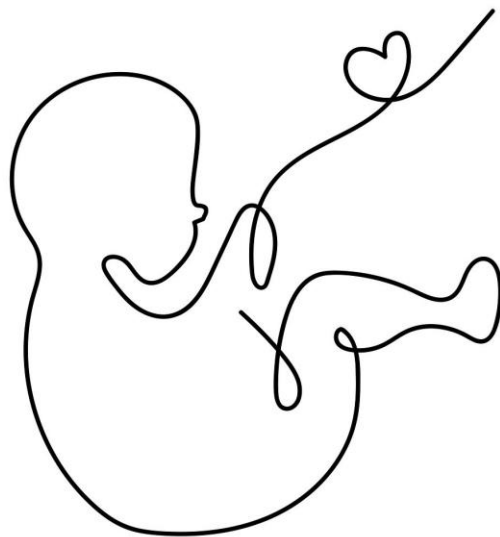


Mödrahälsovården

Statistikrapport 2022



Förord

Under 2022 har Covid-19 avtagit men ändå fortsatt påverkat verksamheten med en rad olika anpassningar och förändringar som följd. För att minska smittspridningen har t.ex. föräldragrupper inte kunnat startats däremot har partner fått vara med på besök. Verksamheten har hela tiden behövt anpassas efter Folkhälsomyndighetens senaste rekommendationer vilket lett till en rad förändringar i riktlinjer och handläggning på mottagningarna.

I årets rapport kan vi se att effekten av pandemin börjar släppa. Trots det är det flera av mottagningarna som inte längre når upp till de mål de tidigare uppnått. Det är svårt att veta orsak till detta. Det kan bero på många nya barnmorskor eller på den stora korttidsfrånvaro som varit. Det som är glädjande i årets rapport är att andelen kvinnor som går in i graviditet med en övervikt eller obesitas inte har ökat sedan förra året.

Vi hoppas på reflektion och dialog kring resultaten i rapporten och att vi tillsammans jobbar vidare på att upprätthålla det vi gör bra och förbättra det vi kan göra bättre för våra gravida, barn och familjer i länet.

Örebro 2023

Mödrahälsovårdsenheten, Region Örebro län

Ann-Christine Nilsson

Mödrahälsovårdsöverläkare

Yvonne Skogsdal

Vårdutvecklare/Samordningsbarnmorska

Ulrika Granbom

MBHV-psykolog

Lina Göthberg

Administrativ sekreterare

Ulrika Palmér

Vik. Samordningsbarnmorska

Sara Wärmström

MHV-dietist

Innehåll

1.	Inledning	5
1.1	Datainsamling	5
2.	Organisation	6
2.1	Mödrahälsovårdsenheten.....	6
3.	Mödrahälsovården i länet	7
3.1	Rapport från 2022	7
3.1.1	Utbildningsinsatser	7
3.2	Kvinnor i fertil ålder i länet.....	9
3.3	Bemanning	9
3.3.1	Barnmorskor.....	9
3.3.2	Läkare	12
3.3.3	Telefontillgänglighet	14
4.	Graviditet och vård efter förlossning	14
4.1	Graviditetsregistret	14
4.2	Basprogram.....	15
4.3	Inskrivningsbesök I.....	16
4.4	Alkohol	18
4.5	Tobak	21
4.5.1	Snus.....	21
4.5.2	Rökning	21
4.6	Inskrivningar	23
4.7	KUB och NIPT	26
4.8	Graviditetskontroller	28
4.8.1	Läkarbesök.....	28
4.8.2	Psykisk ohälsa	28
4.8.3	Psykolog för mödrahälsovård.....	31
4.8.4	MHV/BHV-psykolog	31
4.8.5	Övervikt och obesitas.....	34
4.8.6	Mödrahälsovårdsdietist	37
4.8.7	Preeklampsi	38

4.8.8	Diabetes och graviditet	38
4.8.9	Tyroidesjukdom och graviditet	40
4.8.10	Våld	41
4.9	Kuratorskontakt på kvinnokliniken	41
4.10	Förlossningar	42
4.11	Förlossningskomplikationer	42
4.11.1	Kejsarsnitt	42
4.11.2	Intrauterin fosterdöd (IUFD)	43
4.12	Hemvård/Eftervård	44
4.12.1	Eftervårdsbesök	45
4.13	Föräldrastöd	46
4.14	Amning	46
4.15	Tonårsgraviditeter	47
4.16	Graviditetsenkäten	48
5.	Preventivmedel	50
6.	Uppföljning efter abort	52
7.	STI	53
8.	Gynekologisk cellprovskontroll	55
9.	Utvecklingsområden	56

1. Inledning

Mödrahälsovården är tillgänglig för alla kvinnor under en stor del av deras livscykel vilket innefattar preventivmedelsrådgivning, STI, gynekologisk cellprovskontroll, graviditetsövervakning, föräldrastöd m.m. Det övergripande målet för mödrahälsovården är en god sexuell och reproduktiv hälsa för hela befolkningen.

En god och reproduktiv hälsa beskrivs av WHO som:

- Möjlighet till ett tillfredställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdomar.
- Förmåga till fortplantning.
- Frihet att planera sitt barnafödande.
- Tillgång till effektiva och acceptabla metoder för familjeplanering.
- Tillgång till en god hälso- och sjukvård så att kvinnor kan genomgå graviditet och förlossning i trygghet och att föräldrar ges bästa möjlighet att få friska barn.

1.1 Datainsamling

De uppgifter som finns i denna rapport kommer från:

Obstetrix

Graviditetsregistret

Patologen, Universitetssjukhuset i Örebro

Smittskyddsenheten, Region Örebro län

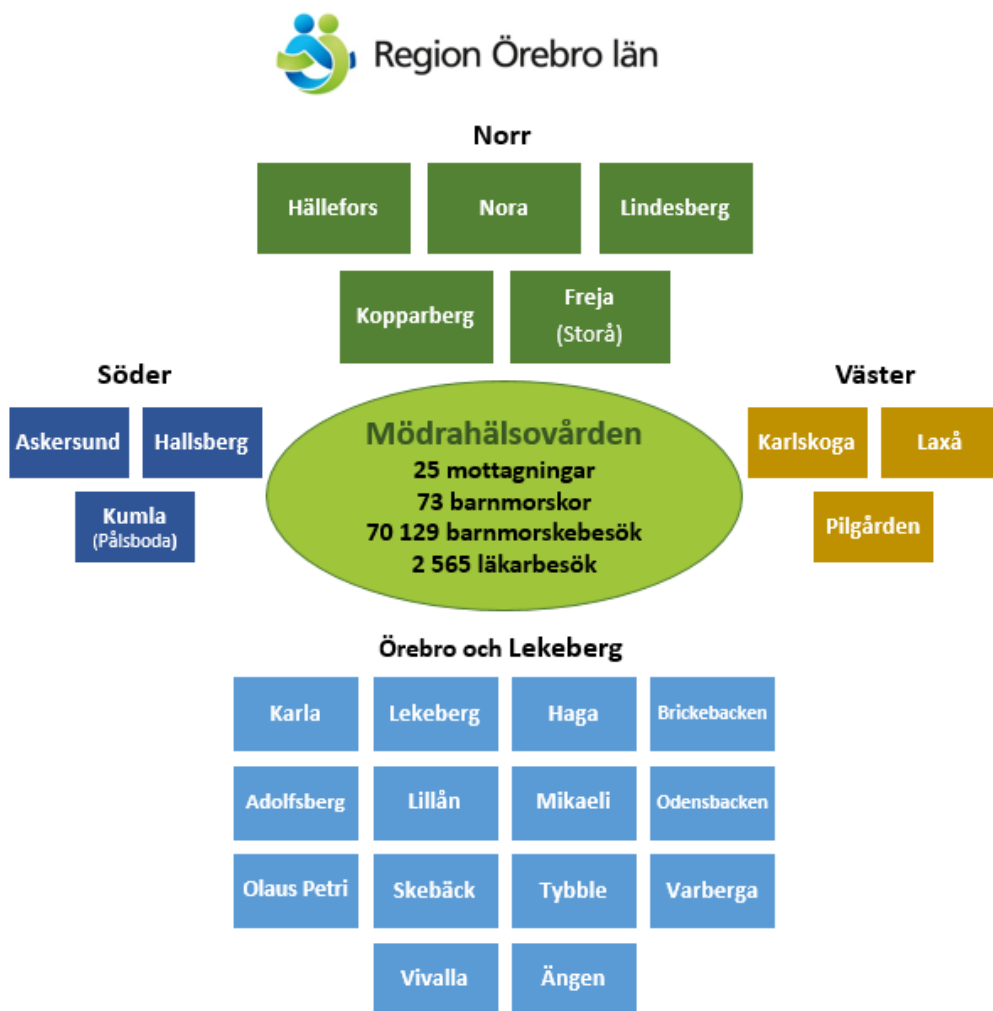
NCS Cross, via Uppföljningsportalen för Region Örebro län

Statistiska centralbyrån (SCB)

Nationella tjänsteplattformen

SFOG

2. Organisation



I Sverige ser organisationen runt mödrahälsovården olika ut. I vårt län tillhör de flesta barnmorskemottagningarna primärvården och mottagningen tillhör en vårdcentral. Det var fyra vårdcentraler som drevs i privat regi vid årets slut.

2.1 Mödrahälsovårdsenheten

Grunduppgiften för Mödrahälsovårdsenheten är att ge stöd till vårdcentralernas barnmorskemottagningar och deras ledning. I stöduppgiften ingår att upprätthålla en löpande verksamhetsdialog, ge stöd till barnmorskemottagningarnas kvalitetsarbete och ge fortbildning. I enhetens uppgifter ingår att:

- upprätta riktlinjer för arbetet inom mödrahälsovården.

- följa utvecklingen lokalt, regionalt, nationellt och internationellt och delta i regionala och nationella träffar/arbeten inom området
- anordna viss utbildningsverksamhet för barnmorskor och mödrahälsovårdsansvarig läkare
- initiera och delvis utföra utvecklingsarbete inom mödrahälsovården
- verka för kontinuitet i vårdkedjan i samband med barnafödande: mödrahälsovård - förlossning - BB - barnhälsovård
- sammanställa och bearbeta statistik och återföra denna till berörda
- delta i kvalitetsarbete
- samverka med olika grupperingar inom och utom Region Örebro län i specifika frågor.

Syftet med Mödrahälsovårdens årsrapport är att redovisa och lyfta fram det viktiga arbete som utförs på barnmorskemottagningarna i vårt län.

3. Mödrahälsovården i länet

3.1 Rapport från 2022

3.1.1 Utbildningsinsatser

Då vi under året inte i samma utsträckning varit tvungna att ta hänsyn till pandemins påverkan kunde de flesta utbildningsinsatser under 2022 återgå till att ske fysiskt på plats. En del utbildningar har också visat sig fungera lika bra digitalt och kommer därför till viss del fortsätta att erbjudas så.

Under året arrangerade Mödrahälsovårdsenheten två mödrahälsovårdsträffar. Mödrahälsovårdsträffarna vänder sig i första hand till barnmorskor och MHV-ansvariga läkare på mottagningarna men också till MBHV-psykologer, kuratorer samt övrig berörd personal inom Region Örebro län.

Årets första träff (digital) arrangerades i februari på temat *Psykiska diagnoser som påverkar graviditet*. Rebecca Rickert-Olsson föreläste under rubriken *Psykiska diagnoser som påverkar graviditet, förlossning och anknytning –Hur kan vi hjälpa utöver det medicinska?*

Den andra träffen som arrangerades i maj berörde flera teman; Samordningsbarnmorska Yvonne Skogsdal föreläste om *Prekonceptionell hälsa och rådgivning*. Gisela Helenius och Lovisa Bergengren informerade om *Självprovtagning i cervixscreeningen*. Jesper Hellberg och Sanna Eriksson från Tobakspreventiva enheten berättade om deras arbete med *Tobaksavvänjning* och Mödrahälsovårdsöverläkare Ann-Christine Nilsson pratade om *Underlivsbesvär*.

Under 2022 arrangerades också fyra utbildningar för nya barnmorskor. En våldsutbildning "*Våld i nära relation*", en utbildning om Fosterdiagnostik, "*FREJA-utbildning*", en *Basutbildning i Övervikt/Obesitas* och en *Introduktionsutbildning*. I introduktionen ingår bland annat genomgång av de rutiner och riktlinjer för mödrahälsovård som används inom Region Örebro län samt registrering i Graviditetsregistret och kunskap om det utbildnings- och presentationsmaterial som används på barnmorskemottagningarna. Introduktionsutbildning erbjöds vid två tillfällen under året.

Mödrahälsovårdsöverläkaren höll vid två tillfällen också *Introduktionsutbildning* för nya mödrahälsovårdsansvariga läkare.

Mödrahälsovårdsansvariga läkare på länets mottagningar bjuds in till att delta på *läkarträffar* där Mödrahälsovårdsöverläkaren informerar och utbildar kring nya riktlinjer och rutiner lokalt men också nationellt. Totalt genomfördes tre läkarträffar under 2022.

Vid fyra tillfällen under hösten arrangerade Länsamningsgruppen i samarbete med MHV-enheten, BHV-enheten samt VO Obstetrik och gynekologi en *Amniningsutbildning*. Målgruppen var personal på barnmorskemottagning, BVC samt på kvinnokliniken.

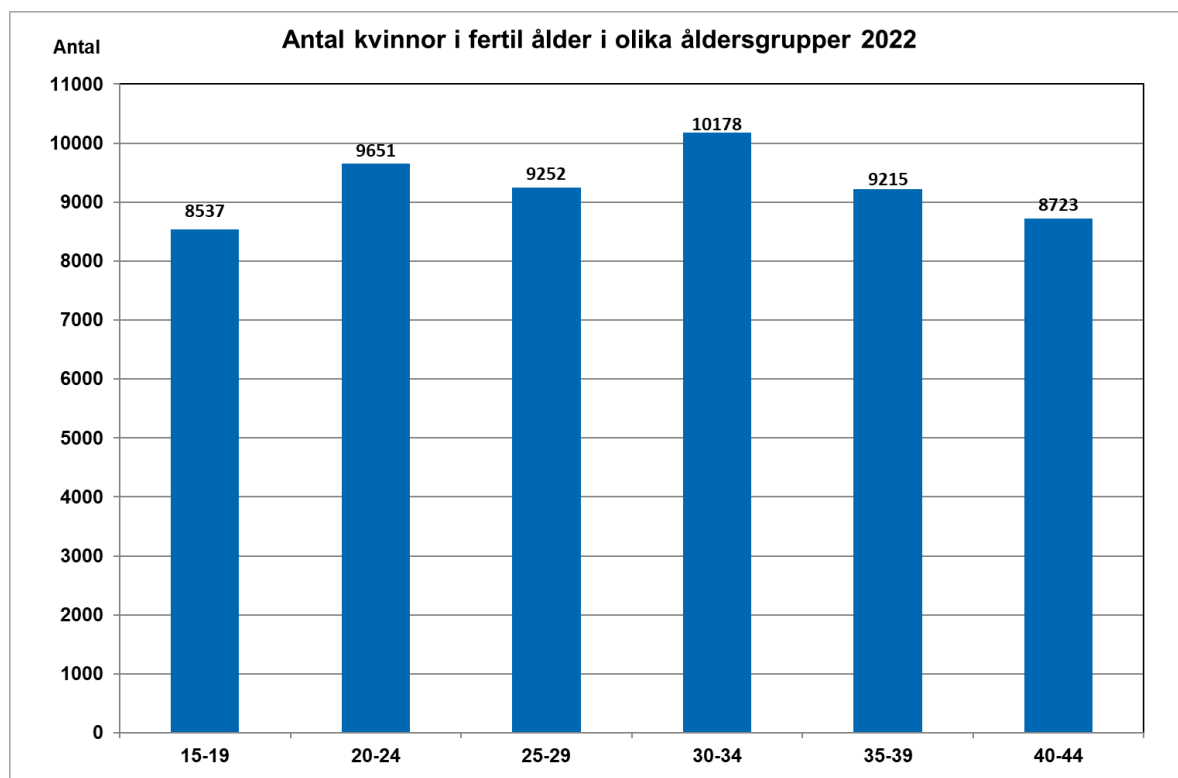
Mödrahälsovårdsenheten och verksamhetsområde obstetrik och gynekologi erbjöd en halvdagsutbildning kring *Preeklampsi*. Föreläste där gjorde Amanda Larsson, Karin Hildén samt Hanna Östling.

