

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2016

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 2016 års rapport baseras på uppgifter framtagna ur graviditetsregistret, obstetrixliggaren 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 av graviditetsregistret. Historiska data är sedan 2015 utbytta jfr med tidigare rapporter, då all data genererats centralt där källan är graviditetsregistret.

I regionen fanns i början av 2016 en privat enhet med landstingsavtal för mödrahälsovård. Resultaten för Lovisamottagningen AB i Norrköping är ej redovisade i rapporten.

År 2016 förlöstes 12332 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa följdes 97% (11969 inskrivna) upp på regionens mödrahälsovårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 95,8-97,8 %. 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:

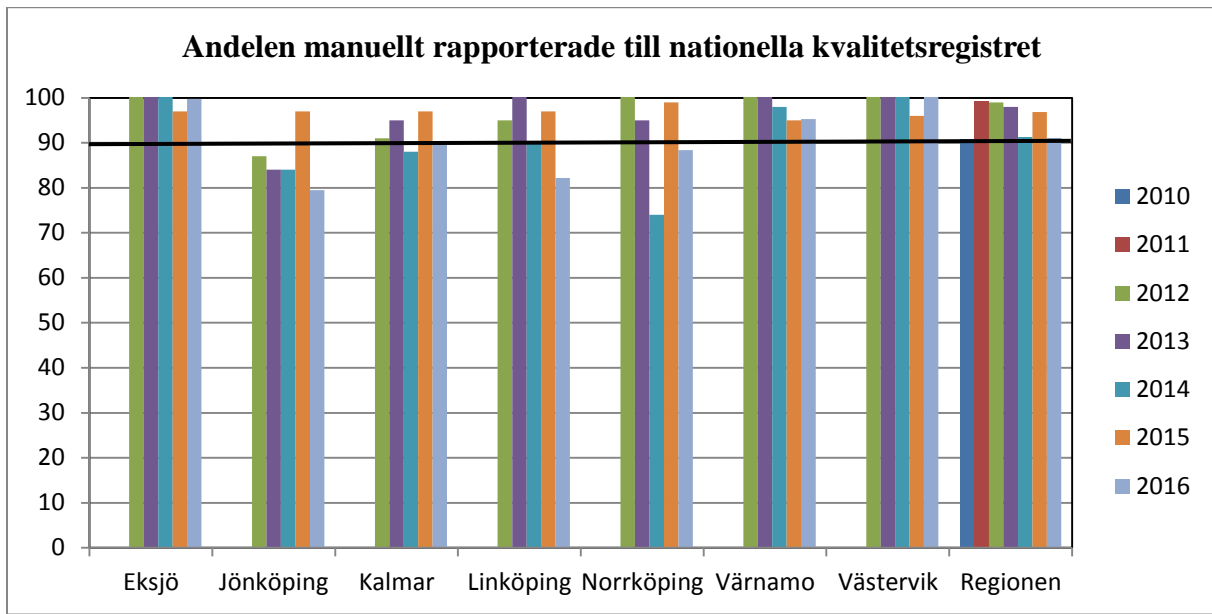
Mödrahälsovårdsöverläkarna i regionen:

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

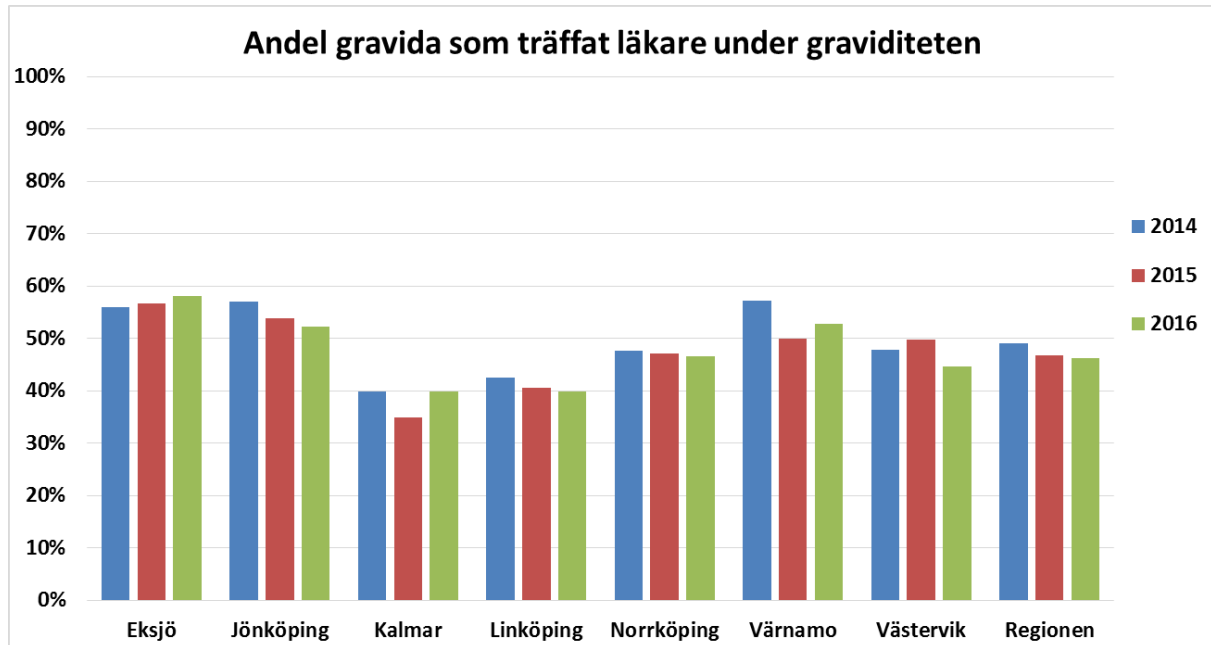
Hälsovård i samband med graviditet



Målvärde 90%

Källa: Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. 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. Från och med år 2016 sker överföring av data till graviditetsregistret både manuellt och automatiskt från den gravida kvinnans journal i Obstetrix. Det är av vikt att inmatningen är korrekt varför vi från och med denna rapport redovisar andelen manuellt rapporterade till registret.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad

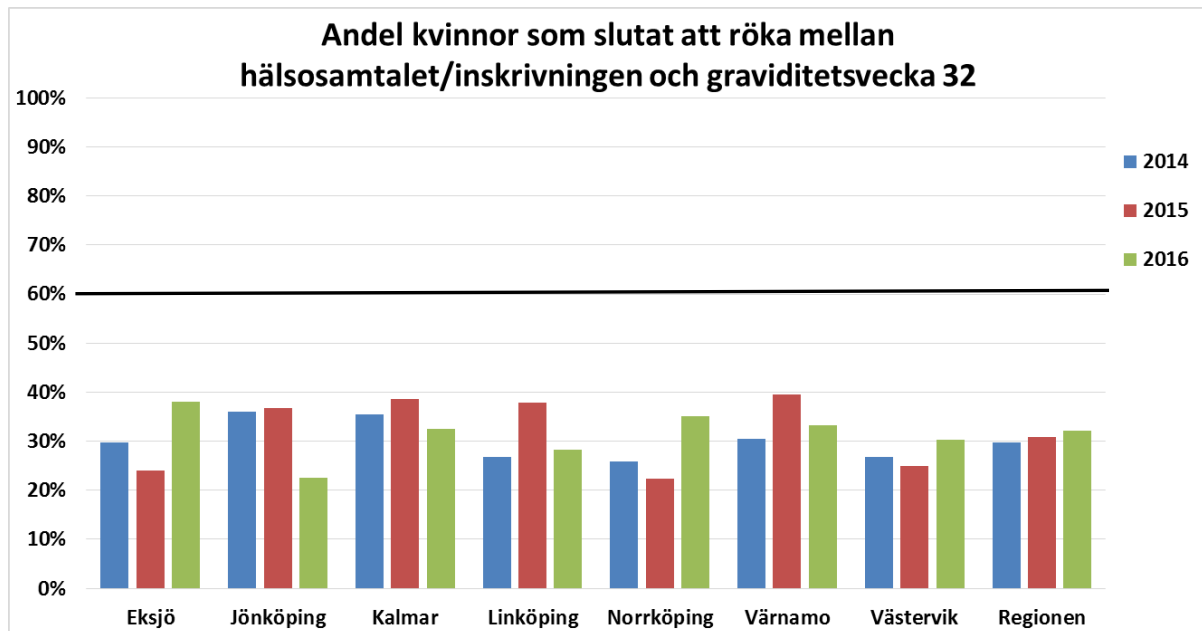
Tidigare år har vi undersökt medelvärdet av antal besök hos barnmorska under graviditeten. Mätningarna har varit konstanta över flera år vilket visat en stor följsamhet till det nationella basprogrammet.

