjunkit med nästan 70%.

Högt deltagande är den viktigaste faktorn för framgång i screeningprogrammet.

Täckningsgraden avspeglar deltagandet i gynekologisk cellprovskontroll de senaste 3,5 åren för kvinnor 23-50 resp. senaste 5,5 åren för kvinnor 50-60år. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas.

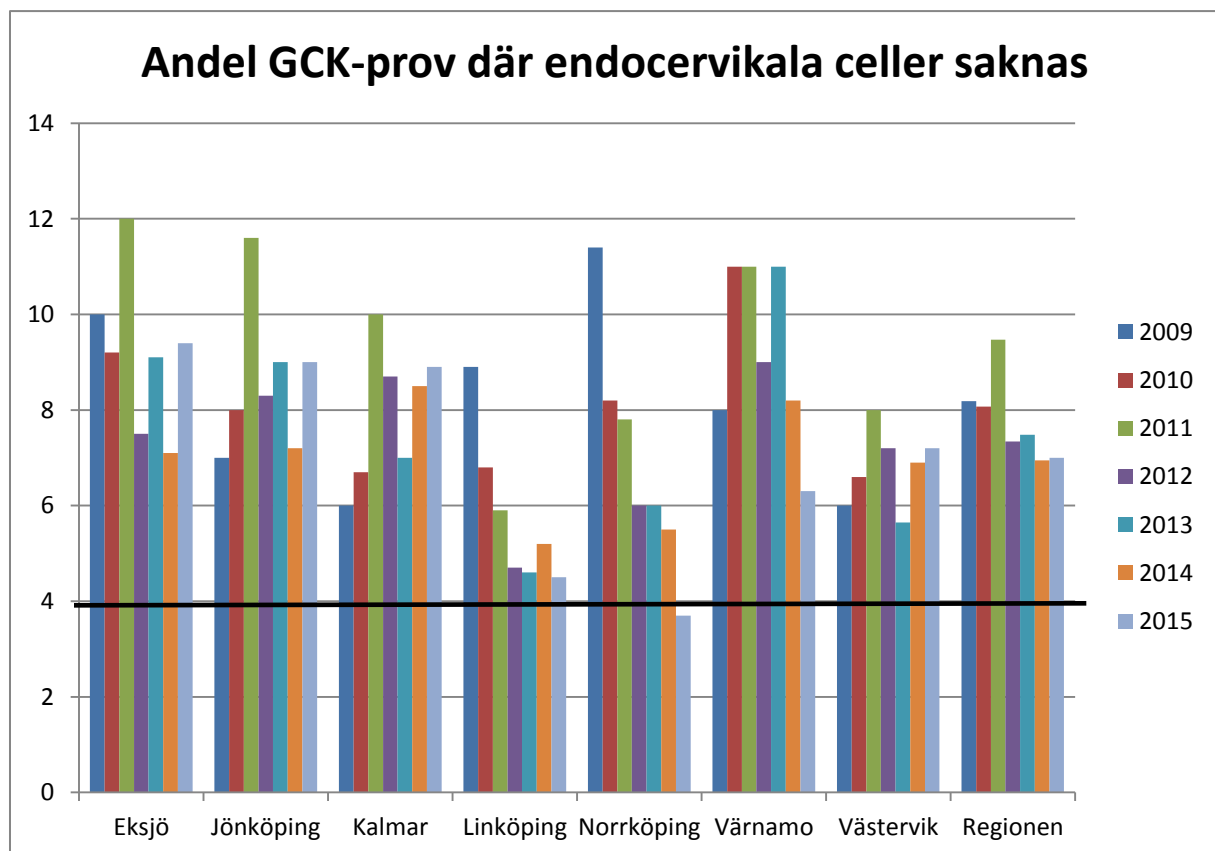
Sedan 2012 pågår regiongemensamt arbete för cervixcancerprevention med bla. gemensamt vårdprogram för regionen och sedan 2015 är samtliga patologlaboratorier i regionen anslutna till "Cytburken", ett vårdstöd som hjälper oss med att återföra aktuella data i screeningprocessen till oss vårdgivare. Det ger oss också möjlighet att erbjuda kvinnor screeningprov i rätt tid vid andra gynekologiska besök vilket ökar täckningsgraden.

För 2015 kan man se en fortsatt minskning i täckningsgrad för Kalmar troligen en undanträngningseffekt med anledning av ökat antal gravida och hög andel asylsökande gravida. Glädjande är en fortsatt ökande täckningsgrad för Östergötland och Jönköpings län.

Det av EU har rekommenderade målvärdet på 85% når inte alla men vi ligger i paritet med riket.

Socialstyrelsen har under året givit ut nya rekommendationer för cervixcancerscreening med primär analys av HPV för kvinnor >30 år.

Kommande åren är det en stor utmaning att införa detta för hela regionen.



Målvärde < 4%

Källa: Data från cytologlaboratorier alternativt Cytburken

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 3,7 % och 9,4%. Genomsnittet i landet ligger på 8,8 %.

Norrköping och Linköping använder annan analysmetod vilket troligen förklarar deras klart bättre resultat.