MHV-enheterna i Region Mellansverige arrangerar en gemensam digital utbildningsdagdag för sin personal på temat *Abortförebyggande arbete och preventivmetoder*. Utbildningen var digital och hade uppskattningsvis 200 åhörare fördelade på de olika regionerna. Föreläsare var Yvonne Skogsdal, Ann-Christine Nilsson, Niclas Envall samt Sara Hogmark.

Hösten 2022 så utbildades alla barnmorskor i det nya uppdaterade föräldrastödsaterialet. Ansvariga för uppdatering av bildspelet samt utbildning var en arbetsgrupp bestående av 4 barnmorskor från Regionen.

3.2 Kvinnor i fertil ålder i länet

Enligt SCB var medelåldern för förstföderskor i riket 30,3 år och i länet 29,0 år under 2022. För en kvinna i länet som födde sitt andra barn var åldern i genomsnitt 31,3 år, och för en kvinna som födde sitt tredje barn eller fler 33,7 år.



Figur 1: Antal kvinnor i fertil ålder uppdelat på olika åldersgrupper, Örebro län år 2022.

Källa: SCB

3.3 Bemanning

3.3.1 Barnmorskor

Vårdcentralerna har själva lämnat uppgift på hur grundbemanningen samt den faktiska bemanningen såg ut under 2022 och under året har 15 mottagningar haft en lägre faktiskt bemanning än grundbemanningen. Totalt saknades 4 barnmorskor på heltid om man jämför grundbemanningen med den faktiska bemanningen. Till detta har korttidsfrånvaron varit stor på grund av pandemin. Barnmorskemottagningarna är olika stora och både nationellt och lokalt förordas att man har större mottagningar. Det bör vara minst två barnmorskor på landsbygdsområden och minst tre i områden med hög befolkningstäthet, vilket 21 av totalt 25 mottagningar uppnår.

Tabell 1: Bemanning vid barnmorskemottagningar i Region Örebro län 2022. Grundbemanning samt faktisk bemanning i %.

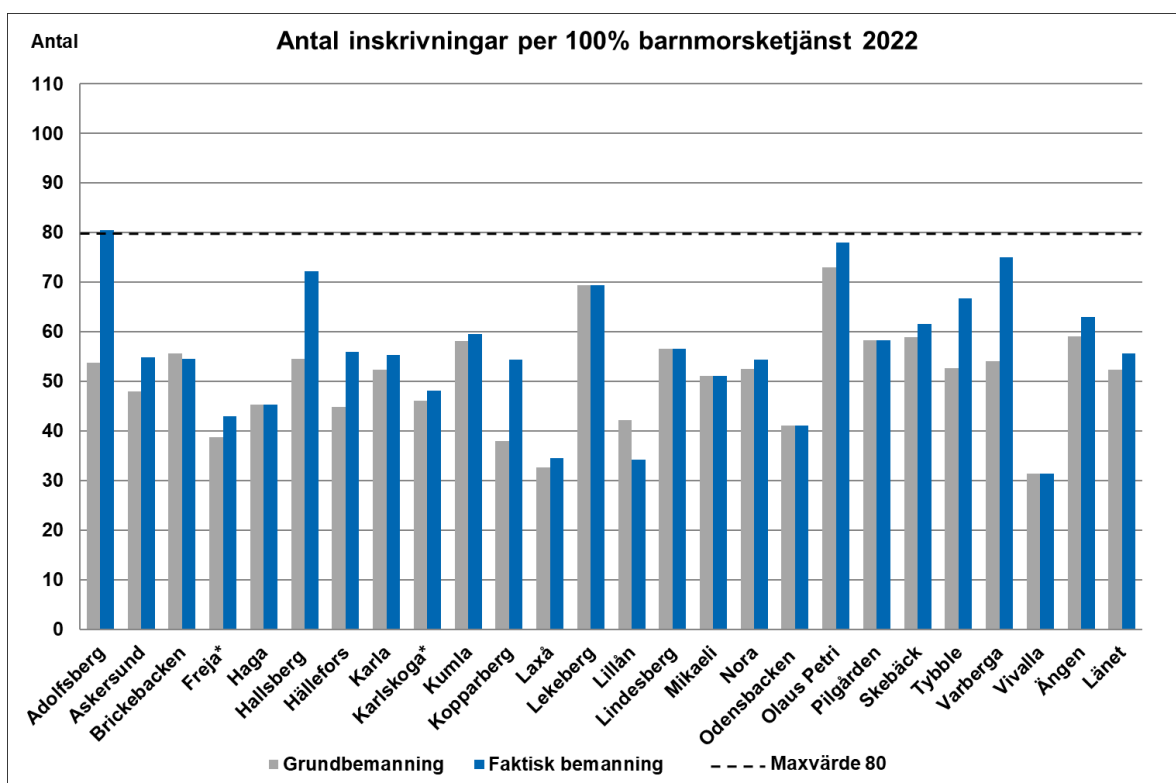
Bemanning %	Grund- bemanning	Faktisk bemanning		Grund- bemanning	Faktisk bemanning
Örebro/Lekeberg			Norr		
Adolfsberg	270	180	Hällefors	127	102
Brickebacken	162	165	Freja*	150	135
Haga	300	300	Kopparberg	100	70
Karla	340	322	Lindesberg	325	325
Lekeberg	160	160	Nora	200	193
Lillån	219	269	Söder		
Mikaeli	200	200	Askersund	200	175
Odensbacken	100	100	Hallsberg	200	151
Olaus Petri	455	514	Kumla	540	528
Skebäck	404	387	Väster		
Tybble	380	300	Karlskoga	700	670
Varberga	300	216	Laxå	150	142
Vivalla	300	300	Pilgård	180	180
Ängen	400	375	Totalt	6862	6459

Källa: Uppgift från verksamhetscheferna på respektive vårdcentral. *I Freja ingår Storå.

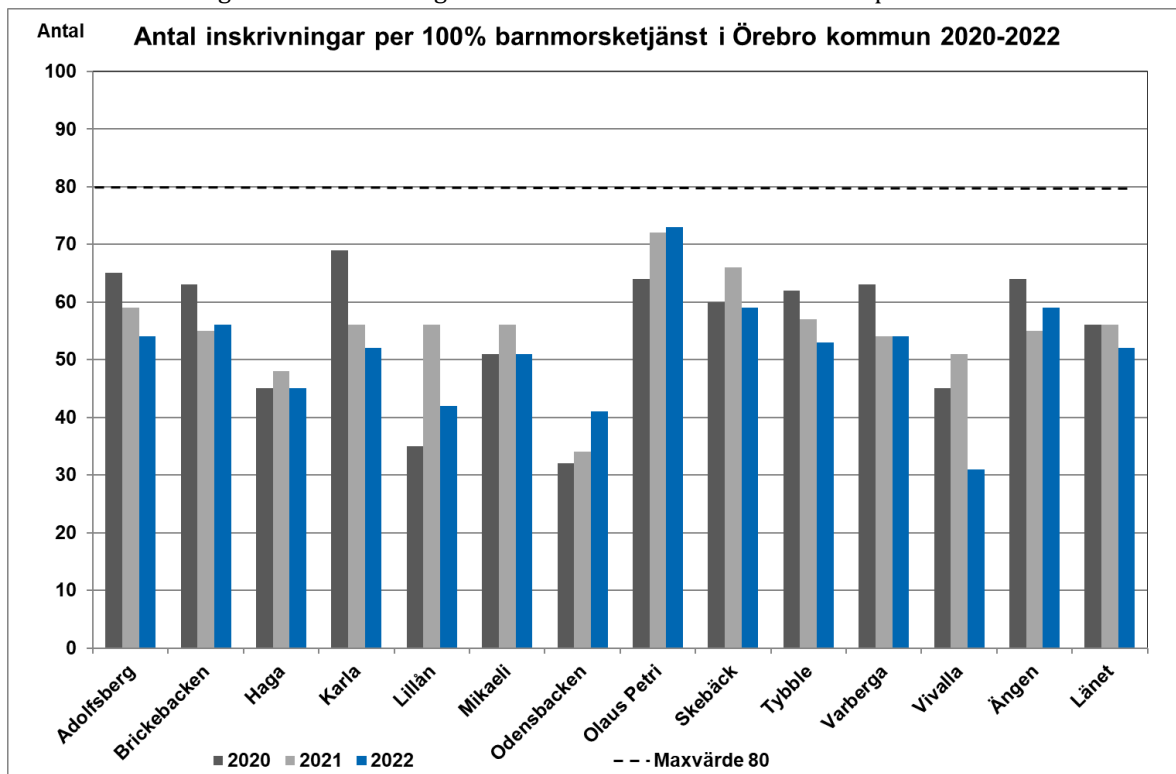
Antalet inskrivna gravida per 100 % barnmorsketjänst låg i medeltal på 56 stycken (faktisk bemanning) , men med variationer, se figur 2. Enligt mödrahälsovårdens kravspecifikation för Hälsoval i Region Örebro län, ska antalet inskrivna gravida uppgå till 40-80 per 100% barnmorsketjänst (enligt de nationella rekommendationerna).

Vi har i år liksom i de senaste årsrapporterna valt att redovisa antalet inskrivna per 100 % barnmorsketjänst på två sätt. Dels utifrån grundbemanningen och dels utifrån den faktiska bemanningen för 2022. I figur 2 jämförs dessa två värden. Vi kan se att barnmorskemottagningarna i vårt län med undantag för en mottagning klarar de nationella riktlinjerna med max 80 inskrivningar per 100 % barnmorsketjänst (räknat utifrån den faktiska bemanningen).

Antalet inskrivningar per 100 % barnmorsketjänst kan variera från år till år och jämförelser får göras med försiktighet. I figur 3 och 4 visar vi inskrivning per 100% barnmorsketjänst över en treårsperiod.

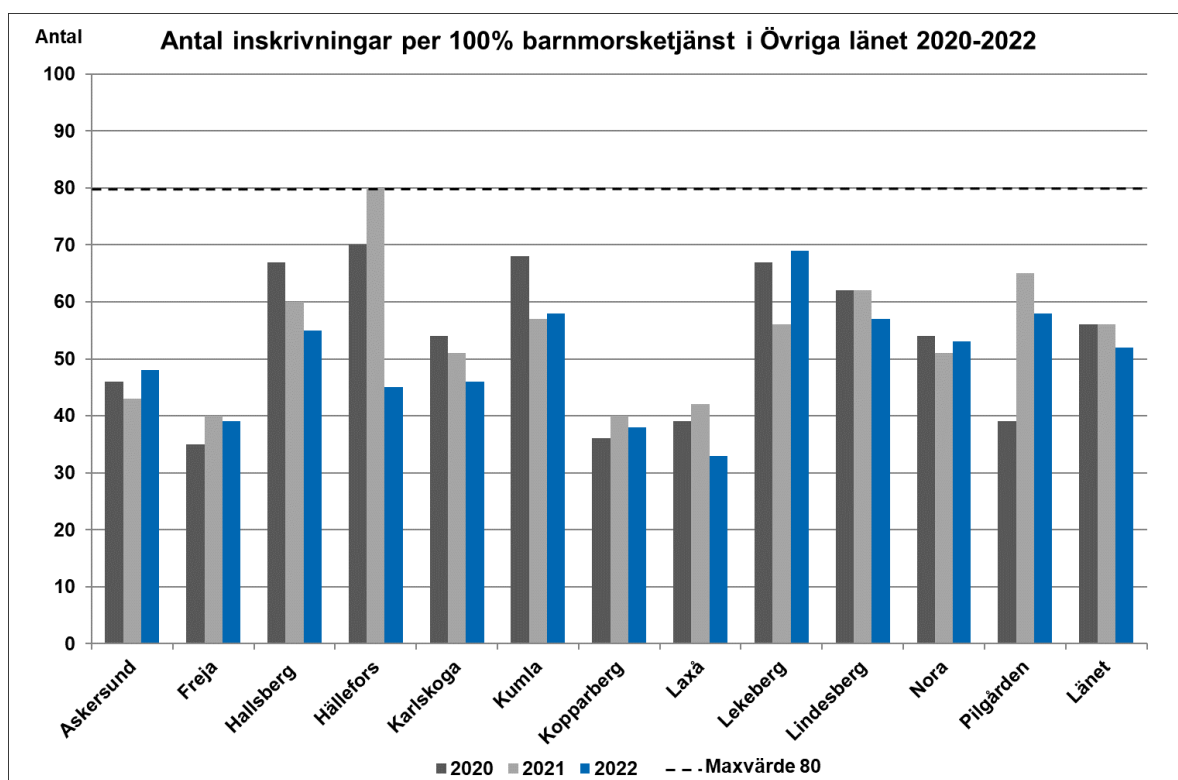


Figur 2: Antal inskrivningar per 100% barnmorsketjänst uträknat från grundbemanning och faktisk bemanningen vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2022. *I Freja ingår Storå. Karlskogas faktiska bemanning är räknad från augusti. Källa: Obstetrix och data från respektive verksamhetschef.



Figur 3: Antal inskrivningar per 100% barnmorsketjänst (grundbemanning) i Örebro kommun samt hela länet åren 2020-2022

Källa: Obstetrix samt uppgift om bemanning från respektive verksamhetschef.