Sedan 2014 har vi istället valt att titta på antal besök till läkare.

Fyrtiosex % (39,8-58,2%) av de gravida i regionen hade läkarbesök under sin graviditet.

Resultatet kan vara beroende av vårdtyngd / hur svårt sjuka patienter vi handlägger inom kvinnohälsan. Tillgängligheten till läkartider påverkar. Hur organisationen är uppbyggd kan också påverka resultatet ex. diskussion om patienten istället för personligt besök så kallade ”konsultbesök”.

Nästa år har vi tänkt att mäta antal konsulter /antal inskrivna.



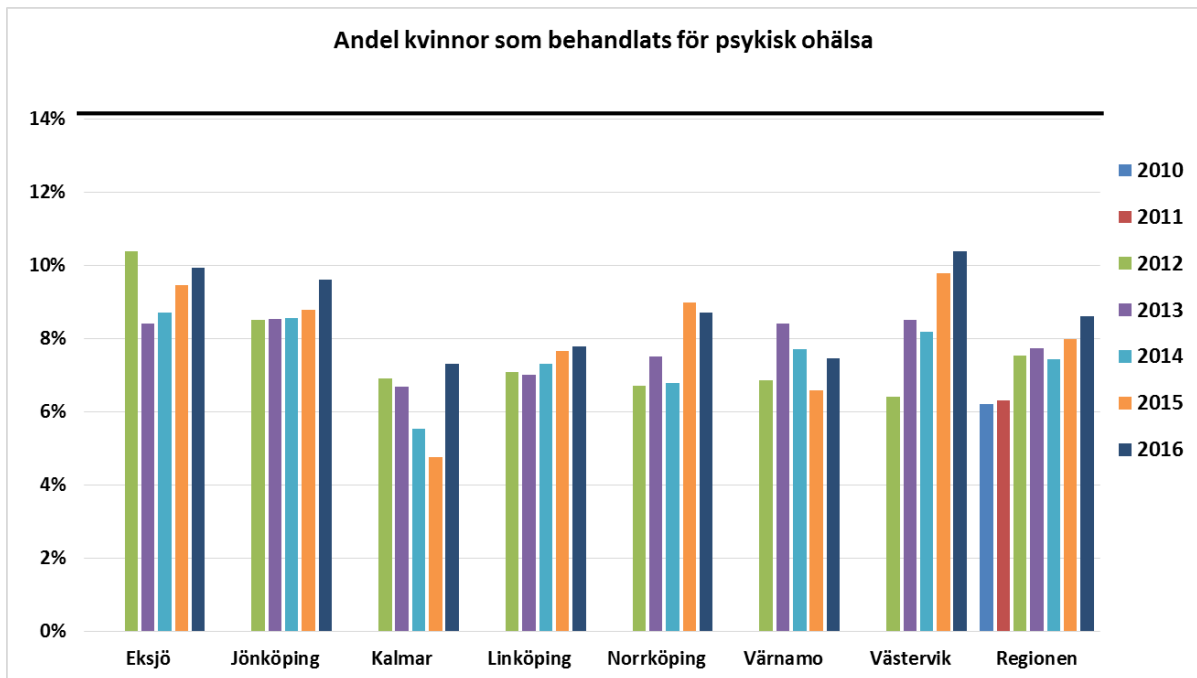
Målvärde 60%

Källa: Graviditetsregistret-automatgenererad

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 mödrahälsovården 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 2015) men är fortfarande vanligast bland de gravida tonåringarna. Kvinnor under 20 år röker i större utsträckning än kvinnor över 20 år. Största andelen som slutar röka, gör det 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% slutar under denna tid.

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.



Målvärde: 14%

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.

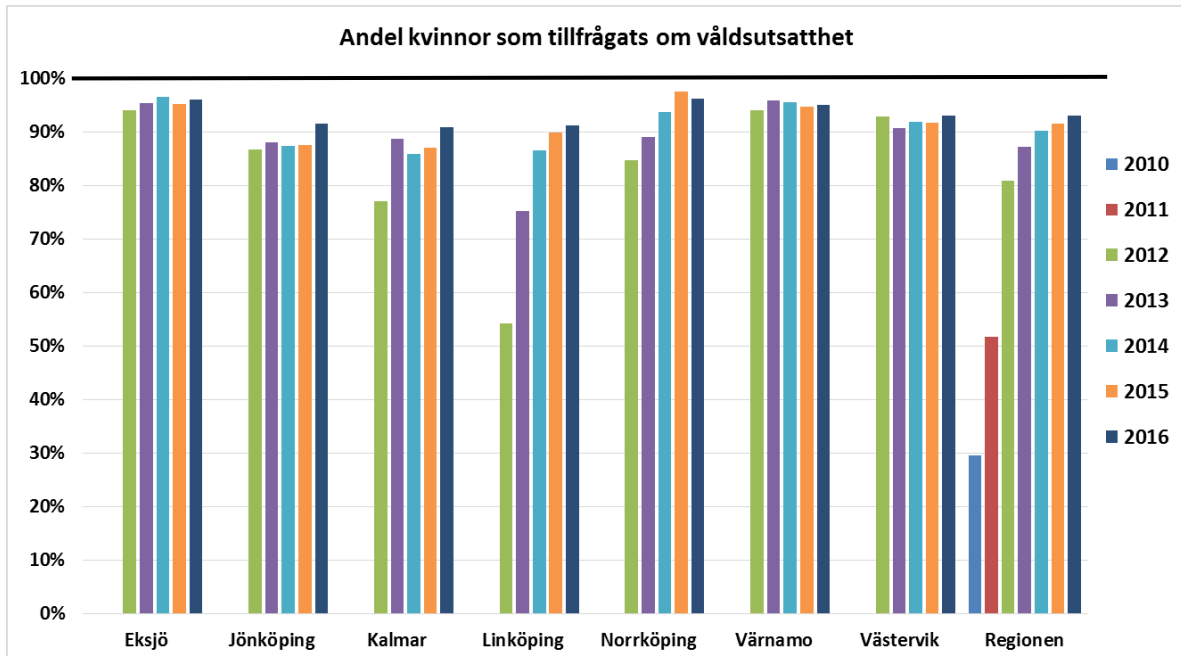
Psykisk ohälsa är bla associerat med försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet.

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 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. Användningen av frågeformulär för att hitta symtom som kan bero på depression/oro sker på olika sätt inom regionen och nya arbetssätt och samarbetsformer har utvecklats de senaste åren.

Behandlingen som avses i denna statistik gäller både medicinsk och psykologisk behandling under graviditeten oavsett vem som är vårdgivare (t.ex. mödrahälsovården, vårdcentralen) eller vem som har initierat behandlingen. Extra stödbesök hos patientansvarig barnmorska ingår dock inte.

Sedan 2006 har allt fler gravida kvinnor erhållit behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet och trenden håller i sig.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad data

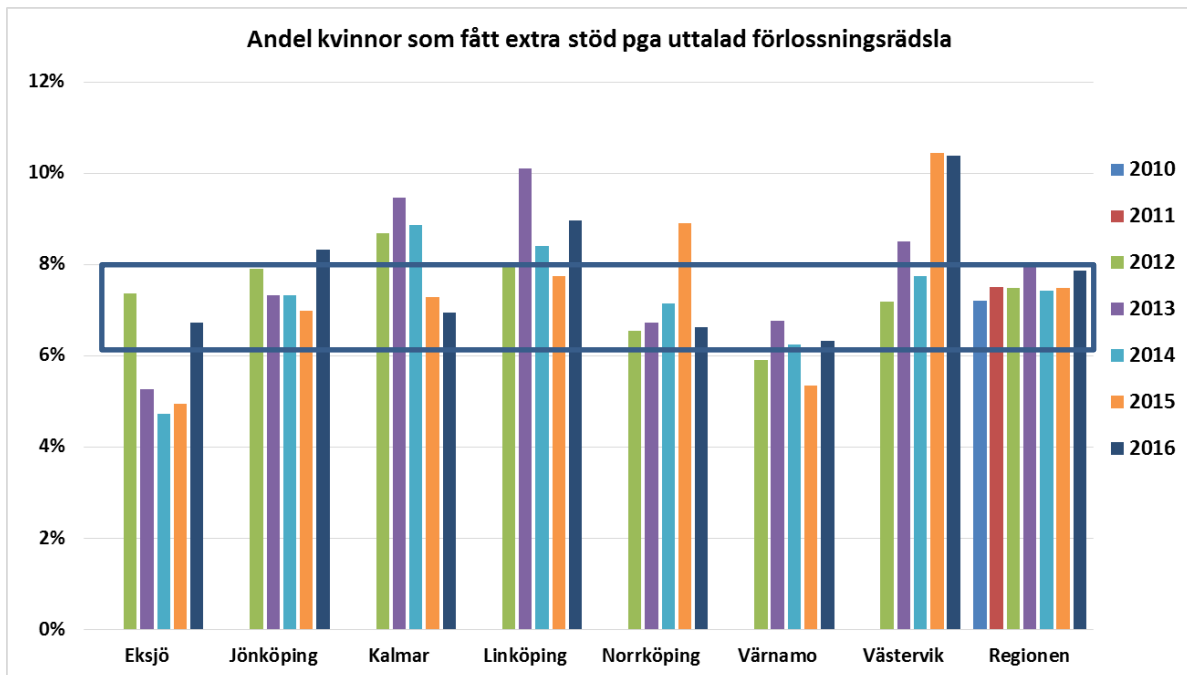
Mål: 100%

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.