Målvärde för nästa år kommer ändras till <4% andel prover där endocervikala celler saknas.



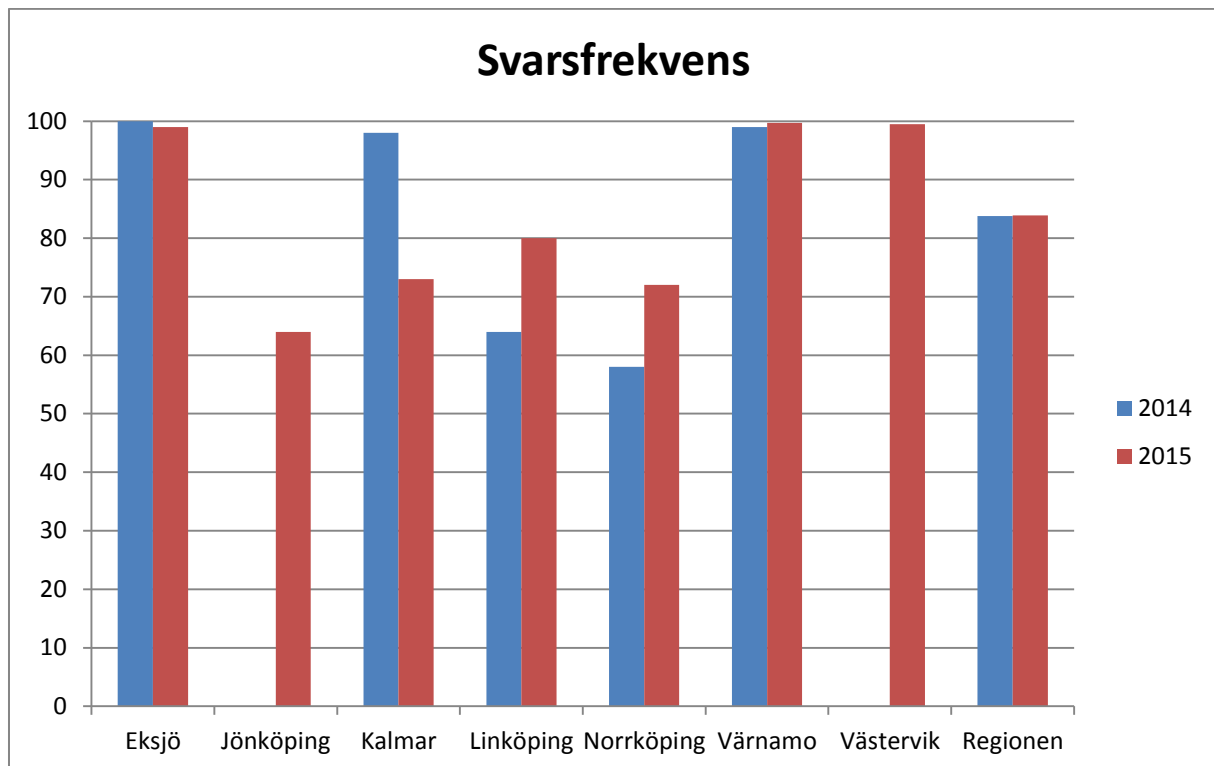
Aktuella data uppdelade på exempelvis kommuner kan hämtas ut på regionalt cancercentrum sydösts hemsida för gynekologisk cellprovskontroll.