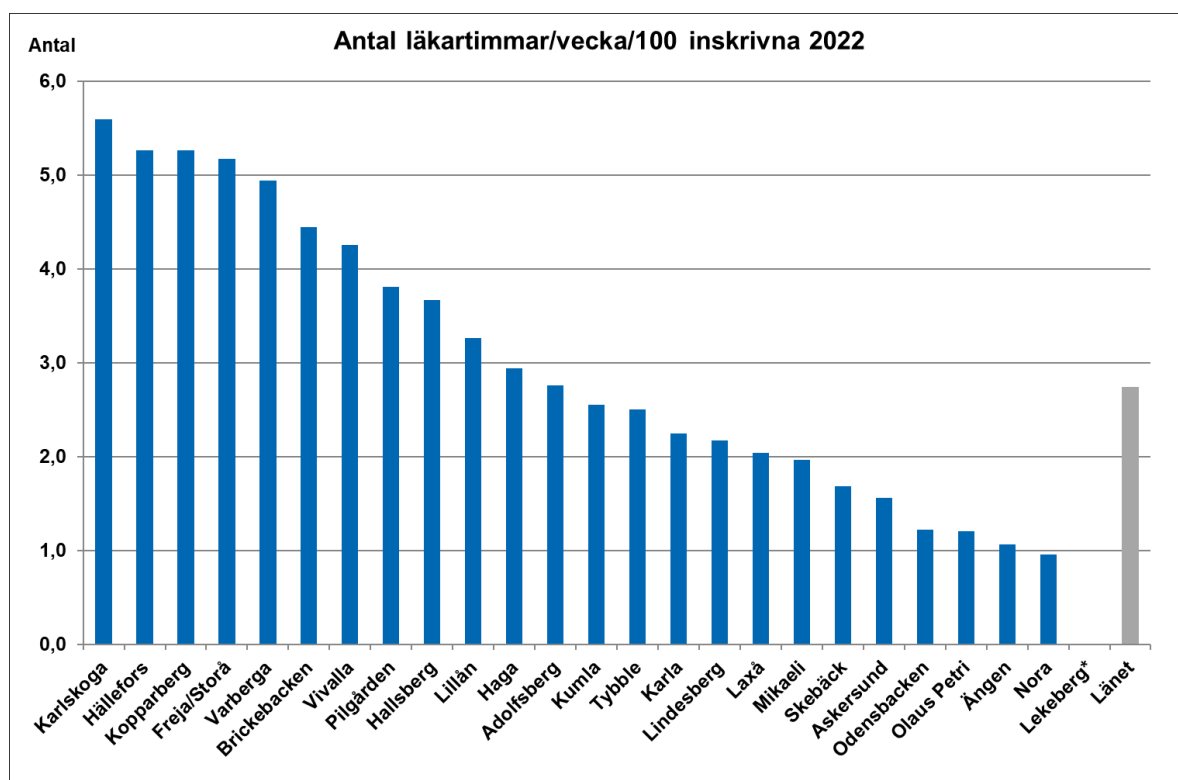
Figur 4: Antal inskrivningar per 100% barnmorsketjänst (grundbemanning) i övriga länet samt hela länet åren 2020-2022.

Källa: Obstetrix samt uppgift om bemanning från respektive verksamhetschef.

3.3.2 Läkare

Det finns stora skillnader i hur läkarinsatser för gravida organiseras i olika delar av landet, vilket har inneburit svårigheter att få jämförbara data vad gäller läkarbemanningen inom mödrahälsovården nationellt. Vissa barnmorskemottagningar har läkarbesök på den egna mottagningen medan andra hänvisar gravida till vårdcentral eller specialistmödravård utanför den egna mottagningen. I vårt län är det i huvudsak allmänläkare som är ansvariga för mödrahälsovården. På grund av att länet har många små mottagningar innebär detta att vissa läkare med mödrahälsovårdsuppdrag har ett väldigt lågt patientunderlag, vilket ställer stora krav på kontinuerlig kompetensutveckling.

För barnmorskor har vi krav på minsta antal inskrivna gravida, men det kravet har inte ställts för läkarinsatser. Nationellt rekommenderar man 3 läkartimmar/vecka/100 inskrivna gravida, därtill behövs ytterligare 20 timmar/1000 preventivmedelsbesök och år. Under 2022 var det tio mottagningar som nådde upp till det målet. Medelvärde för antalet läkartimmar/vecka/100 inskrivningar var 2,7 timmar.



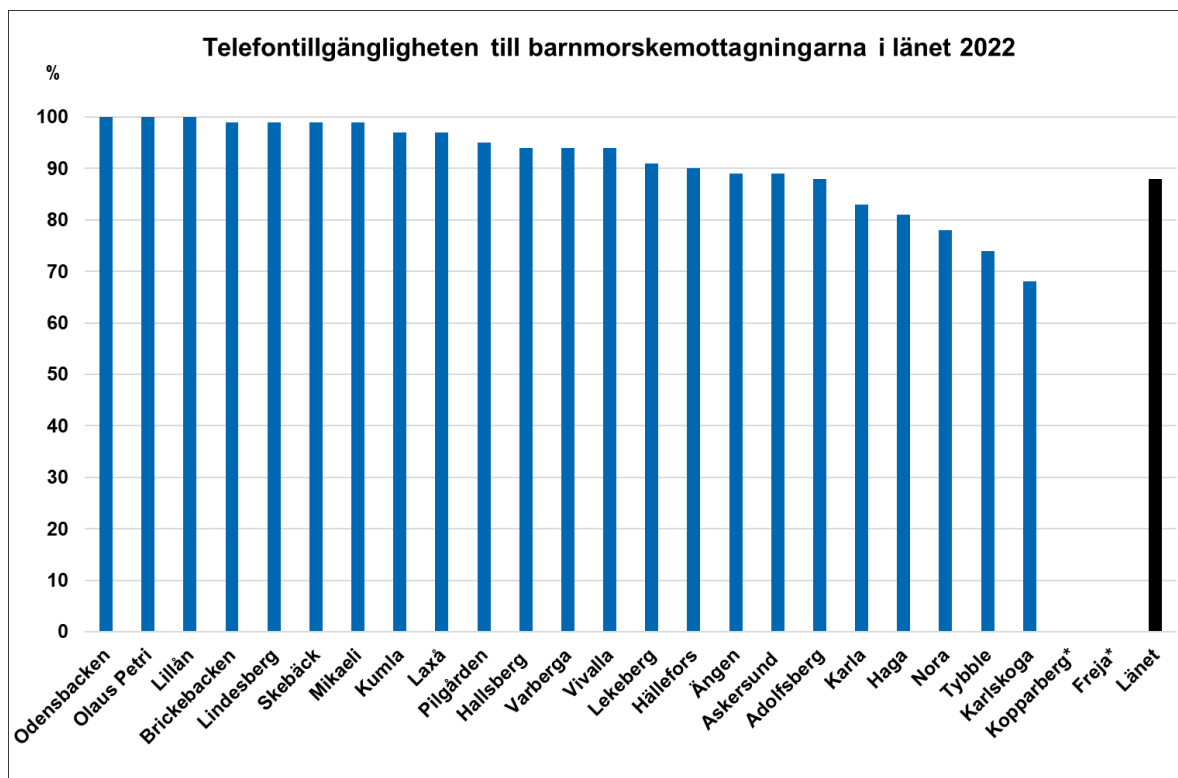
Figur 5: Antal läkartimmar/vecka/100 inskrivna gravida vid barnmorskemottagningar i Örebro län

*Lekeberg, samtliga läkartider är bokningsbara för mödrahälsovård.

Källa: Uppgift från respektive verksamhetschef i kombination med Obstetrix.

3.3.3 Telefontillgänglighet

Det är viktigt att kvinnor lätt kan nå barnmorskemottagningarna. Det gäller så väl via 1177.se e-tjänster som via telefon. Under 2022 låg telefontillgängligheten på 88% vilket är en liten ökning från 2021 då den var 83%.



Figur 6: Telefontillgängligheten till barnmorskemottagningar i Örebro län. *För Freja och Kopparberg saknas data i NCS Cross.

Källa: NCS Cross

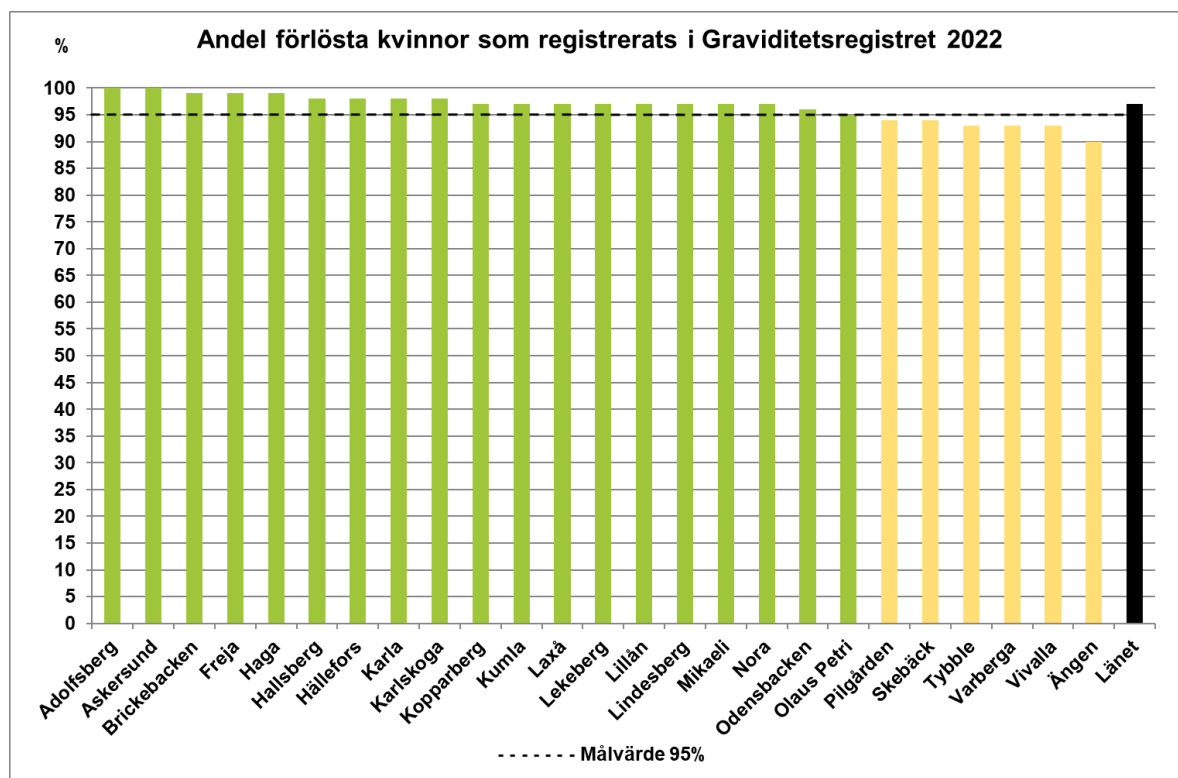
4. Graviditet och vård efter förlossning

4.1 Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Mödrahälsovårdsregistret startade 1999. Mödrahälsovårdsregistret gick samman med Fosterdiagnostikregistret och Obstetriskt register 2013 som tillsammans bildade Graviditetsregistret. Registret innehåller dels en manuell registrering men också en direktöverföring av journaldata från Obstetrix.

Minst 95 % av de gravida ska registreras, det nådde alla mottagningar utom sex stycken. Ser vi tillbaka på de senaste tio åren, har maximalt en eller två mottagningar inte nått målet. Det

är därför anmärkningsvärt att sex mottagningar inte nådde målet i år. Det är dock svårt att veta varför, och är något vi får fortsätta att följa.



Figur 7: Andel förlösta kvinnor som registrerats i Graviditetsregistret. Barnmorskemottagningar i Örebro län år 2022.

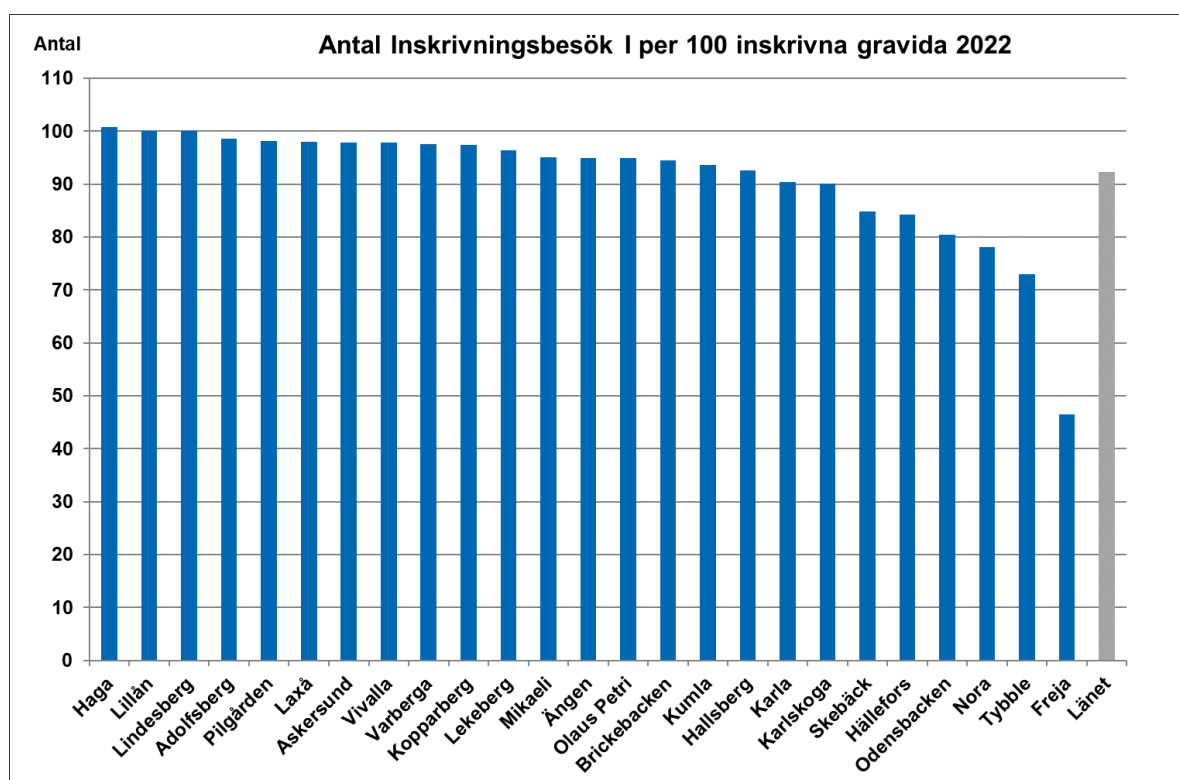
Källa: Graviditetsregistret i kombination med Obstetrix.