Frågan ”Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet?” ingår i anamnesen vid första samtal/inskrivning inom mödrahälsovården.

Målet är att alla inskrivna gravida kvinnor inom mödrahälsovården tillfrågats om våldsutsatthet för att upptäcka behov av stödande 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 drygt 90 % av de gravida kvinnor tillfrågats om våldsutsatthet och trenden visar att allt fler kvinnor tillfrågats för varje år. Målet är att alla kvinnor tillfrågats, dvs 100%.



Målvärde 6-8 %

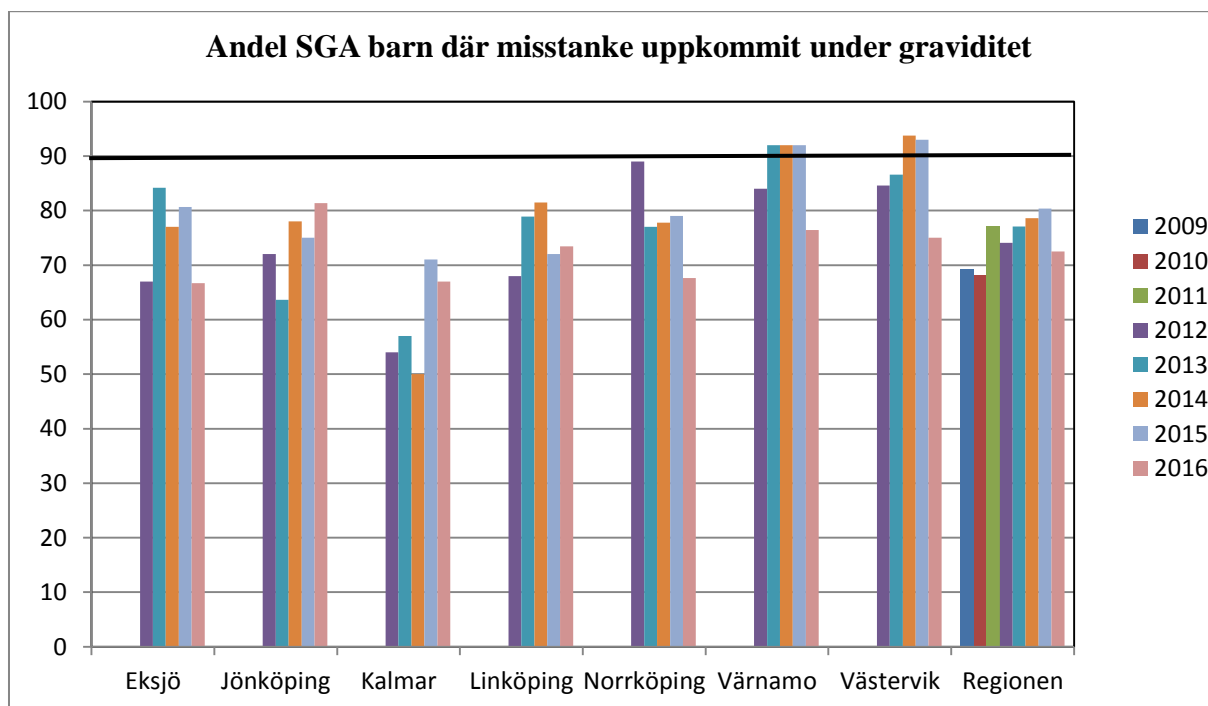
Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data.

Mödrahälsovårdens ska erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor, individanpassat, för att gynna anknytning och förlossningsupplevelse.

Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på Mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, som förekommer hos 6-8% av alla gravida, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2016 fick 7,8 % av gravida kvinnor i regionen extra stöd pga. förlossningsrädsla. Samtliga värden runt det föreslagna målvärdet. I län där siffrorna förändrats kan man fundera över tillgång till stöd och remitteringsförfarande samt hur man skiljer på lätt/måttlig och svår förlossningsrädsla.

Förlossningsrädsla är vanligare hos omfödreskor. Vi väljer att fortsätta följa stödåtgärder till hela gruppen förlossningsrädda gravida, för att bevaka såväl arbetsbelastning som att det erbjuds adekvat och jämlik vård.



Målvärde 90%

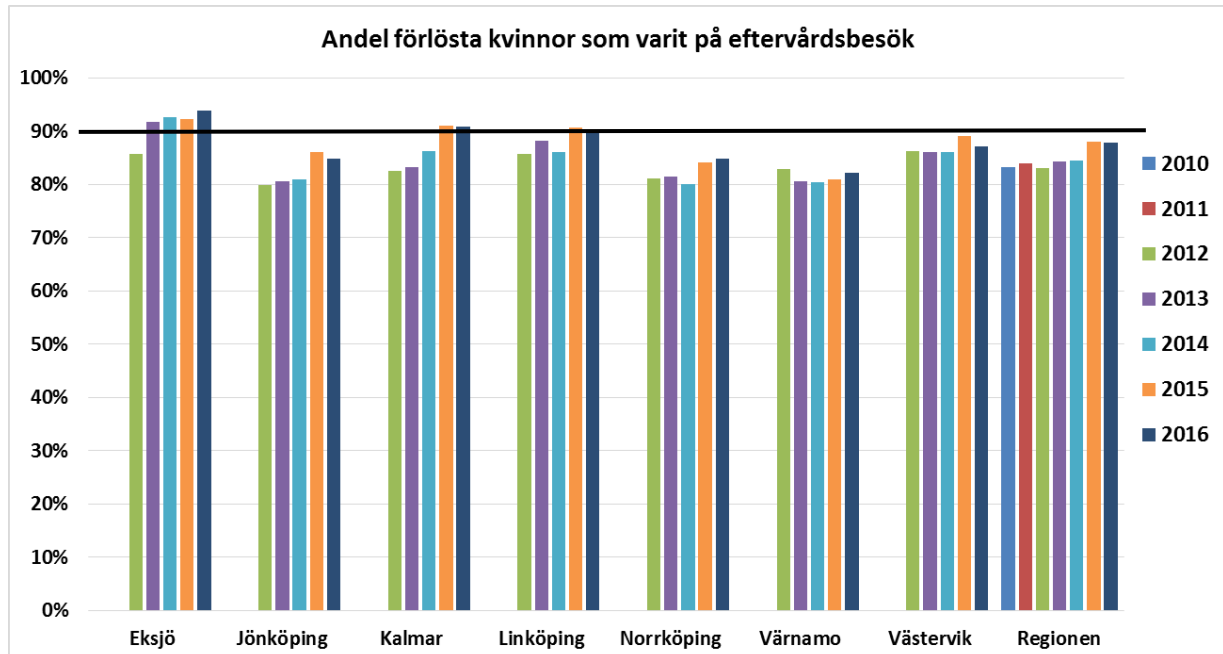
Källa : Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P050 vid födelsen

Antal födda SGA barn/ antal upptäckta

| | Eksjö | Jönköping | Kalmar | Linköping | Norrköping | Värnamo | Västervik |
|------|-------|-----------|--------|-----------|------------|---------|-----------|
| 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 |
| 2016 | 36/24 | 43/35 | 15/10 | 49/36 | 34/23 | 17/13 | 12/9 |

Ultraljudsundersökning skall ha föranletts vid misstanke om tillväxthämning. Detektion av SGA är ett mått på kvalitén inom mödrhälsovården. SGA- barn (small for gestational age/längd) definieras som vikt <-2SD för graviditets-längden. 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. Den regionala MHÖL gruppen har arbetat för att gemensamt definiera olika riskfaktorer/tillstånd för att upptäcka IUGR/SGA under graviditeten. Vi går även igenom de journaler där SGA inte upptäckts under graviditeten. Nästa år granskar vi i vilken grad vi upptäcker de extremt underviktiga, barn med vikt <-3 SD.

Inom regionen hade misstanke om SGA uppkommit i 72% (67-81%) av graviditeterna.