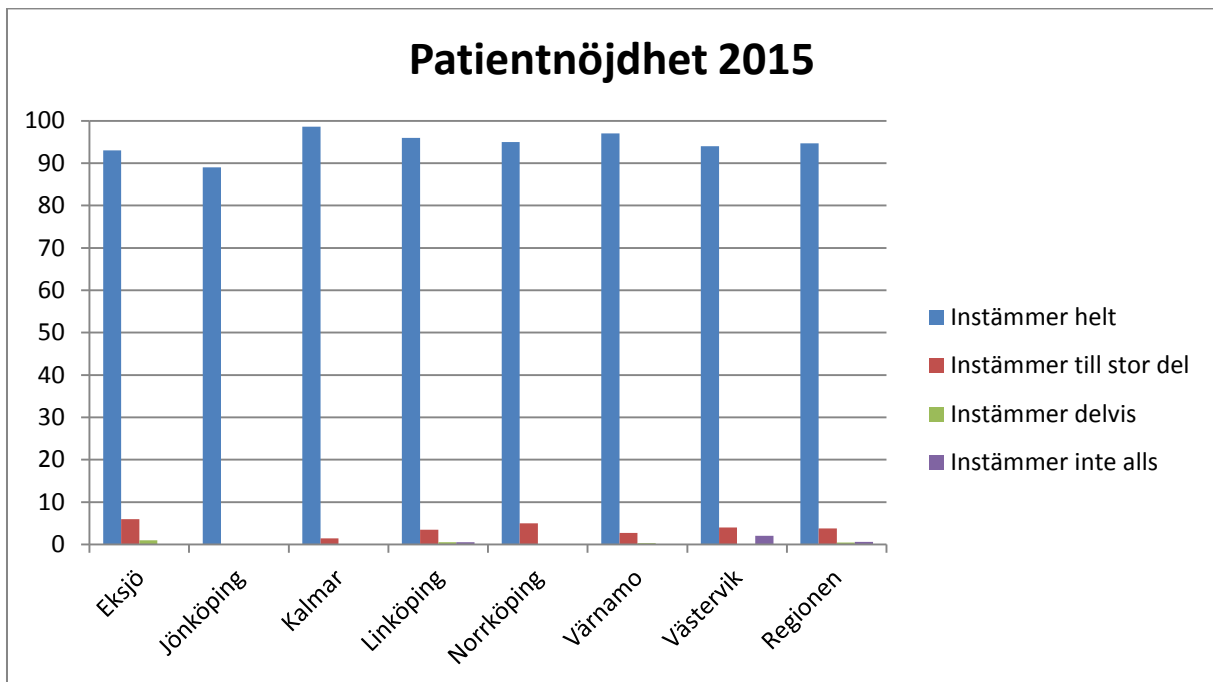
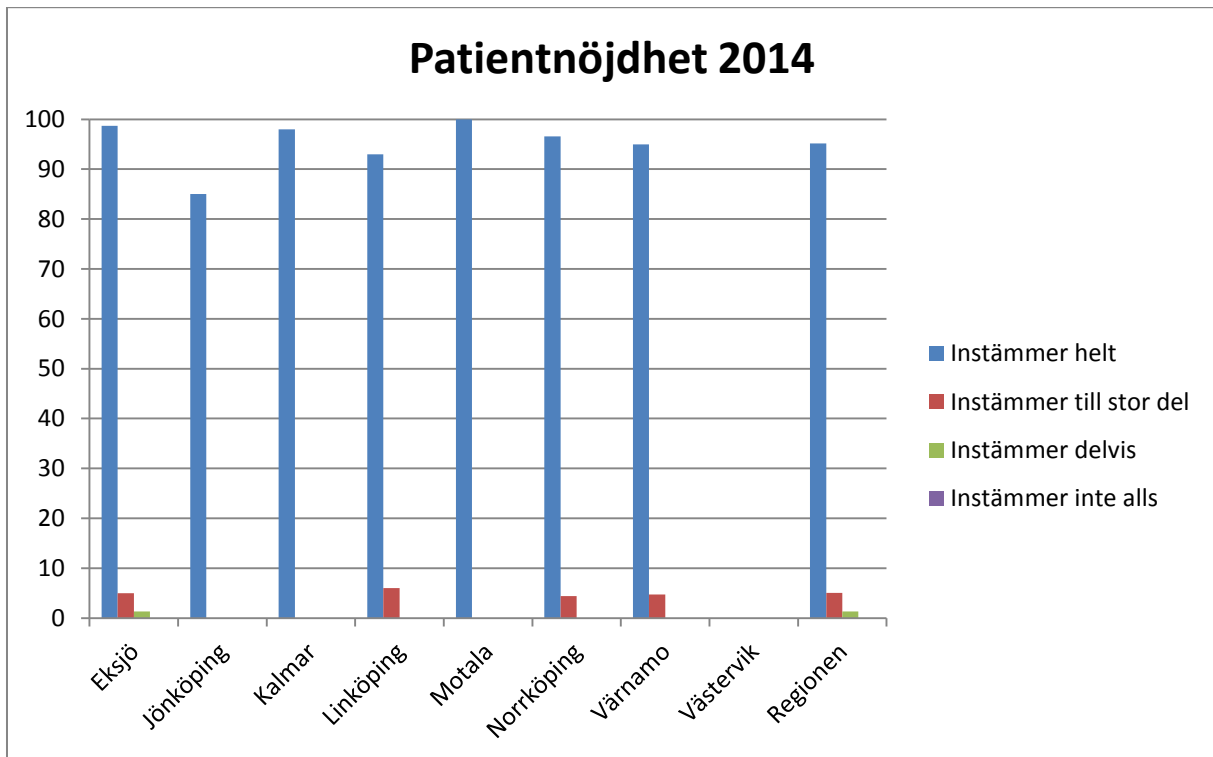
Sydöstra sjukvårdsregionens årsrapport:

www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/prevention-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/sydost/kvalitetsregister/kvalitetsrapporter/arsrapport_2015_sydost.pdf

[Årsrapport från Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention \(NKCx\)](http://nkcx.se/templates/rsrapport_2016_v2.pdf)
http://nkcx.se/templates/rsrapport_2016_v2.pdf

Mätning av patientnöjdhet inom Mödrahälsovården





För att mäta patientnöjdhet har en enkät delats ut till patienter inom regionens mödrahälsovård (prevpatienter, GCKpatienter och gravida) under 2014 och 2015. Data från Jönköping är



hämtat ur patientnöjdhetsenkäten Europep. Patientnöjdheten i regionen ligger stabilt på en hög nivå och regionens mödrahälsovårdsläkare anser inte att det är av värde att fortsätta mäta denna parameter utifrån nuvarande frågeformulär. Således ha det beslutats att invänta statistik från nationella graviditetsregistret, där patientnöjdhet kommer att rapporteras direkt till registret och jämföras från år till år.