4.2 Basprogram

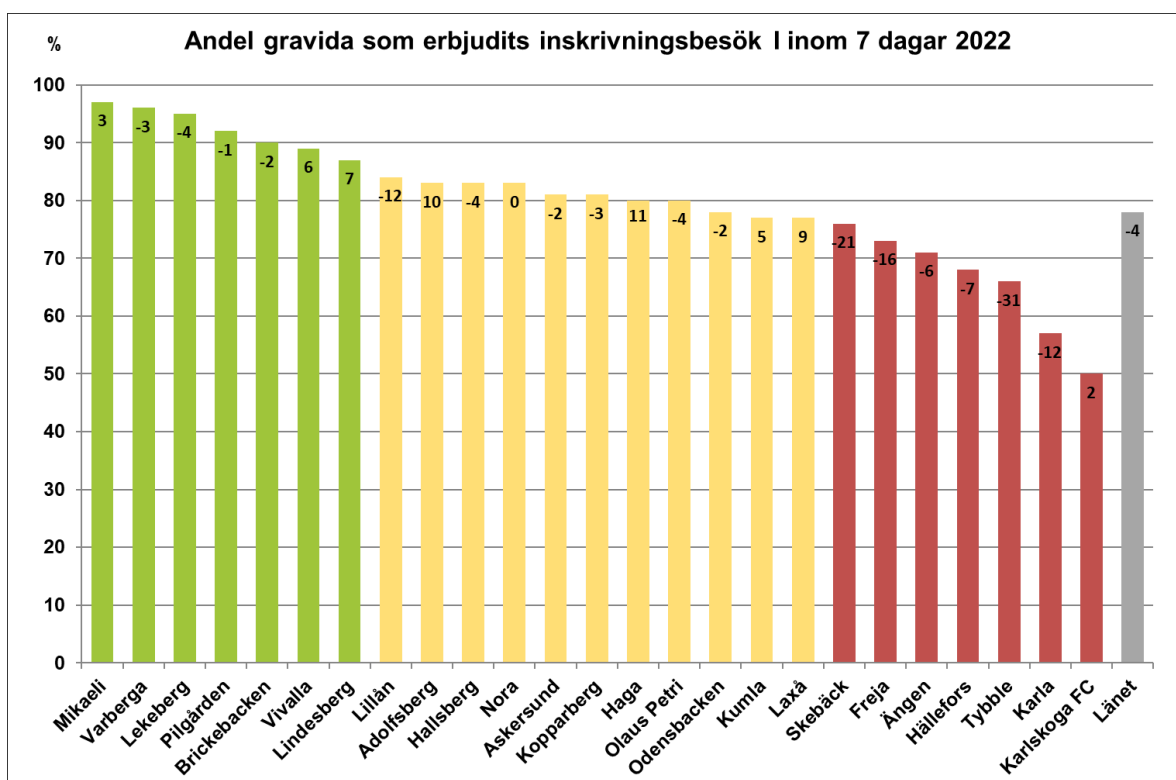
Idag skall alla gravida erbjudas ett första inskrivningssamtal (innan graviditetsvecka 12), inom en vecka efter att kvinnan kontaktat barnmorskemottagningen. Under inskrivningsbesök 1 skall paret erbjudas en tid för ett separat samtal om fosterdiagnostik, s.k. Frejasamtal. Frejasamtalet hålls runt graviditetsvecka 8-10. Ett andra inskrivningsbesök genomförs oftast runt graviditetsvecka 10-12. Vid inskrivningsbesöken sker ett samtal om hälsa/ohälsa, aktuell och tidigare graviditet/graviditeter. Provtagning och kontroller utförs likaså. Barnmorskan träffar sedan kvinnan igen runt graviditetsvecka 24 för uppföljning, kontroller och provtagning. Därefter sker besök regelbundet med olika veckors intervall fram till förlossningen. En efterkontroll (6-16 v. efter förlossning) ingår också i programmet.

4.3 Inskrivningsbesök I

Inskrivningsbesök I har blivit allt viktigare de senaste åren för graviditeten och kvinnans hälsa. Under det första inskrivningsbesöket håller barnmorskan ett hälsosamtal, ABCDF-samtal med den gravida och eventuellt med den blivande medföräldern. A står för alkohol och även arbetsmiljö, B för borttagande eller bevarande av läkemedel, C för cigaretter (tobak), D för droger och F för fosterdiagnostik. Utöver hälsosamtalet identifieras också en del risker. När man läser statistiken nedan bör man beakta att en del kvinnor kontakter barnmorskemottagningen först efter 12 veckors graviditet, vilket innebär att de inte får ett separat tidigt inskrivningssamtal. En del av kvinnorna som kommer på inskrivningssamtal I får missfall innan de hinner komma på inskrivningsbesök II, vilket också måste beaktas när man läser statistiken. Mottagningar kan också ha hjälpt varandra vilket gör att statistiken kan bli något missvisande.



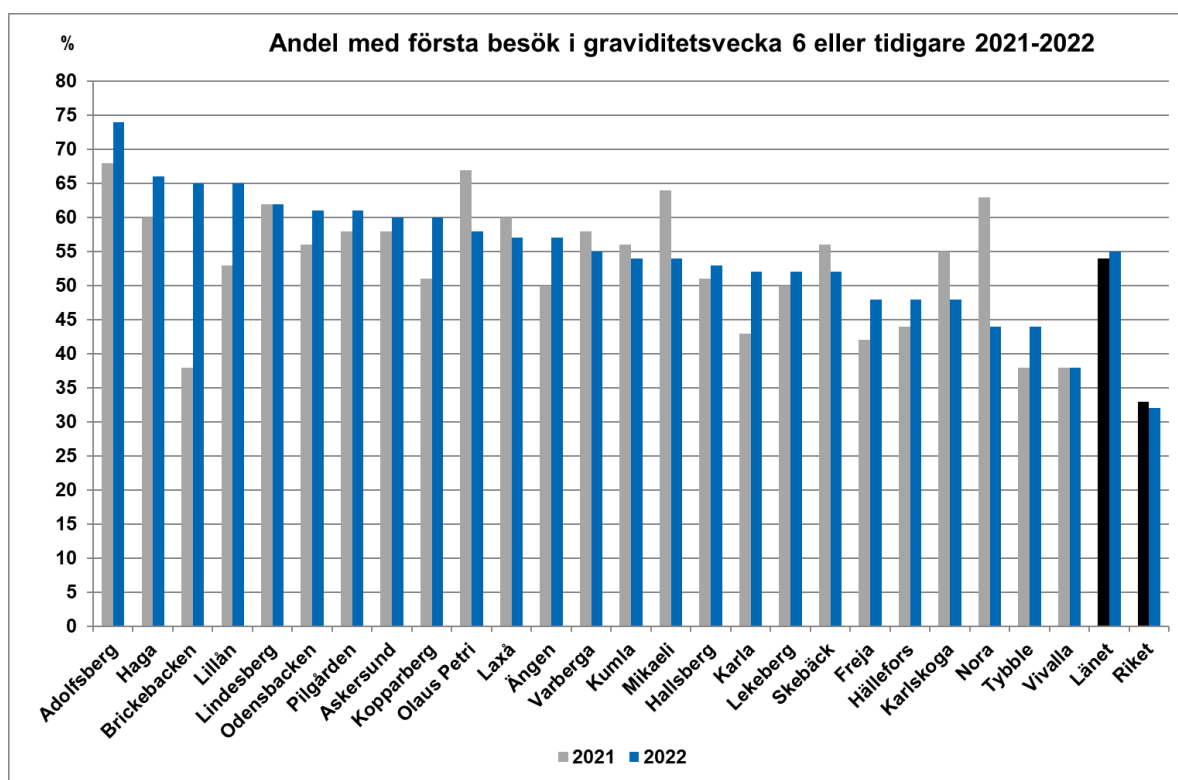
Figur 8: Antal inskrivningsbesök I per 100 inskrivna gravida kvinnor år 2022 fördelat på respektive vårdcentral Örebro län. Källa: NCS Cross och Obstetrix.



Figur 9: Andel gravida (%) som erbjudits inskrivningsbesök I inom 7 dagar, samt förbättring respektive försämring sedan förra året (siffran i respektive stapel) vid barnmorskemottagningar i Örebro län år 2022. Källa: NCS Cross.

Inskrivningsbesök I ska erbjudas inom 7 dagar efter att kvinnan har kontaktat mottagningen. Denna parameter började mätas år 2010. Av 25 mottagningar var det, precis som förra året, endast 7 som nådde det målet, se figur 9. Flera mottagningar har haft fortsatt tung arbetsbelastning vilket också syns i statistiken.

I figur 10 visas hur stor andel av kvinnorna per barnmorskemottagning som haft sitt första besök före graviditetsvecka 7. Det finns stora skillnader, allt från 38-74 %, se figur 10. Om det är skillnad på arbetssätt eller skillnad på när kvinnorna kontakter mottagningen är något vi måste fortsätta följa.



Figur 10: Andel kvinnor med första besöket $\leq$ graviditetsvecka 6 vid barnmorskemottagningar i Örebro län åren 2021-2022. Källa: Graviditetsregistret

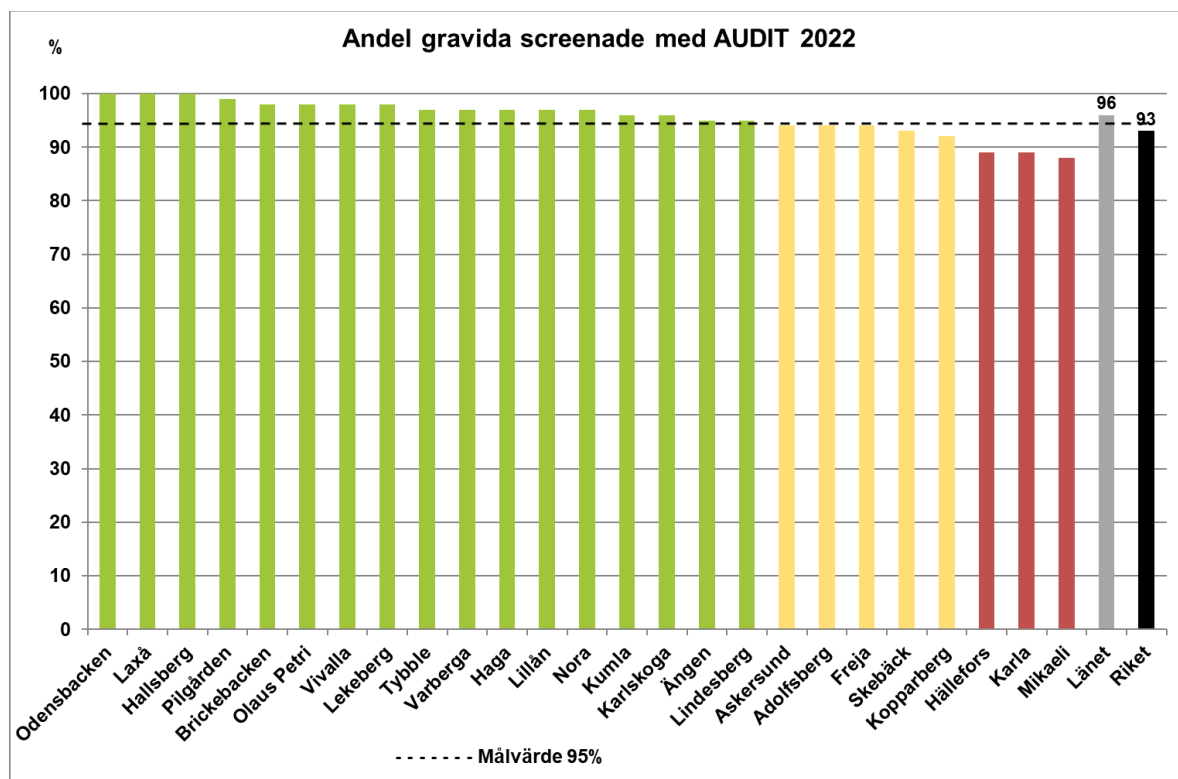
4.4 Alkohol

Alkoholbruket har totalt sett ökat bland unga kvinnor och kvinnor i barnafödande ålder. Kvinnor dricker oftare och mer jämfört med tidigare. Den gravidas alkoholvanor har avgörande betydelse för graviditeten och barnet. De flesta gravida slutar dricka alkohol i samband med graviditetsbeskedet och det är viktigt att barnmorskan informerar om alkoholens påverkan för att kunna förebygga skadliga effekter under graviditet. Under det första samtalet gäller det att:

- identifiera alkoholbruket
- informera om hur alkohol skadar barnet
- motivera till förändring av livsstil

I studien *"Sober mom, healty baby" -Effects of brief alcohol interventions in Swedish maternity care*, som publicerades 2016 visar man att införandet av AUDIT inom mödrahälsovården minskade andelen barn som under sitt första år fick läkemedel förskrivna eller som vistades på sjukhus. En beteendeförändring hos kvinnorna som bestod efter barnets födsel gjorde att det blev en minskad skadefrekvens, färre infektioner och att "onödiga" sjukhusinläggningar undveks.

Alla gravida ska erbjudas att fylla i ett AUDIT-formulär med frågor om hur deras alkoholbruk var året innan de blev gravida. En hög alkoholkonsumtion året innan graviditet kan innebära svårighet att avhålla sig helt från alkohol under graviditeten. Från 2016 finns ett nationellt mål att 95 % av alla gravida ska screenas med AUDIT. I figur 11 ser vi andelen gravida som fyllt i AUDIT vid inskrivningen. Vid några mottagningar har så gott som alla fyllt i AUDIT. År 2022 screenades 96% av de gravida med AUDIT och länet ligger därmed något över målet.



Figur 11: Andel gravida screenade med AUDIT vid barnmorskemottagningar Region Örebro län år 2022. Källa: Graviditetsregistret

Tolkning av AUDIT-poäng

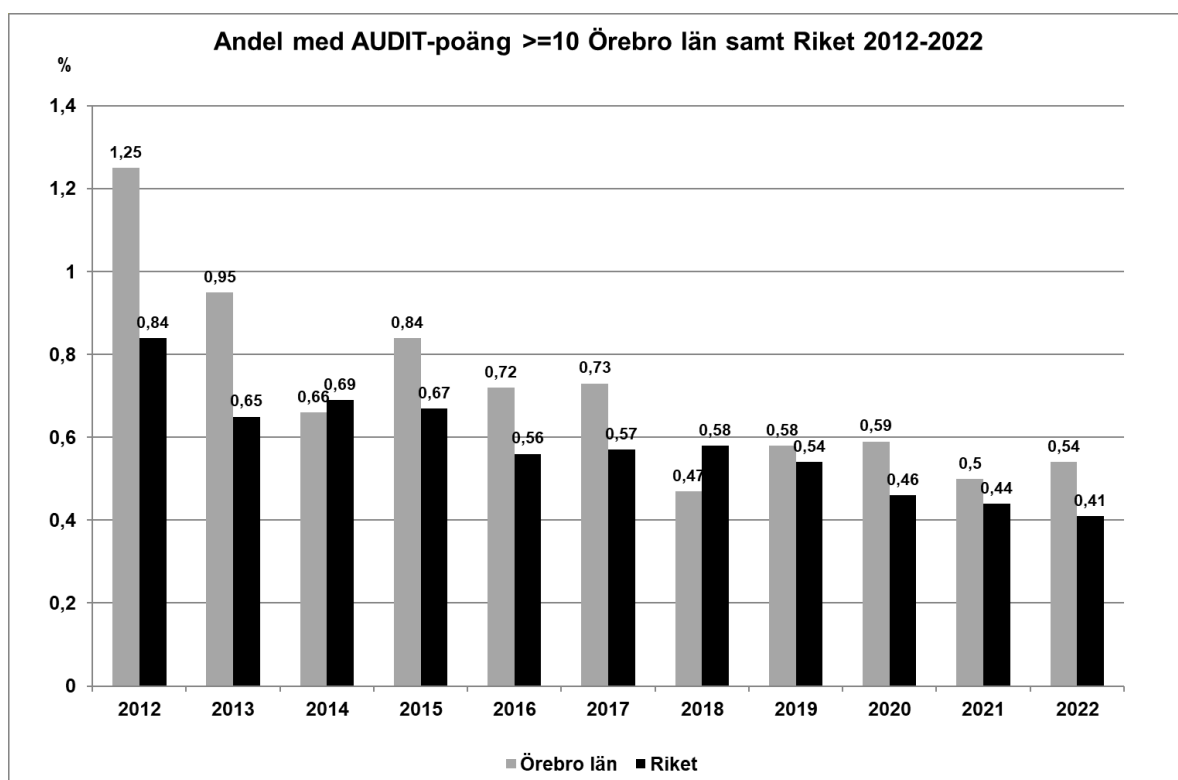
0-5 poäng tyder på låg/måttlig alkoholkonsumtion.