Målvärde 90%

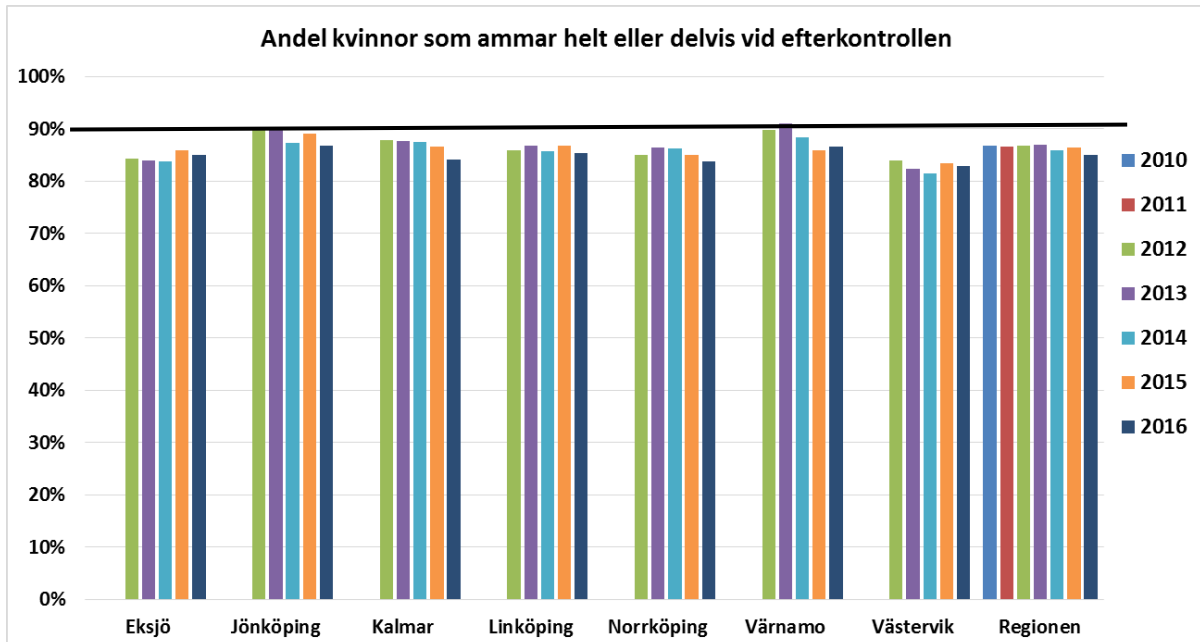
Källa: Graviditetsregistret automatiskt. År 2009-2011 togs statistiken från obstetrixliggaren.

Efterkontroll erbjuds alla förlösta kvinnor oftast inom 4-16 veckor postpartum. Detta besök är en uppföljning av kvinnans situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. Besöket innefattar genomgång av förlossningen, 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.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen kom 87,9 % (82-93%) på efterkontroll.

Sammanfattningsvis har 2/7 orter nått vårt målvärde. 1/7 orter har under 2017 ökat sin efterkontrollsfrekvens jämfört med 2015.

Vi har i den regionala gruppen varit bekymrade för att för låg andel kvinnor kommer på efterkontrollen. Diskussioner har förekommit om olika förslag för att öka besöksfrekvensen av de patienter som verkligen behöver komma. Kan vi individualisera vården? Kan flerföderskor med normalförlossning utan bristningar, erbjudas telefonuppföljning istället för besök?



Målvärde >90%

Källa: Graviditetsregistret from 2015. (Tidigare år 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.

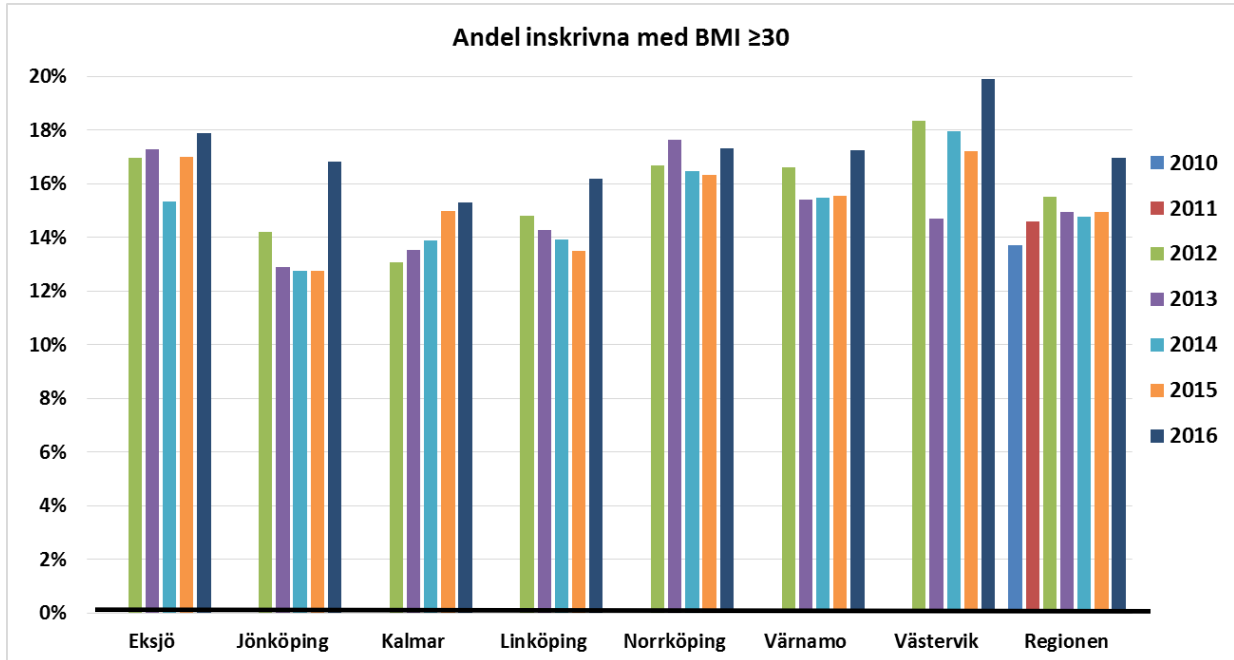
Den nära kontakten vid amningen kan underlätta god anknytning. Förutsatt att det inte finns något som hindrar amning är bröstmjölken det bästa alternativet för spädbarnet.

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

Förbättringspotential

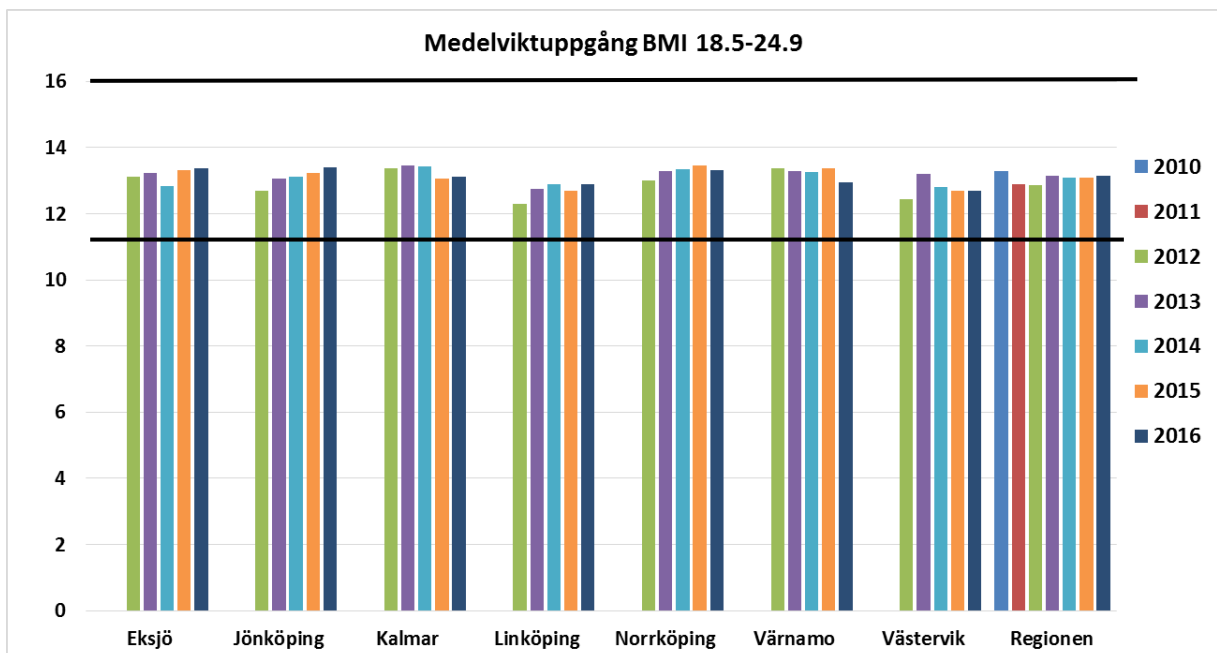
Målet är att 90% ammar vid efterkontrollen. I vår region har amningsfrekvensen legat stabilt kring drygt 80% alltsedan 2009. Året siffror visar att amningsfrekvensen vid efterkontrollen ligger mellan 82-86 %.