6-9 poäng tyder på riskbruk. Beteendet är ett klart observandum.

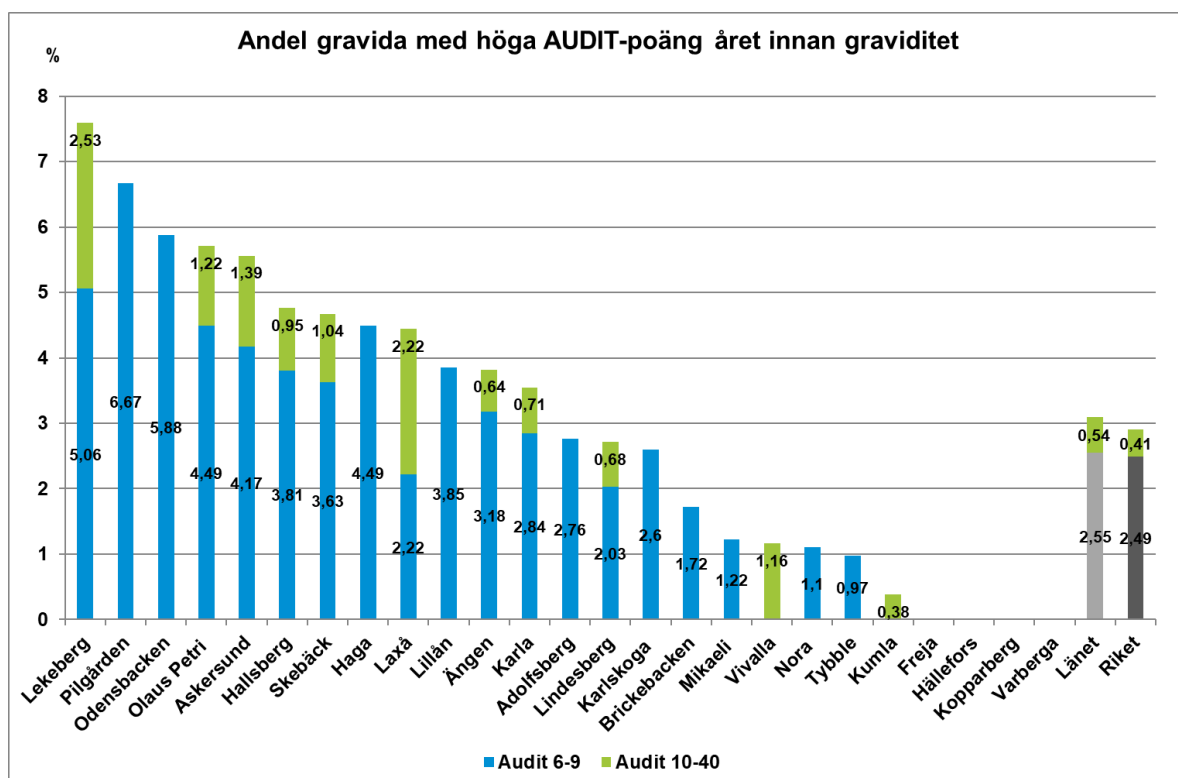
10 poäng eller mer tyder på missbruksbeteende.

>14 poäng innebär sannolikt beroende.

Låga AUDIT-poäng, jämfört med höga AUDIT-poäng kan också ha att göra med barnmorskans öppenhet och arbete med att få kvinnorna att fylla i AUDIT-formuläret sanningsenligt. Kvinnor med hög AUDIT-poäng (>10) ligger konstant något under 1% varje år (se figur 12). Vid vårdcentraler med få gravida kan också siffrorna variera ganska mycket. Nedan följer en fördelning av riskbruk och risk för missbruk/beroende, fördelat per vårdcentral. Vårt läns AUDIT-siffror överensstämmer väl med rikets.



Figur 12: Andel med AUDIT-poäng >=10 hos inskrivna gravida året innan graviditet i Örebro län år 2012-2022 jämfört med Riket. Källa: Graviditetsregistret



Figur 13: Andel med AUDIT-poäng 6-40 hos gravida året innan graviditet. Inskrivna gravida vid barnmorskemottagningar Region Örebro län år 2022 jämfört med Riket. Källa: Graviditetsregistret

4.5 Tobak

Den gravida kvinnans tobaksvanor under graviditet och spädbarnsperiod har stor betydelse för barnets hälsa, bl.a. är risken för IUFD och spädbarnsdödlighet högre vid tobaksbruk. Det ger även en viss riskökning för prematur förlossning och placenta previa. Rökning under graviditet har dock minskat kraftigt under senaste decennierna. Mellan 1983 och 2021 minskade antalet rökare vid inskrivning från drygt 31 % till 3 %.

4.5.1 Snus

Att använda snus under graviditet är inte ofarligt. Gravida som snusar har en förhöjd risk för missfall, IUFD, prematurbörd, SGA-barn eller barn med läpp-käk-gomspalt. De negativa effekterna av snus antas mest bero på nikotinet. Hos ammande kvinnor som snusar går nikotinet över till barnet via bröstmjölken vilket därför inte kan ses som säkert bruk vid amning. Andelen som snusar 3 månader före inskrivning har gått upp i länet jämfört med förra året. De som snusar vid inskrivning ligger kvar på samma nivå. Andelen som snusar i vecka 32 har minskat jämfört med 2022(1,0%).

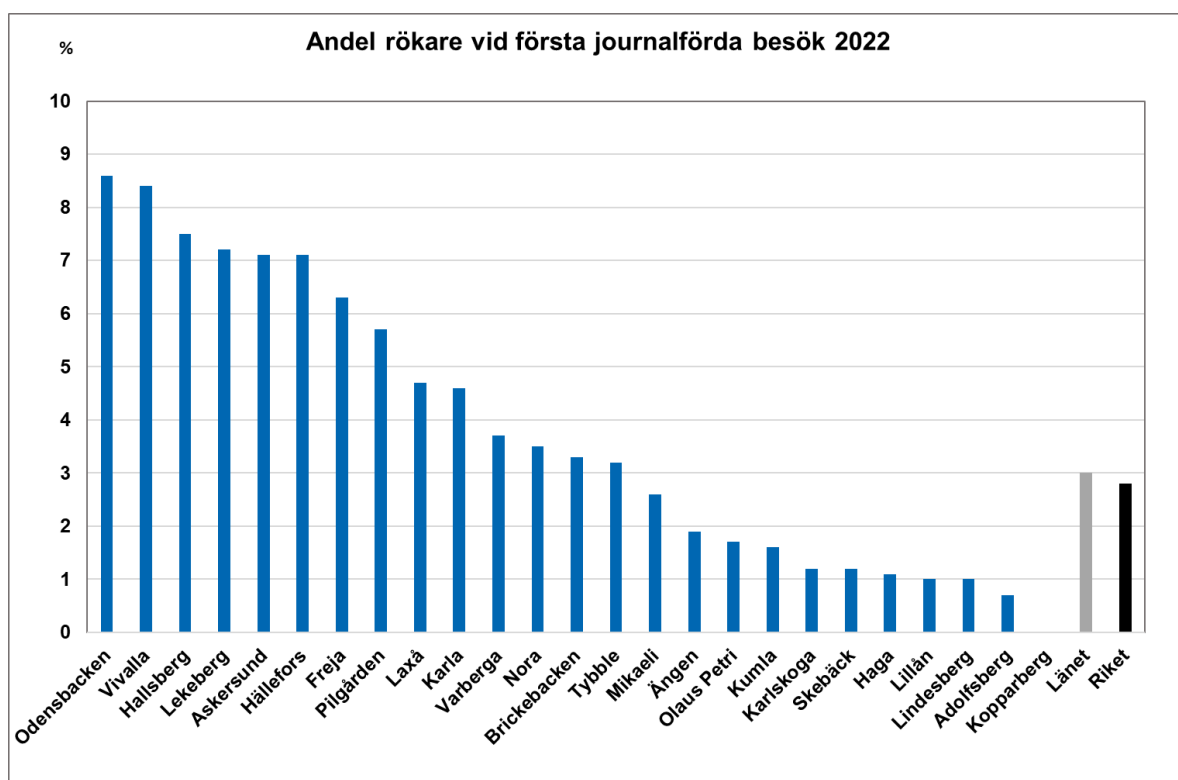
Tabell: 2 Andelen som snusar under graviditet i Örebro län 2022

Länsdel	3 månader före inskrivning	Vid inskrivning	Snusar i vecka 32
Norra	13,2 %	2,0 %	1,8 %
Västra	9,3 %	1,0 %	0,3 %
Södra	14,0 %	3,0 %	0,3 %
Örebro	6,0 %	1,2 %	0,6 %
Hela länet	8,4 %	1,6 %	0,6 %
Riket	7,7 %	1,5 %	0,7 %

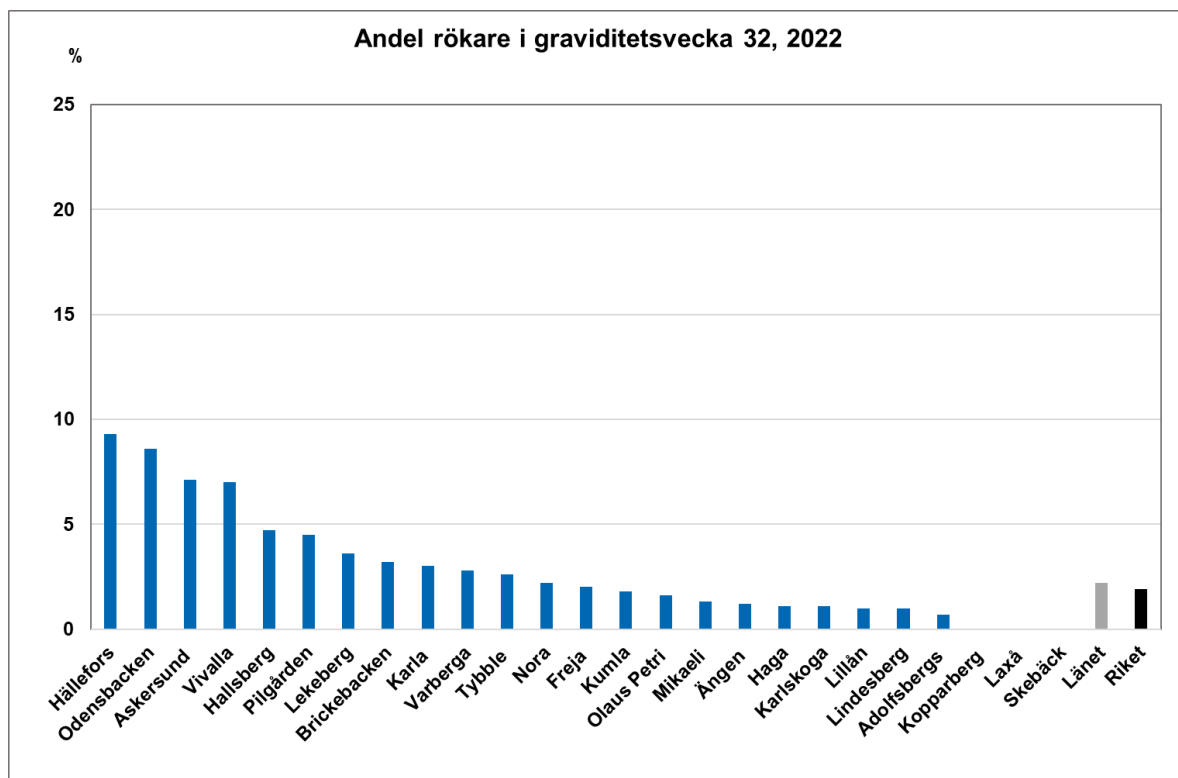
Källa: Graviditetsregistret

4.5.2 Rökning

Kvinnor som fortsätter röka under graviditeten är ofta unga och har oftare kort utbildning. Mer än hälften av kvinnor som röker slutar innan inskrivningen.



Figur 14: Andel rökare vid första journalförda besök på barnmorskemottagning, Örebro län 2022.
Källa: Graviditetsregistret

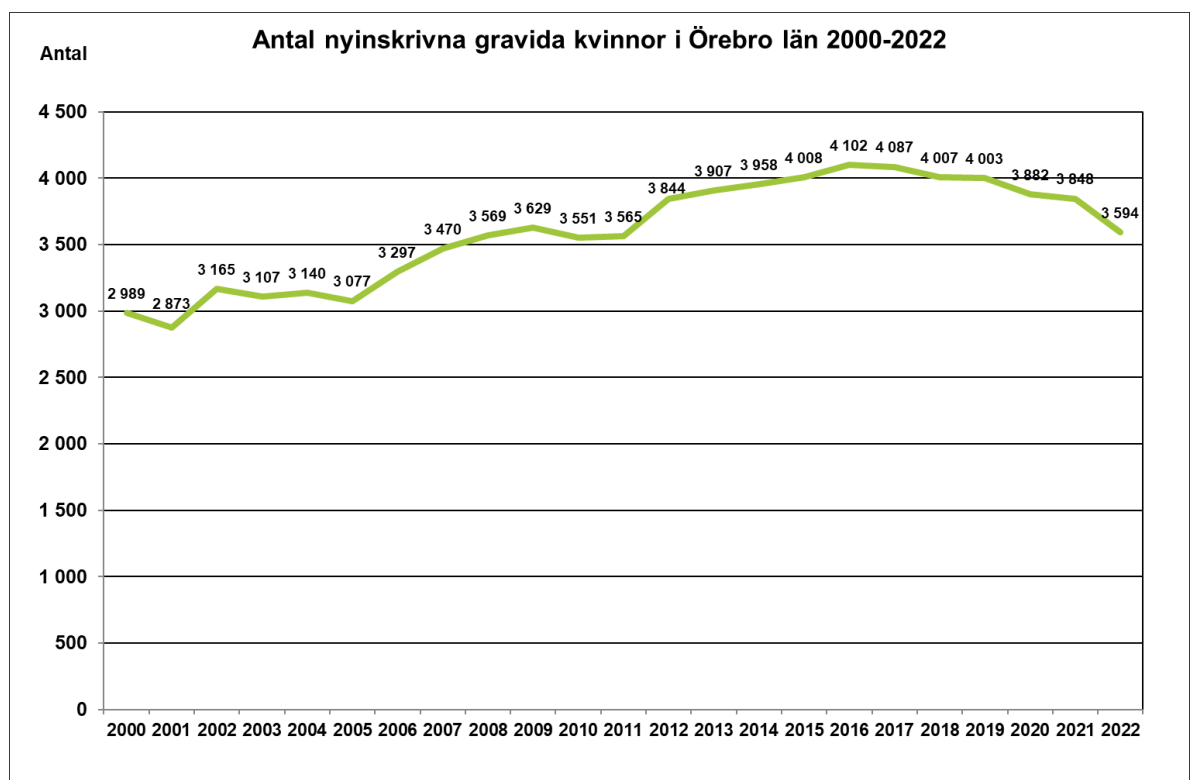


Figur 15: Andel rökare i graviditetsvecka 32, Örebro län 2022.
Källa: Graviditetsregistret

Man kan se skillnad vad det gäller gravidas rökvanor. I graviditetsvecka 32, som speglar hur många som rökt under hela graviditeten, kan vi se att många gravida lyckats sluta röka.