Dock saknas data för de kvinnor (ca 12 % av de förlösta) som inte kommer på efterkontrollen. 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.



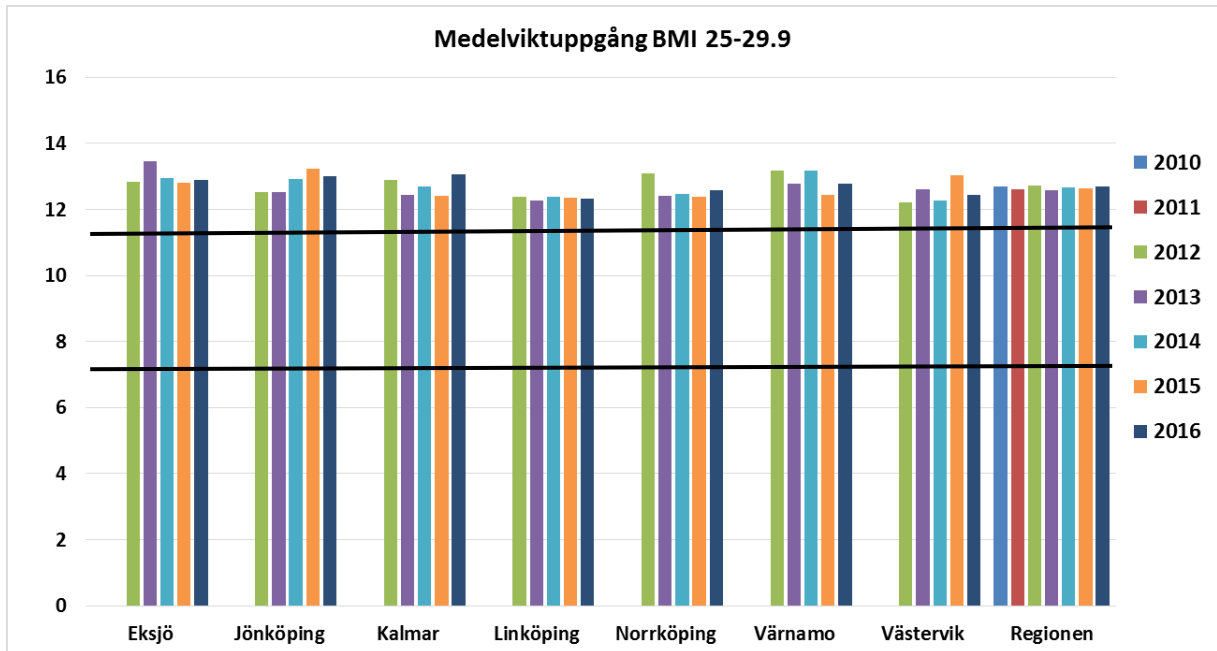
Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



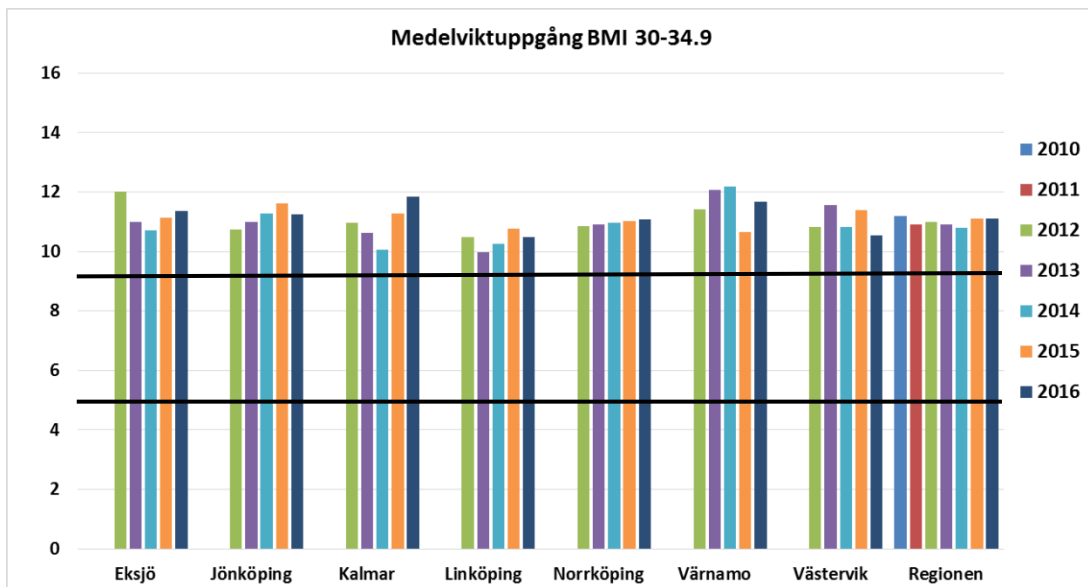
Målvärde: 11,5-16 kg

Källa: Graviditetsregistret MHV2 (första- sista vikten)



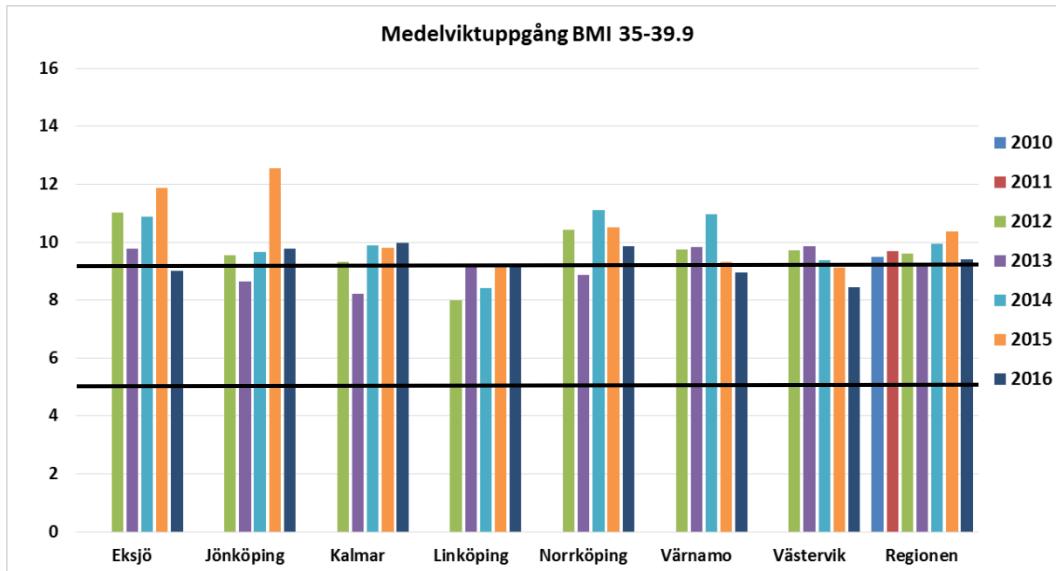
Målvärde: 6,8-11,4 kg

Källa: Graviditetsregistret



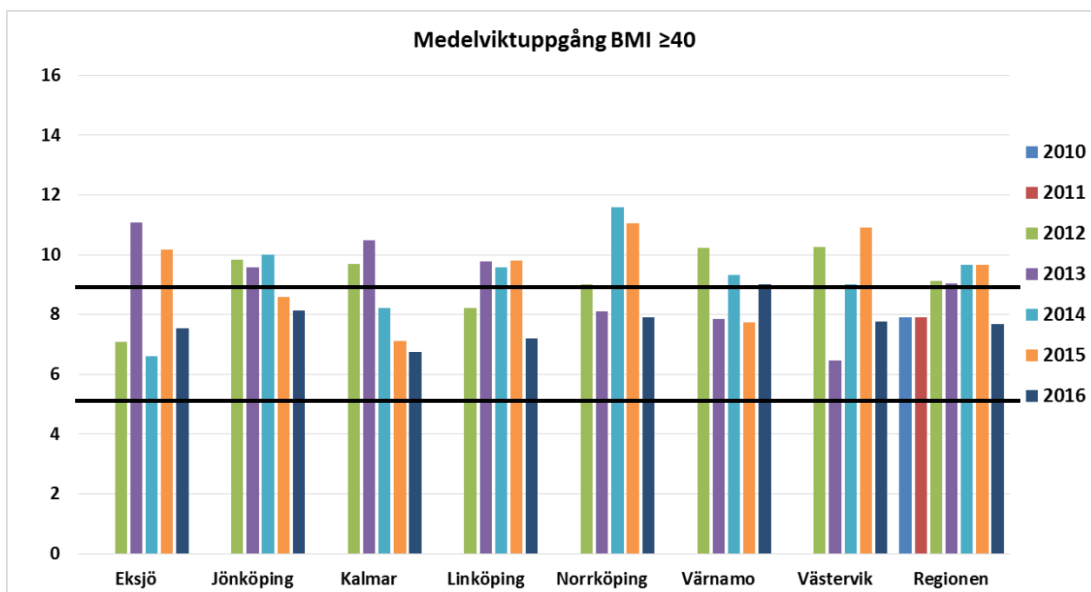
Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad I

Källa: Graviditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad II

Källa: Graviditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad III

Källa: Graviditetsregistret

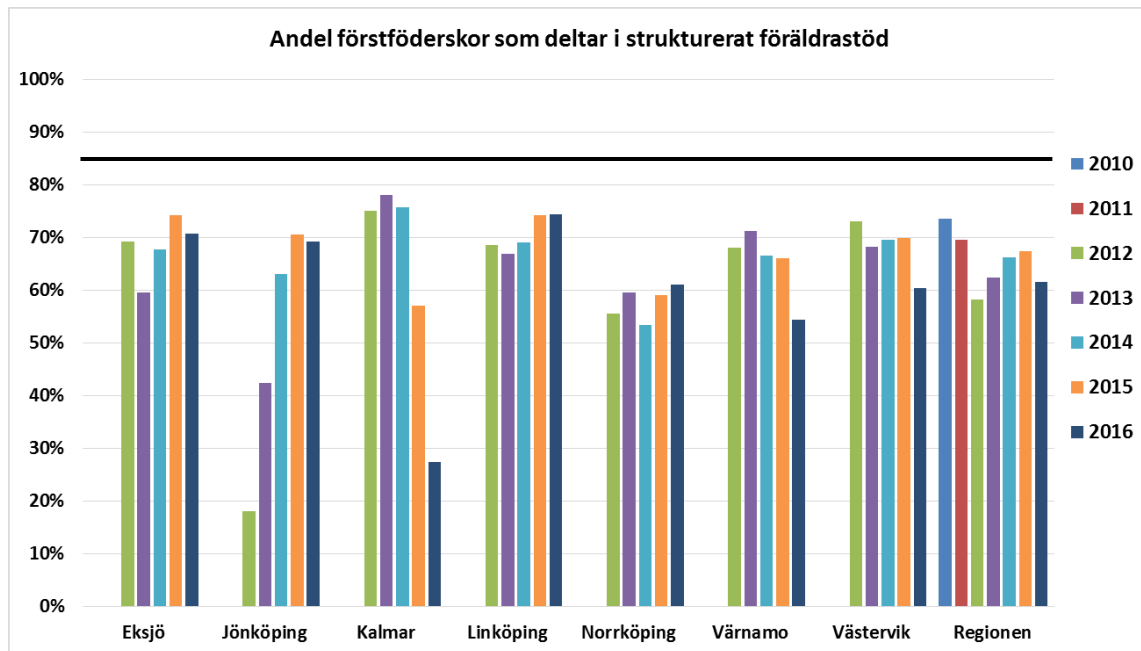
Den gravida kvinnans vikt kontrolleras enligt mödrahälsovårdens basprogram vid inskrivningen, i graviditetsvecka 10-14, 25, 32, 37 och vid efterkontrollen. Body Mass Index (BMI) skall räknas ut vid inskrivningen samt på efterkontrollen och kvinnan informeras om resultatet. Fetma definieras som $BMI \geq 30$ och utgör en medicinsk riskfaktor 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

Även viktökning under graviditet hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditetsutfall. Viktuppgång under graviditet i olika BMI klasser speglar mödrahälsovårdens arbete med att försöka förhindra ogynnsam och alltför stor viktuppgång under graviditet.

Inom regionen hade 17% fetma vid inskrivningen jämfört med 13,2% av de gravida i hela riket. Inom gruppen med normal vikt och fetma grad III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I grupperna med övervikt och fetma grad I- II överstiger viktuppgången den rekommenderade viktuppgången på samtliga enheter i regionen. I regionen bedrivs särskilda projekt för feta gravida och åtgärder mot detta mycket angelägna medicinska problem fortsätter.

Framtida planering: Data på andelen i resp viktklass som går upp över rekommenderad nivå skall efterfrågas till nästa års rapport.



Målvärde 85%

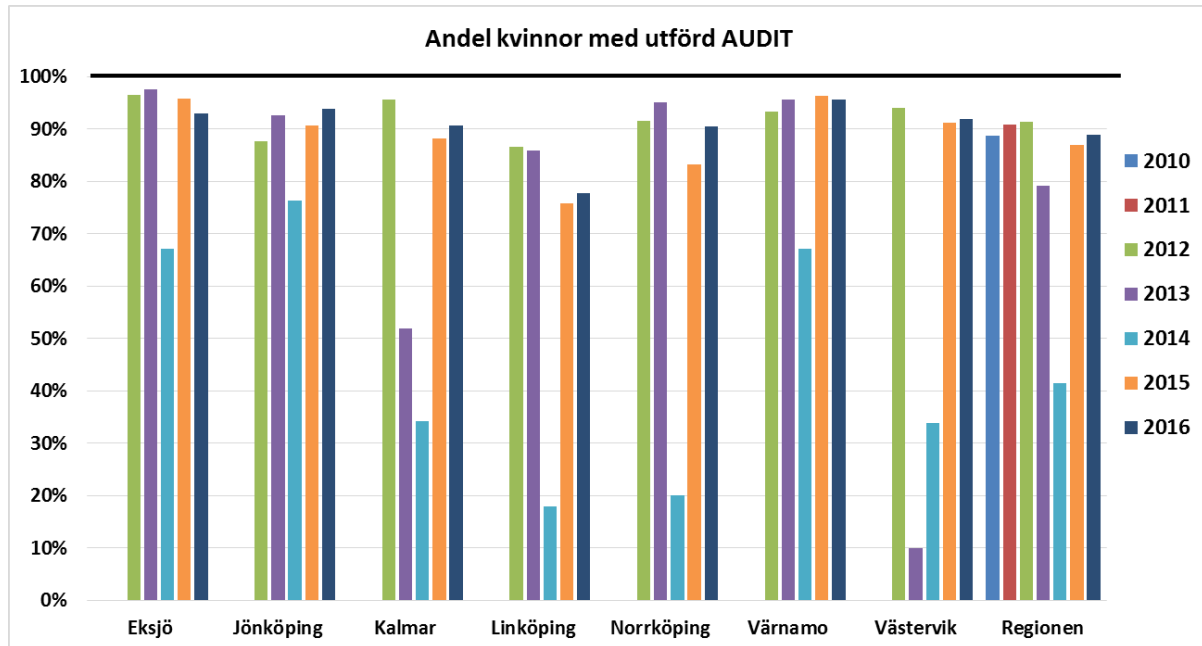
Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data

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. Med strukturerat föräldrastöd avses en sammanhållen grupp som träffas vid ≥ 2 tillfällen. En av aktiviteterna kan vara deltagande i storgrupp/aulaföreläsning.

Inom regionen pågår förändringar i föräldrautbildningen för att utforma den efter enhetens behov och resurser. Genom förändring i föräldrastöd är målsättningen att deltagandet skall öka.

Inför nästkommande rapport kommer vi jämföra deltagande mellan individer med ursprung Sverige, övriga Europa respektive övriga världen.