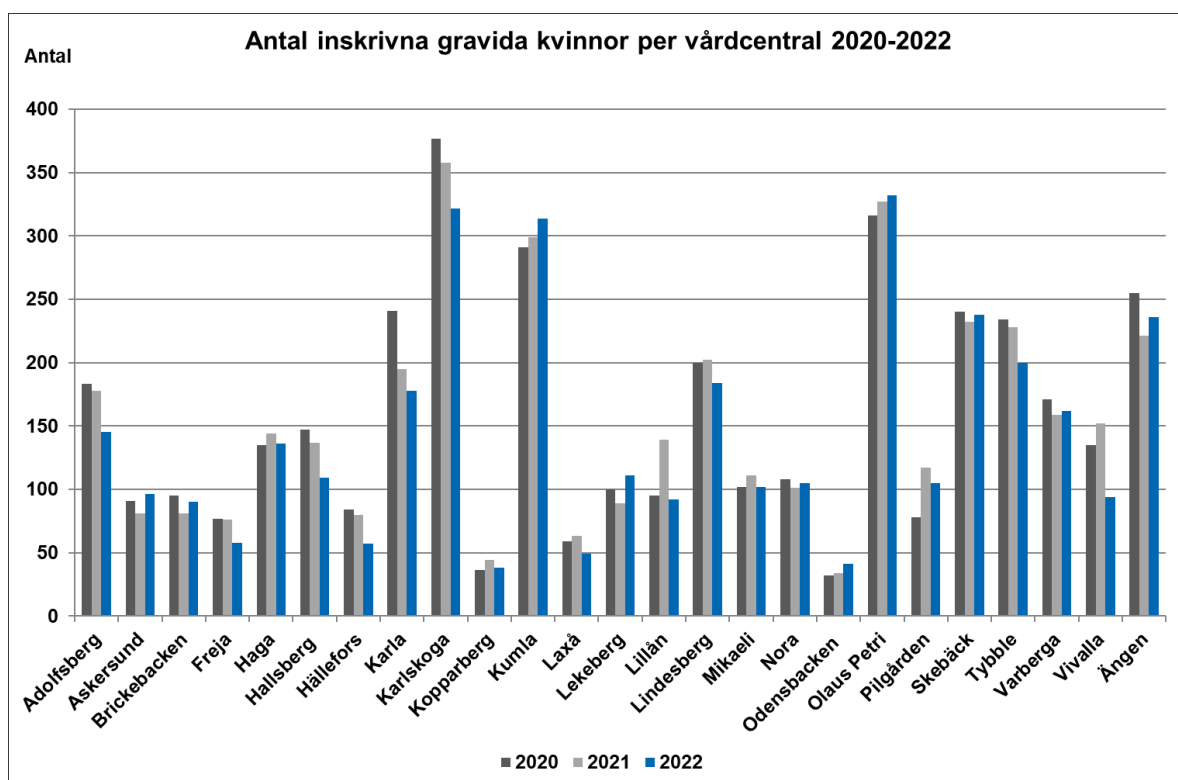
4.6 Inskrivningar

Antalet inskrivningar i riket under 2000-talet har ökat. I Örebro län har ökningen inte varit lika tydlig. Från 2018 kan vi se en minskning av antalet inskrivningar och den trenden håller i sig även under 2022. Vi kan dock se en skillnad mellan de olika mottagningarna i länet.



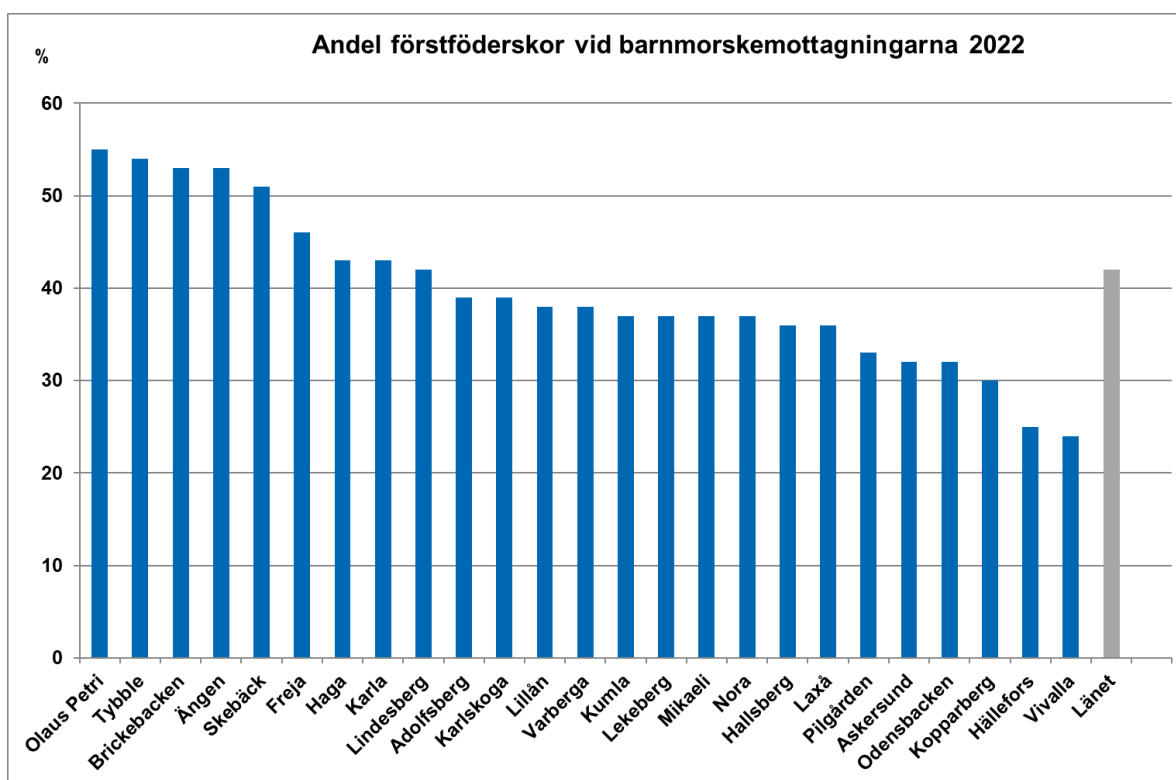
Figur 16: Antal nyinskrivna gravida kvinnor i Örebro län åren 2000-2022

Källa: Manuell statistik 2000-2006. NCS Cross 2007. Obstetrix från 2008.



Figur 17: Antal inskrivna gravida kvinnor uppdelat på resp. vårdcentral, Örebro län år 2020-2022.
Källa: Obstetrix

Antalet förstföderskor speglar också en viss del av belastningen på barnmorskemottagningarna. Förstföderskor behöver fler besök, fler undersökningar, mer information osv. Det är mycket stora variationer vad gäller andelen förstföderskor på länets mottagningar. I genomsnitt var det 42 % (41% 2021) förstföderskor med en spännvidd mellan 24-55 %. Flest förstföderskor hade barnmorskemottagningarna Olaus Petri, Tybble, Ängen och Brickebacken. Minst andel förstföderskor hade Vivalla.



Figur 18: Andel förstföderskor vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2022.

Källa: Graviditetsregistret

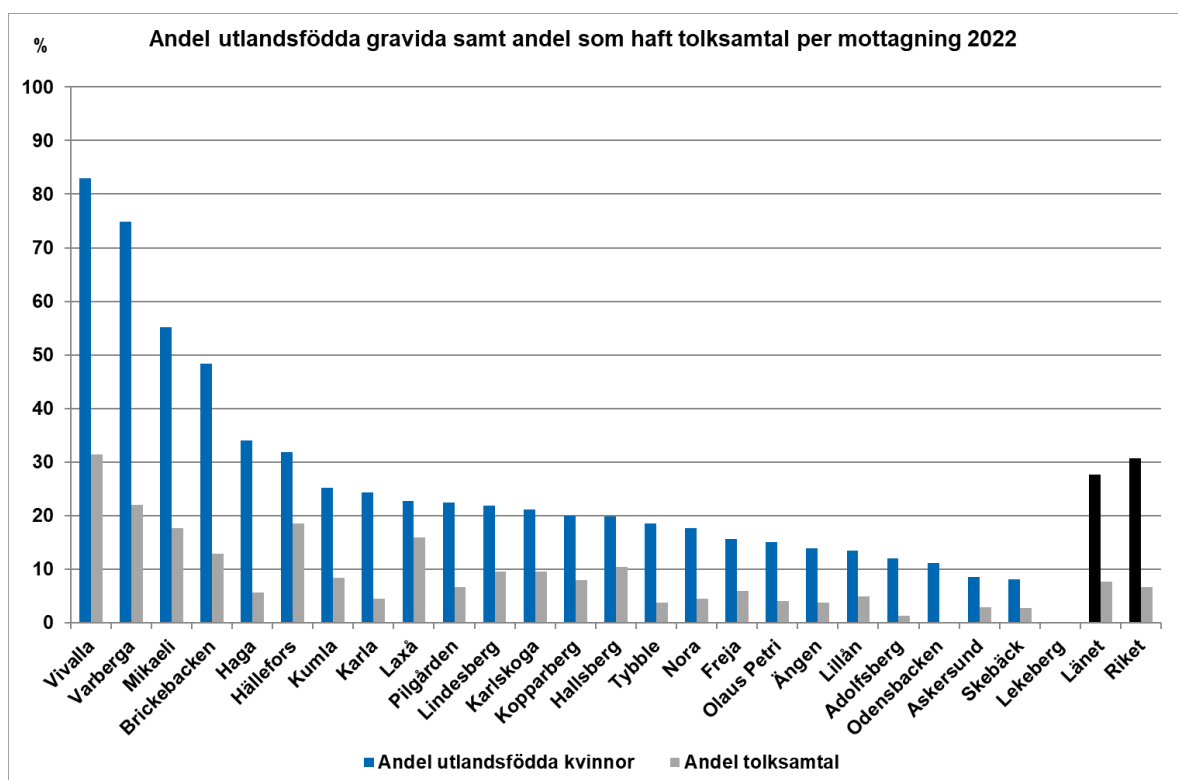
En annan parameter som speglar belastningen är andelen utlandsfödda gravida. Utlandsfödda kvinnor behöver i många fall tolk vilket ökar besökstiden. De har även en högre sjuklighet under graviditet som grupp sett. Vivalla, Varberga, Brickebacken, Hällefors, Haga och Mikaeli har den högsta andelen kvinnor födda utanför Norden.

Totala andelen utlandsfödda gravida i länet låg 2022 på samma siffra som föregående år. Gravida i vårt län kommer främst från Sverige, Syrien, Somalia, Irak och Eritrea.

Tabell 3: Andel utlandsfödda uppdelat per land i Örebro län samt i Riket 2022.

Örebro	Andel	Riket	Andel
Sverige	75,2 %	Sverige	71,6 %
Syrien	3,8 %	Syrien	3,5 %
Somalia	2,4 %	Somalia	1,8 %
Irak	2,3 %	Irak	2,1 %
Eritrea	1,7 %	Eritrea	1,5 %

Källa: Graviditetsregistret

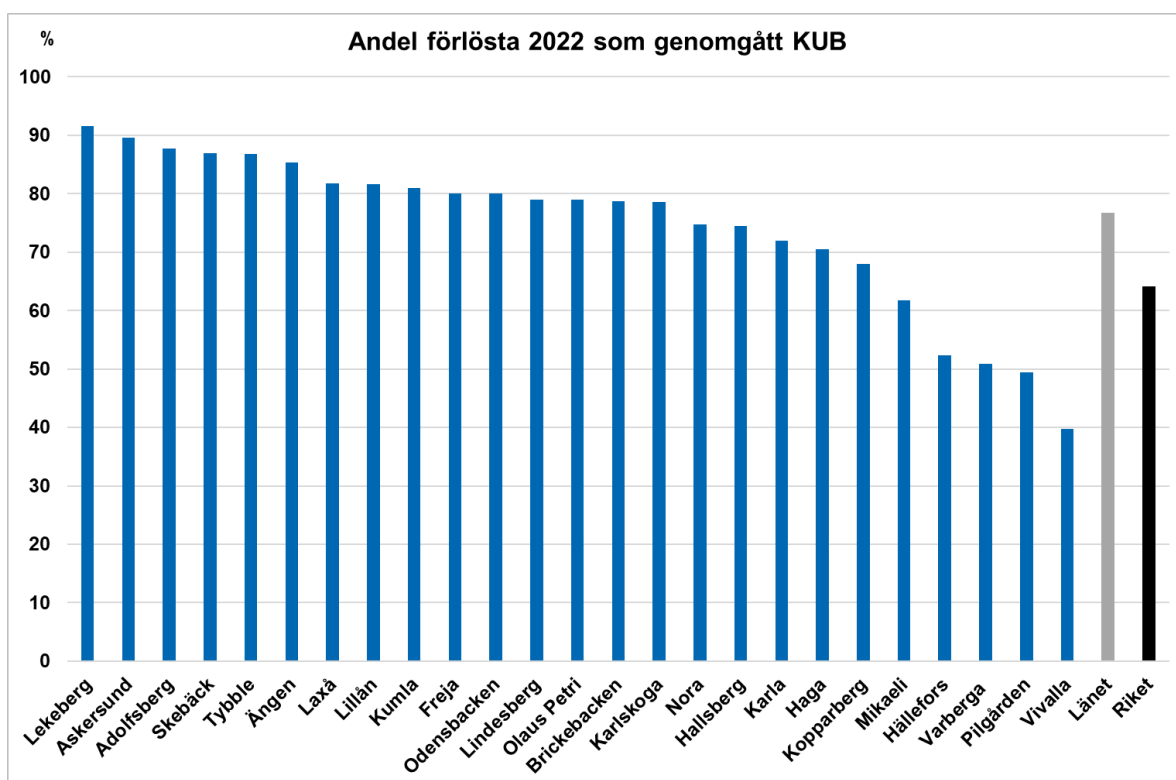


Figur 19: Andel utlandsfödda kvinnor samt andel tolk vid barnmorskemottagningar i Örebro län 2022. Källa: Graviditetsregistret.