Andel som screenats för Audit



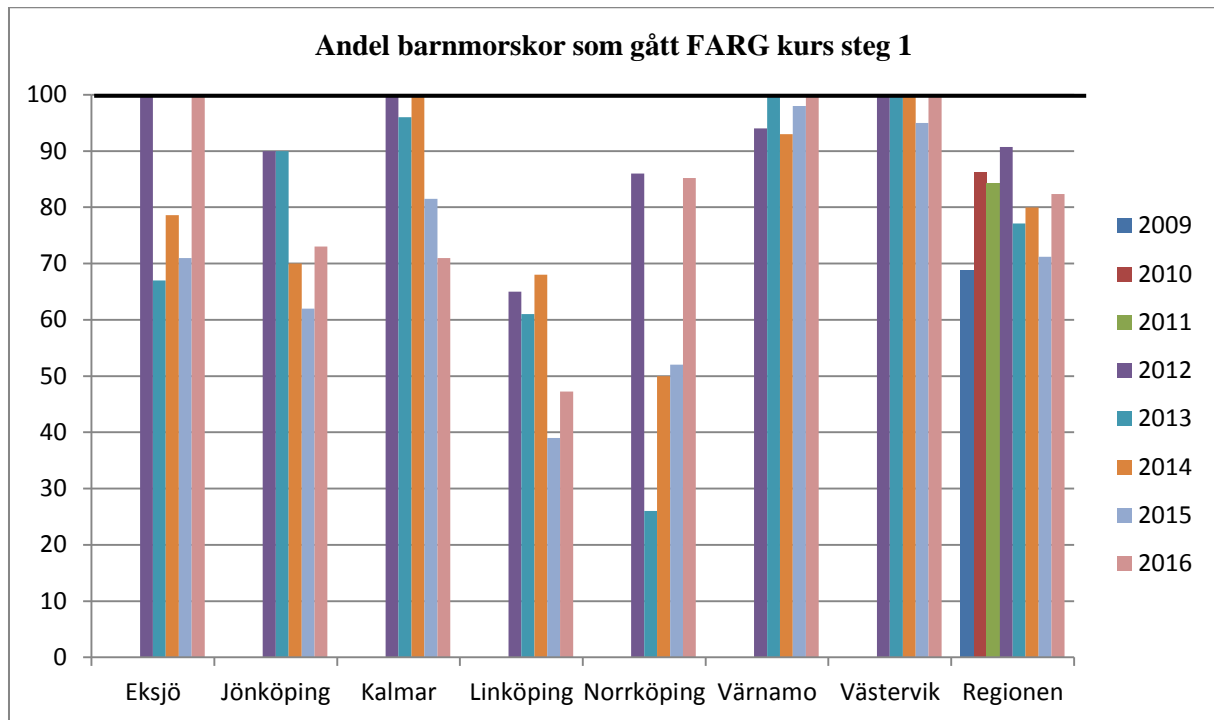
Målvärde 100%

Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data

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. Vi har bra siffror i regionen, och fortsätter att bevaka att AUDIT sker.

De år med lägre siffror har osäkra data, då det inte fanns tillgång till full registerdata

Familjeplanering



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

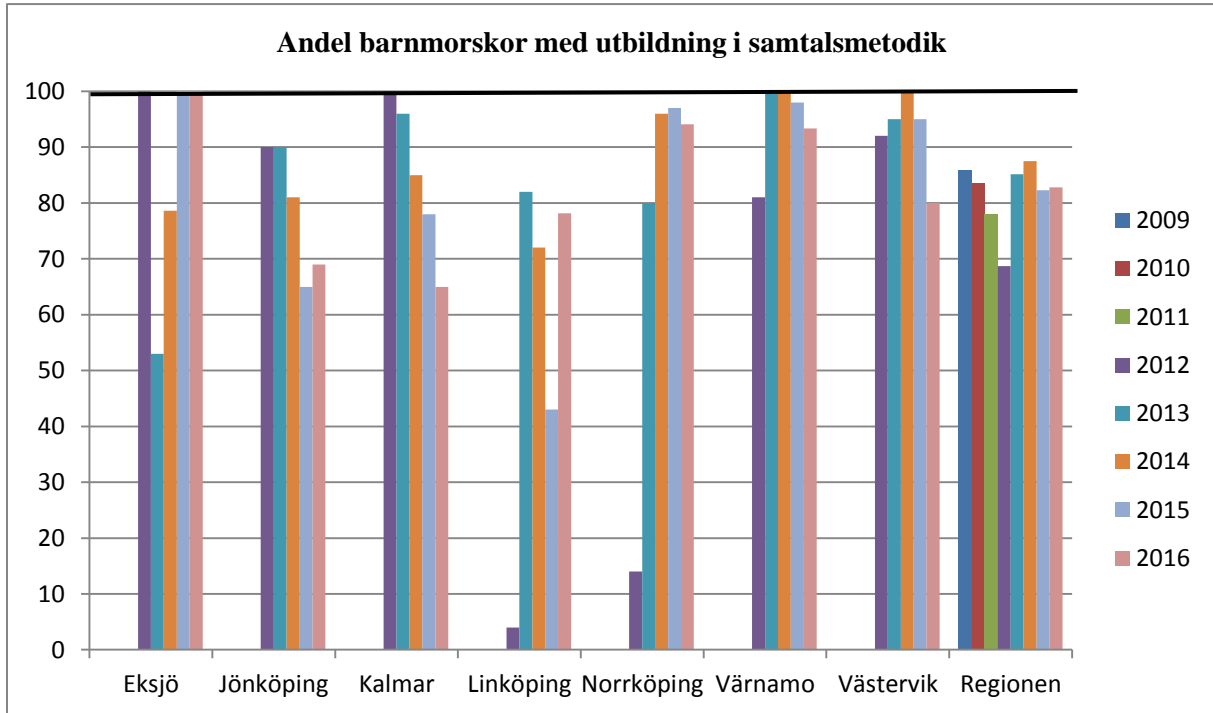
Källa: Lokal inrapportering av egna data

Genomgången FARG kurs används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

2016 hade 82 % (47 – 100 %) av barnmorskorna i regionen aktuell FARG steg I. Det är en högre utbildningsgrad än föregående år beroende på utbildningsinsatser i regionen. Fortfarande ligger Linköping på efterkälken, även om nivån där är på väg upp. Vi fortsätter bjuda in över länsgränserna då utbildningstillfällen ges, för att ytterligare höja kompetensen.

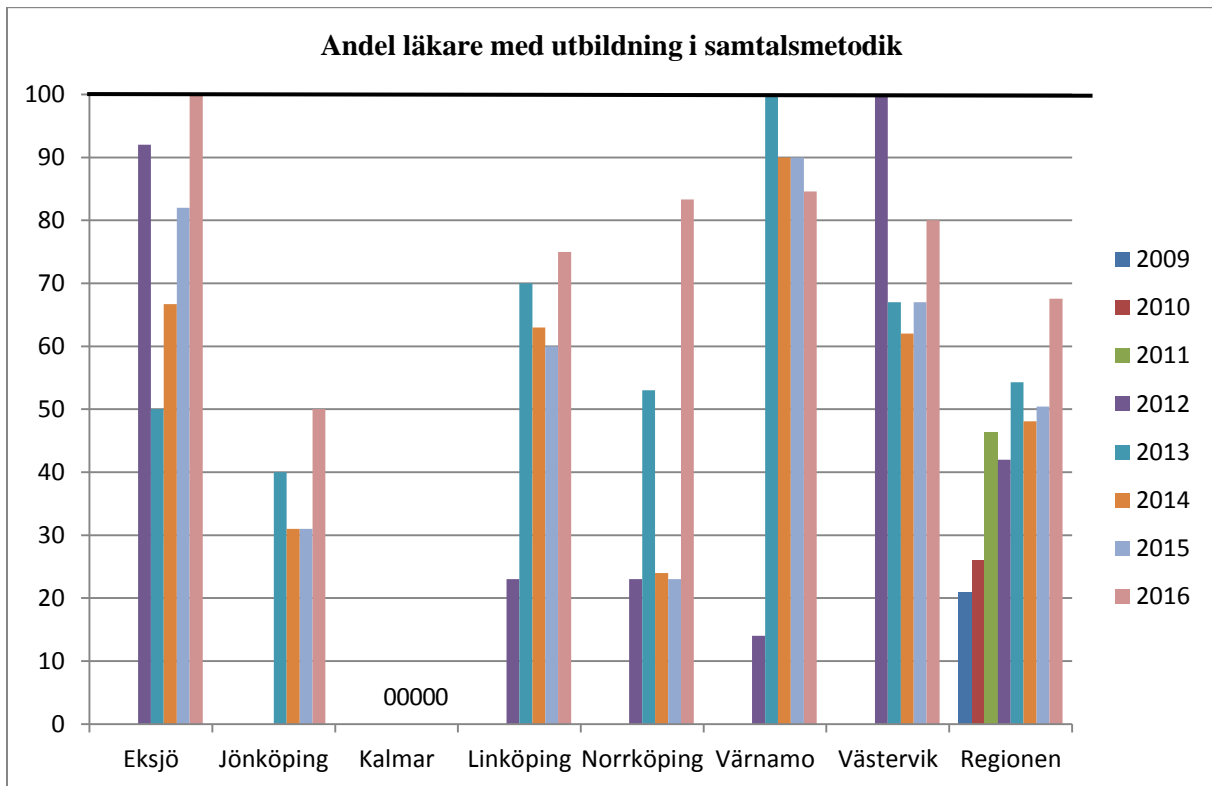
Ett ytterligare sätt att höja kunskapsnivån inom preventivmedelsrådgivning är att på barnmorskemottagningarna införa återkommande ”prevtest”, web-baserad nationell utbildning via SLL, och mäta andelen barnmorskor som årligen genomfört test. Kanske något till kommande årsrapport?

Ökad andel LARC-förskrivning (*Long Acting Reversible Contraceptives*) är fortsatt eftersträvansvärt – även om vi inte funnit någon standardiserad mätmetod för detta, och har svårt att få fram data på LARC till rapporten.



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

”Motiverande samtal” (MI, evidensbaserad samtalsmetodik) används inom mödrahälsovården för att främja förändring i livsstil.

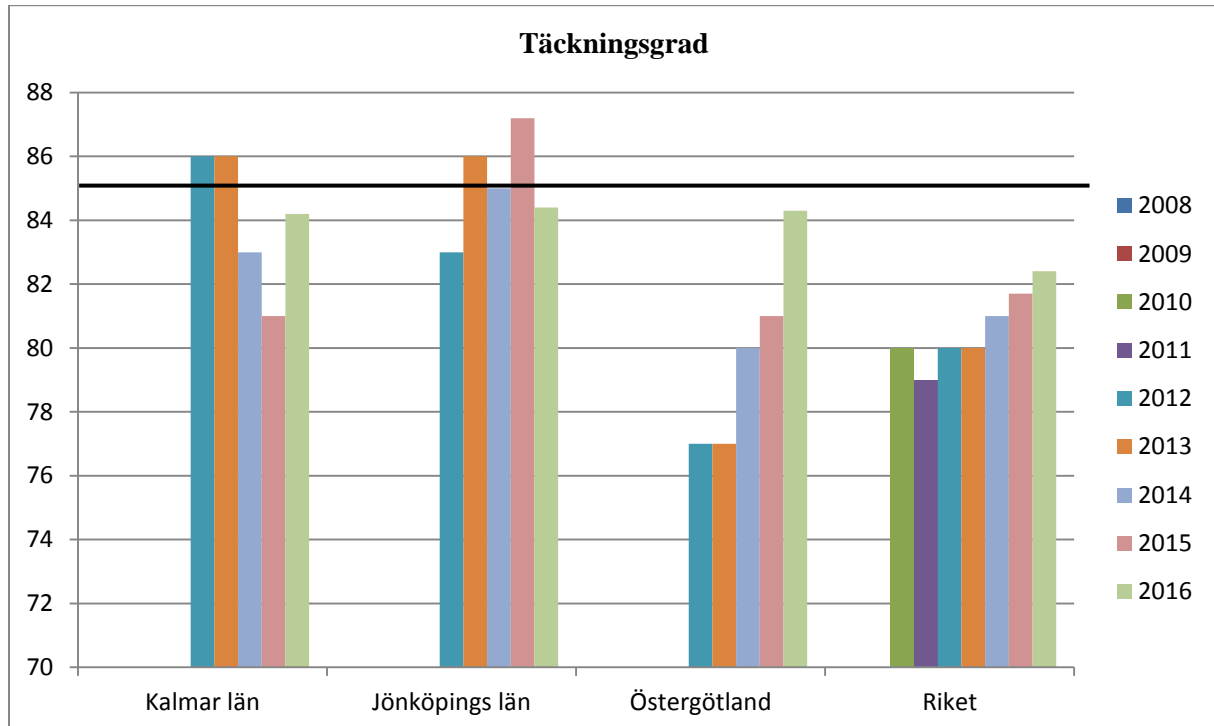
Vi anser det viktigt att alla barnmorskor och läkare som har MHV har MI. Egentligen helt oundgängligt i hela vårdkedjan. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt.

I regionen har 83 % (65-100%) av barnmorskorna och 68 % (0-100%) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en ökning jämfört med föregående år, vilket är glädjande.

I de områden en minskning ses från tidigare hög andel utbildade MI-utbildade barnmorskor, finns förklaringen i nyanställningar. Där det är en ständig brist på MI-utbildade läkare är orsaken låg prioritet i verksamhetsledning, resurser och/eller kursutbud.

Vi fortsätter till kommande år mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har nyligen genomgången eller upprepade utbildning i samtalsmetodik (< 5 år sedan).

Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa NKCx statistik

Screening för livmoderhalscancer och dess förstadier pågår sedan ca 50 år och under den tiden har incidensen av livmoderhalscancer sjunkit med nästan 70%.

Högt deltagande är den viktigaste faktorn för framgång i screeningprogrammet.

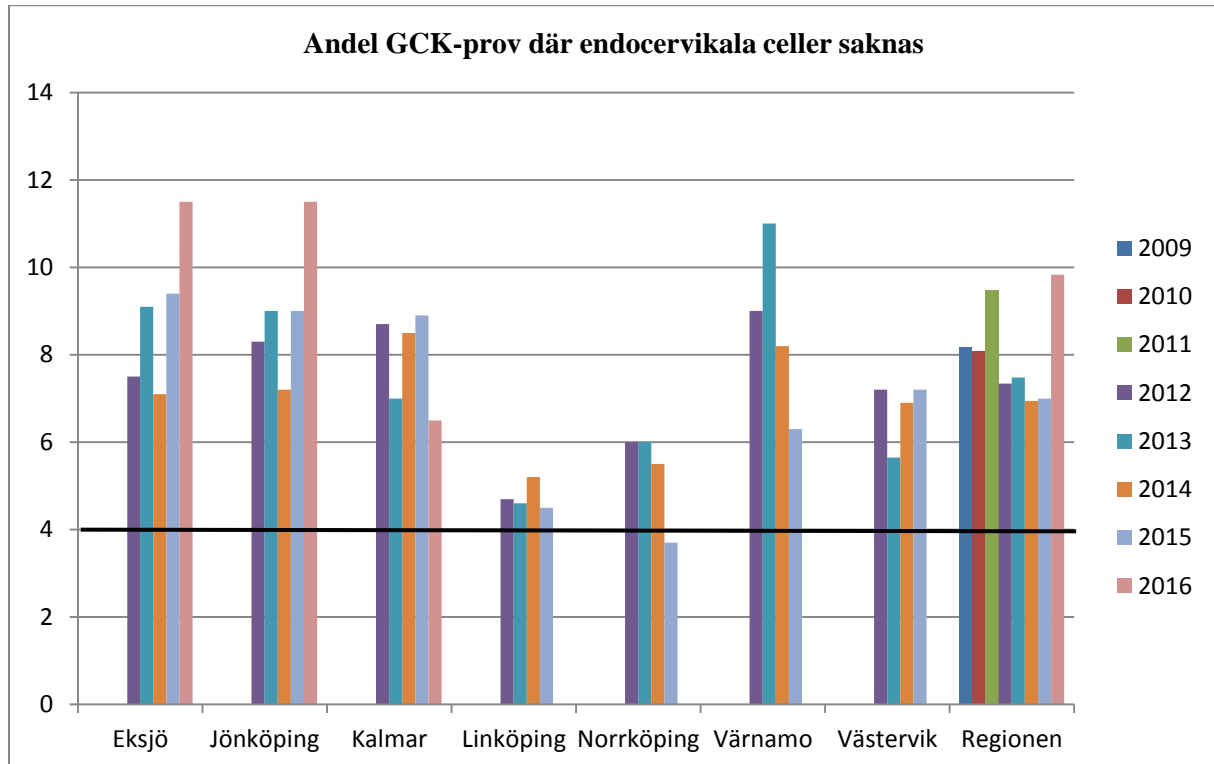
Täckningsgraden avspeglar deltagandet i gynekologisk cellprovskontroll de senaste 3,5 åren för kvinnor 23-50 resp. senaste 5,5 åren för kvinnor 50-60år. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas.

Sedan 2012 pågår regiongemensamt arbete för cervixcancerprevention. Gemensamt vårdprogram och anslutning till vårdstödet Cytburken ger oss möjlighet att erbjuda kompletterande cellprov samt återför aktuella data i screeningprocessen till oss vårdgivare för att förbättra täckningsgraden.

Det av EU rekommenderade målvärdet är 85 %. Ingen av oss når dit men alla ligger glädjande nog över 84%.

Förbättringspotential:

Under kommande år kommer regionen succesivt gå över till nytt nationellt vårdprogram med HPV som primärscreening för kvinnor >30 år. Att komma upp till den rekommenderade täckningsgraden är viktigt men lika viktigt är att den inte minskar då vi går över till HPV som primärscreening.



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 4,9 % och 11,5%. Genomsnitt i regionen 7,5% Genomsnittet i riket ligger på 8,8 %.

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

Förbättringspotential:

Målvärde för i år var ändade till <4% andel prover där endocervikala celler saknas.

Inför införandet av HPV som primärscreening är det viktigt att veta att provtagning sker korrekt då denna parameter inte kan kontrolleras i samma utsträckning vid analys av HPV

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