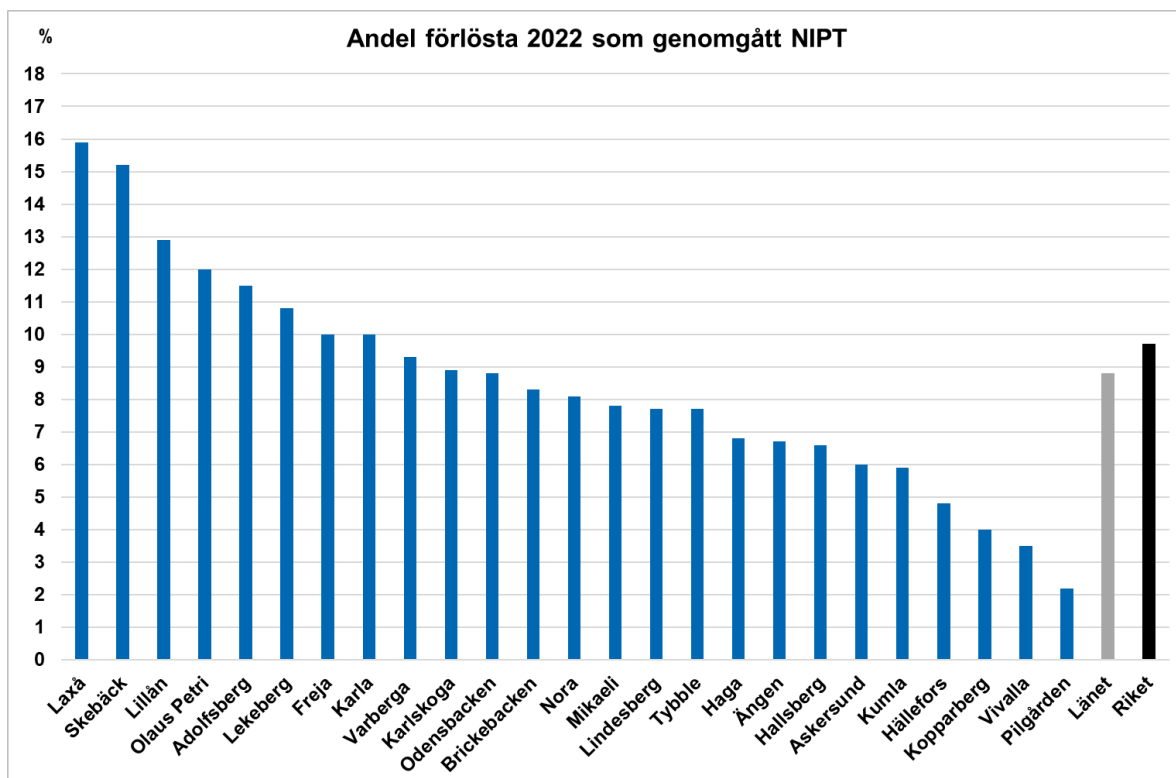
4.7 KUB och NIPT

Andel gravida som genomgick KUB (Kombinerat Ultraljud och Biokemi) i länet år 2009 var 63%. Bland gravida som födde barn 2022 låg denna siffra på 77 % vilket är en ökning från föregående år då 74 % gjorde KUB. I oktober 2017 infördes ett rutinemässigt tidigt ultraljud i graviditetsvecka 12 men detta verkar inte ha påverkat resultatet i andelen gravida som gjort KUB. Vi kan i diagrammet se stora variationer allt från 92 % i Lekeberg till 40 % i Vivalla av de gravida som genomgått KUB. I områden med många utlandsfödda görs KUB i mindre utsträckning. Man kan också se att kvinnor i socioekonomiskt starka områden i större utsträckning gör KUB.

NIPT (Non Invasive Prenatal Testing) infördes 2017 och erbjuds till gravida i vårt län som gjort KUB där provet visat på en förhöjd eller hög sannolikhet för kromosomavvikelse. Den gravida kan också köpa NIPT privat. I länet var det 8,8 %, 2022 som gjorde NIPT, år 2018 var det 3,5 % vilket är en ökning av NIPT. Länet ligger dock lägre än riksgenomsnittet som är på 9,2 %. I figuren nedan kan vi se att det finns stora skillnader mellan mottagningar och andel kvinnor som gjort NIPT. Då det är få som genomgår NIPT kan några enstaka göra stor skillnad procentuellt. Trenden kring NIPT kommer fortsätta följas.



Figur: 20: Andel förlösta per barnmorskemottagning som genomgått KUB, Örebro län 2022.
Källa: Graviditetsregistret.



Figur: 21: Andel förlösta per barnmorskemottagning som genomgått NIPT, Örebro län 2022.
Källa: Graviditetsregistret.

4.8 Graviditetskontroller

De medicinska kontrollerna under en graviditet syftar till att förebygga eller tidigt upptäcka riskfaktorer eller sjukdom hos den gravida eller barnet. Det finns ett tätt samarbete mellan länets specialistmödravård och barnmorskemottagningarna. Screening under graviditeten sker i huvudsak för anemi, infektion, hypothyreos, immunisering, hypertoni, preeklampsi, tillväxthämning och graviditetsdiabetes. Samtidigt identifieras grupper som är i behov av ökat stöd så som gravida med psykisk ohälsa, förlossningsrädsla och gravida med högt BMI. Barnmorskorna arbetar också med att förbättra levnadsvanor hos de gravida.

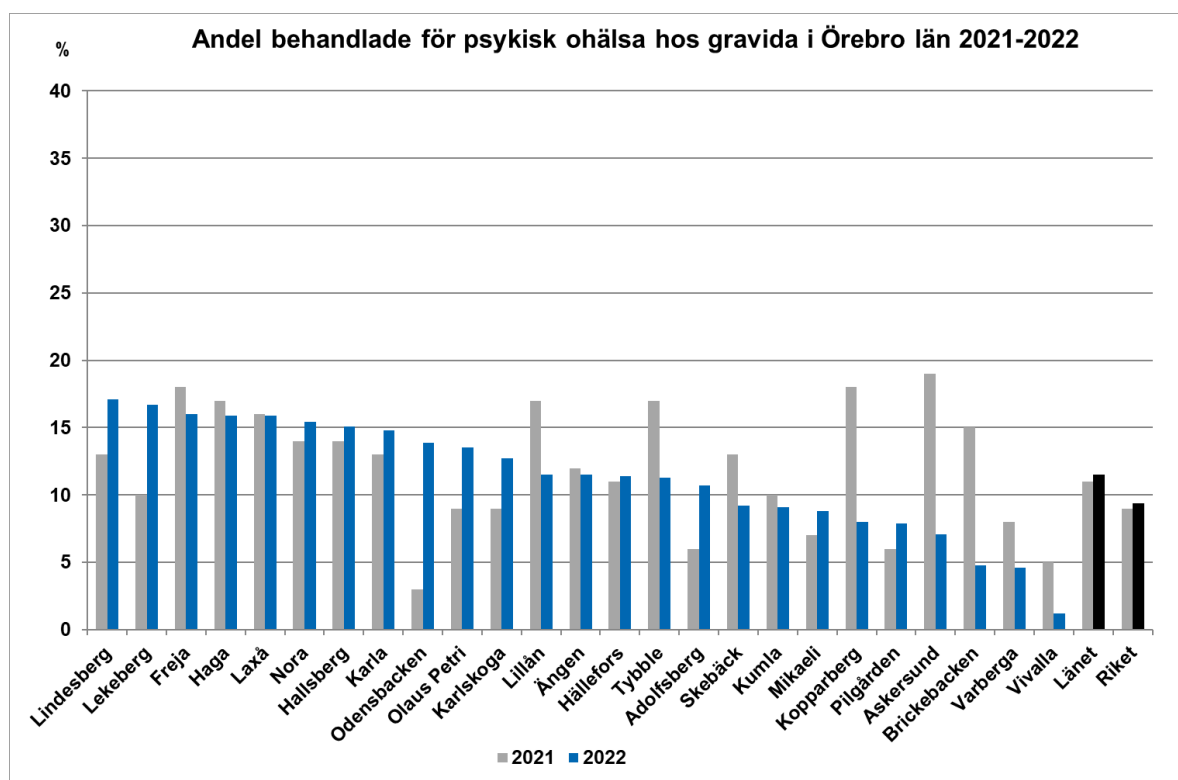
4.8.1 Läkarbesök

Under 2022 genomfördes 69 läkarbesök per 100 gravida kvinnor i länet. Dessa besök är något färre mot både 2020 (85 per 100 gravida) och 2021 (74 per 100 gravida). Vad denna minskning beror på vet vi ej. Fler sittronder då de gravida diskuteras utan ett fysiskt möte eller om barnmorskorna tar ett lite för stort ansvar (pga. för få läkartider) skulle eventuellt kunna vara orsaken. Huvudparten av de gravida som besöker läkare under graviditeten gör mer än ett läkarbesök.

4.8.2 Psykisk ohälsa

Den prenatala anknytningen och de blivande föräldrarnas samspel med det nyfödda barnet kan störas vid psykisk ohälsa. Det är därför mycket viktigt att det i mödrahälsovårdens förebyggande arbete ingår att uppmärksamma om den gravida kvinnan visar tecken på psykisk ohälsa. Förekomst av psykisk sjukdom hos gravida är lika stor som hos icke gravida. En femtedel dvs 20% har någon form av depressiva besvär och sedan tillkommer ångestsjukdomar, bipolär sjukdom och psykossjukdomar. Gravida med neuropsykiatriska funktionsvariationer är också en grupp som behöver ökat stöd under graviditeten samt de med riskbruk eller missbruk av alkohol och droger.

I figur 22 visas andelen gravida som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, och här ses skillnader. Behandlingen kan vara både medicinsk eller psykologisk.



Figur 22: Andel behandlade för psykisk ohälsa hos gravida vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2021-2022.

Källa: Graviditetsregistret

Tabell 4: Behandling för Medicinsk och psykologisk ohälsa som påbörjas före resp. under graviditet år 2018-2022.

Behandling	Påbörjades innan graviditet					Påbörjades under graviditet				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Medicinsk	3,8 %	5,1 %	5,2%	6,0%	6,1%	0,9 %	1,5 %	1,4%	1,2%	0,9%
Psykologisk	2,7 %	3,3 %	3,0%	3,7%	3,3%	3,1 %	3,6 %	4,2%	4,7%	4,5%

Källa: Graviditetsregistret

Psykisk ohälsa har genom en ny riktlinje och bildande av remissgrupp kommit att uppmärksammas mycket mer. Även på nationell nivå så ser man en generell ökning av psykisk ohälsa hos unga kvinnor vilket även återspeglas hos de gravida.

Processgrupp För att ta hand om de gravida med mer komplicerad psykisk ohälsa bildades 2017 en processgrupp. I processgruppen ingår barnmorskor från BB och förlossningen, primärvårdsbarnmorska, MHV/BHV-psykologer, kurator och psykolog från kvinnokliniken, obstetriker samt psykiatriker från Allmänpsykiatrien. Utvecklingsarbetet ledde fram till att en remissgrupp enligt nedan bildades.

Processgruppen i psykosocial obstetrik arbetade under 2022 aktivt med en ny riktlinje angående missbruk. Under 2022 genomgick Aurorabarnmorskorna (dvs de barnmorskor

som samtalar med de förlossningsrädda), psykolog och kurator, verksamhetsområde obstetrik och gynekologi, MBHV psykologer samt läkare från SMV en utbildning i förlossningsrädsla. Man beräknar att ca 15 % av alla gravida har en så stark förlossningsrädsla att de behöver ökat stöd.

PSOR (Psykosocial obstetriks remissgrupp) Remissgruppen bildades 2017 och tar emot remisser från primärvårdens barnmorskor och läkare för att kunna ge de gravida så bra stöd som möjligt under graviditeten och på rätt nivå. Remissgruppen består av psykiatriker, obstetriker, psykolog på kvinnokliniken och psykolog från allmänpsykiatri. Gruppen har träffats en gång per månad på förlossningen i Örebro för att bedöma remisser och diskutera patienter. Under pandemin har mötena skett digitalt. Remissgruppen har under 2022 haft tio mötestillfällen och tagit hand om totalt 159 remisser med lika många patientärenden. Vi ser en markant ökning från 2018 då det totalt var 57 remisser.

Många behöver graviditets- och förlossningsplanering. Även efter förlossningen är uppföljningen speciellt viktig för att kunna förebygga postpartum depression och postpartumpsykos. Depression och ångest var 2022 den vanligaste diagnosen hos de patienter som blev remitterade. Se tabell.

Tabell 5: Antal PSOR-remisser per diagnos som hanterats i Remissgruppen 2022.

PSOR-remisser 2020	
Diagnos	Antal remisser
Depression/ Ångest	78
Bipolär sjukdom	19
Stark förlossningsrädsla	10
Emotionell personlighetssyndrom	9
ADHD/ADD	9
Autism/ADHD	8
Missbruk	7
Tidigare trauman	6
Ätstörning	3
Psykosjukdom	2
PTSD	2
Schizofreni	1
Missfall	1
Avslås	2
Totalt	159

Källa: Manuell statistik

Tabell 6: Åtgärder av de PSOR-remitter/KK- remisser som hanterats i Remissgruppen 2022.

Graviditets och förlossningsplanering	
Åtgärder av PSOR-remitter	Antal åtgärder
Endast läkarkontakt	81
Psykolog och läkarkontakt	44
Kurators och läkarkontakt	13
Endast psykologkontakt	7
Aurora och läkarkontakt	6
Endast kuratorskontakt	3
Enbart Aurora	2
Aurora, psykolog och läkarkontakt	1
Avslogs	2
Totalt	159

Källa: Manuell statistik

4.8.3 Psykolog för mödrahälsovård

Inom verksamhetsområde obstetrik och gynekologi finns en psykolog med uppdrag att göra kvalificerade bedömningar och korttidsinriktade behandlingsinsatser för gravida med psykisk ohälsa och förlossningsrädsla. I uppdraget ingår även att skapa nya vägar för att samverka med andra aktörer som är delaktiga i patientens vård. Syftet är att ge en god vård och att på ett bra sätt kunna stötta patienten under graviditeten.

De flesta ärenden till psykolog är remissärende. Det finns dock ett antal patienter som aktualiseras hos psykologen efter att de har träffat läkare eller kurator.

4.8.4 MHV/BHV-psykolog

Psykologmottagningen för mödra- och barnhälsovård i Region Örebro län verkar i en vårdkedja från graviditet fram till barnets övergång till Elevhälsan. Den del av verksamheten som är kopplad till mödrahälsovården (MHV) fokuserar på att tidigt upptäcka behov av stöd kring det kommande föräldraskapet och ge insatser relaterat till det. Barnmorskornas konsultationer med psykolog för MHV är första steget i vårdkedjan för att främja barnets psykiska utveckling och hälsa genom förebyggande insatser riktade till blivande föräldrar. I barnmorskans konsultation med M/BHV-psykolog bedöms om det är aktuellt med en kontakt mellan gravid och M/BHV-psykolog gällande psykologiska delen av graviditetsprocessen och föräldrablivandet. Under konsultationen tas även ställning till den blivande föräldrarnas grad av svårigheter och behov av insatser från möjliga samarbetspartners och/eller annan vårdgivare.

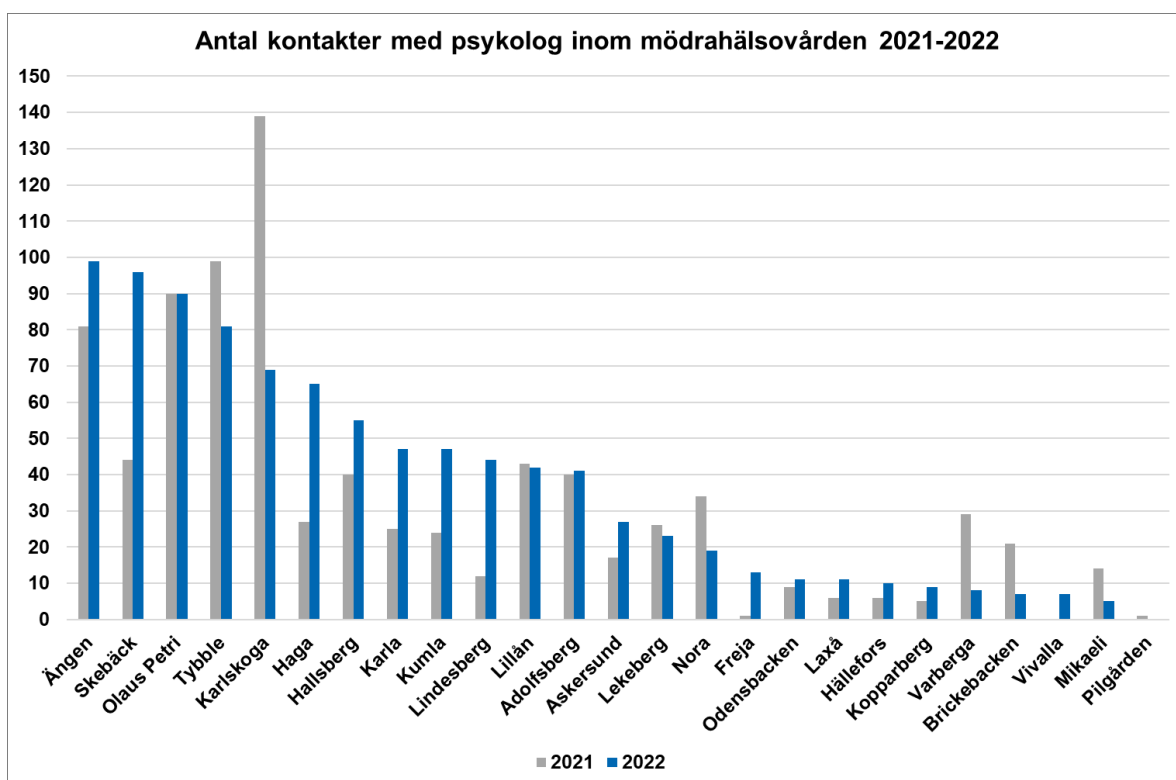
Under 2022 har Region Örebro läns Psykologmottagning för mödra- och barnhälsovård varit fullbemannad med nio psykologtjänster. Ingen större personalförändring har skett

under året. I förhållande till nationella riktlinjer, baserat på graviditetsunderlag och barnantal, ligger Region Örebro län under genomsnittet med minst tre tjänster. 30 % av Psykologmottagningens resurser förväntas gå till Mödrahälsovård (MHV) och 70 % till Barnhälsovården (BHV), vilket för Mödrahälsovården motsvarar cirka 2,5 tjänster i hela länet. Det statistiska underlag som finns idag gör det svårt att jämföra statistik mellan BHV och MHV. Dokumentationen för BHV kan ibland skrivas på mer än en person per besök, samt att det inom barnhälsovården erbjuds kortare rådgivande kontakter i form av "Föräldratelefonen" samt fler samarbetsanteckningar. Psykologgruppen anser att gravida är en högprioriterad grupp och vill gärna komma in tidigt för att förebygga ohälsa i samtliga led.

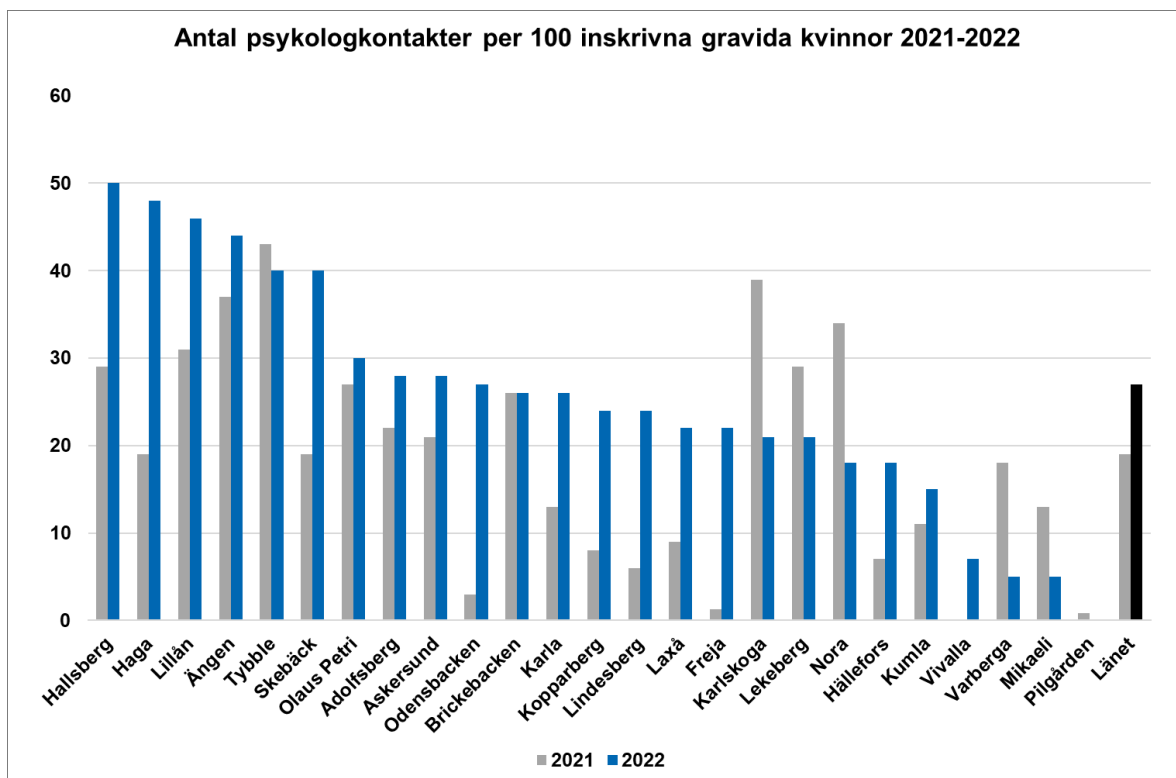
Figur 23 nedan visar antalet kontakter M/BHV-psykologerna haft med gravida och/eller partners från de olika mottagningarna. Totalt har MBHV-psykologerna haft 978 kontakter med gravida år 2022 (telefon, besök, administration) en siffra som legat ganska stabilt senaste fem åren, med ett undantag från föregående år 2021 som var något lägre. Dock har antalet M/BHV-psykologkontakter/100 gravida ökat.

Figur 24 nedan är framtagen för att enklare kunna jämföra vårdcentralerna sinsemellan. I denna tabell visas insatser per 100 inskrivna gravida. Vi kan där se att vissa mottagningar efterfrågar/får mer psykologstöd än andra.

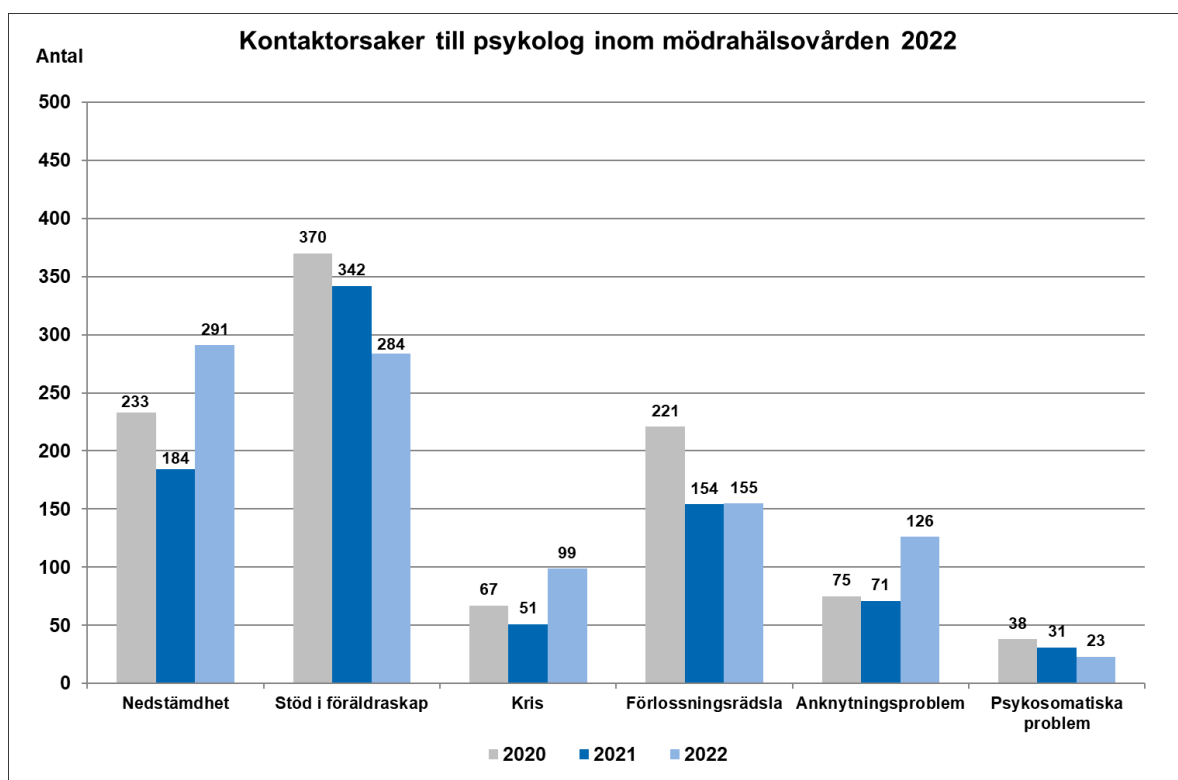
Figur 25 visar spridningen i kontaktorsaker till psykolog för mödrahälsovården 2022. Variationerna mellan år är svåra att analysera utifrån detta underlag.



Figur 23: Totala antalet kontakter (besök, telefonkontakt samt administrativa kontakter) med psykolog inom Mödrahälsovården 2021-2022. Källa: NCS Cross



Figur 24: Antal psykologkontakter (besök, telefon samt administrativ kontakt) per 100 inskrivna gravida vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2021-2022. Källa: NCS Cross och Obstetrix



Figur 25: Samtliga kontaktersaker (telefon/besök) till psykolog inom mödrahälsovården 2020-2022.
Källa: NCS Cross, Uppföljningsportalen för Region Örebro län

4.8.5 Övervikt och obesitas

Övervikt och obesitas är ett nationellt bekymmer och det ökar bland kvinnor som är gravida. Vid inskrivning på barnmorskemottagning i region Örebro län ligger andel med övervikt/obesitas på 50 % vilket är högre än riksgenomsnittet (46 %).

Risken är förhöjd för de flest komplikationer vid övervikt/obesitas som ex:

- Hypertoni, preeklampsi
- Intrauterin fosterdöd
- Trombos
- Diabetes
- Missbildningar

Normalt BMI är 18,5-25. I vårt län kan vi se att medelvärdet för både först- och omfödorskor ligger på en övervikt. Medel-BMI för omfödorskor ligger i regel högre än för förstfödorskor, se tabell nedan.

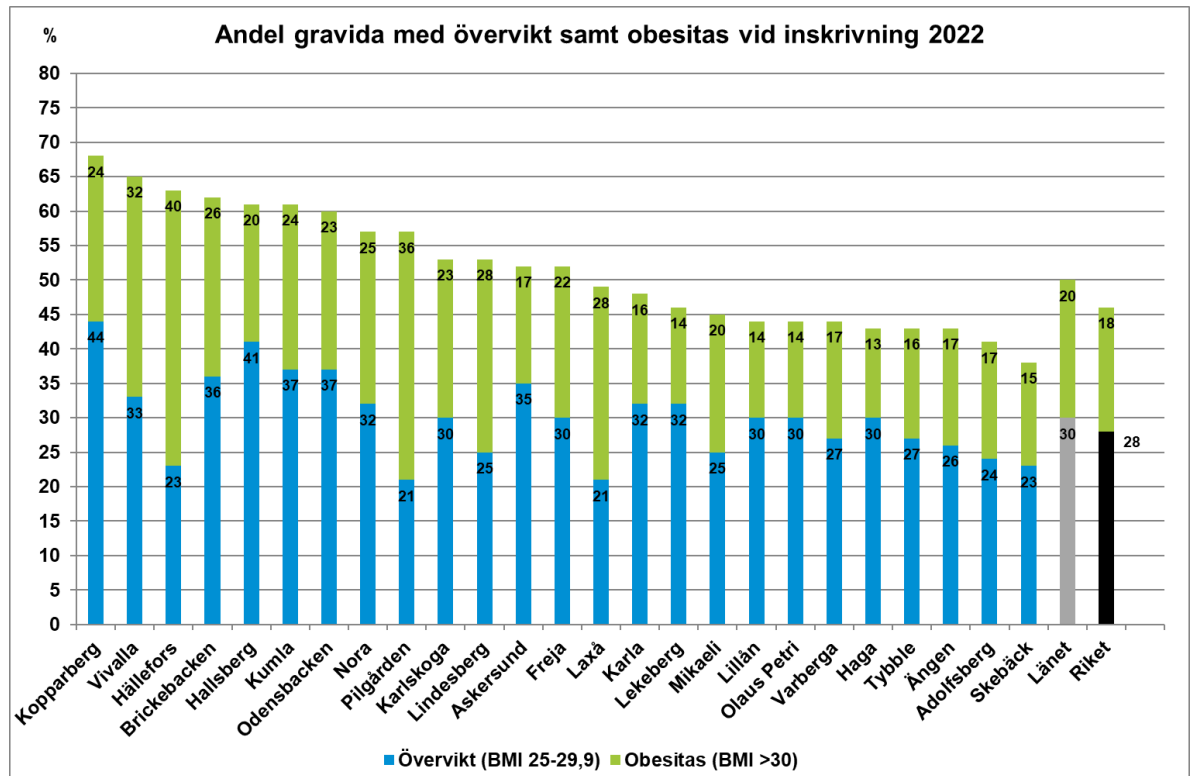
Tabell:7 Medelvärde BMI vid inskrivning Örebro län och Riket 2022 fördelat på förstfödorskor och omfödorskor.

	Förstfödorskor	Omfödorskor
Länet	25,4	26,1
Riket	24,9	25,6

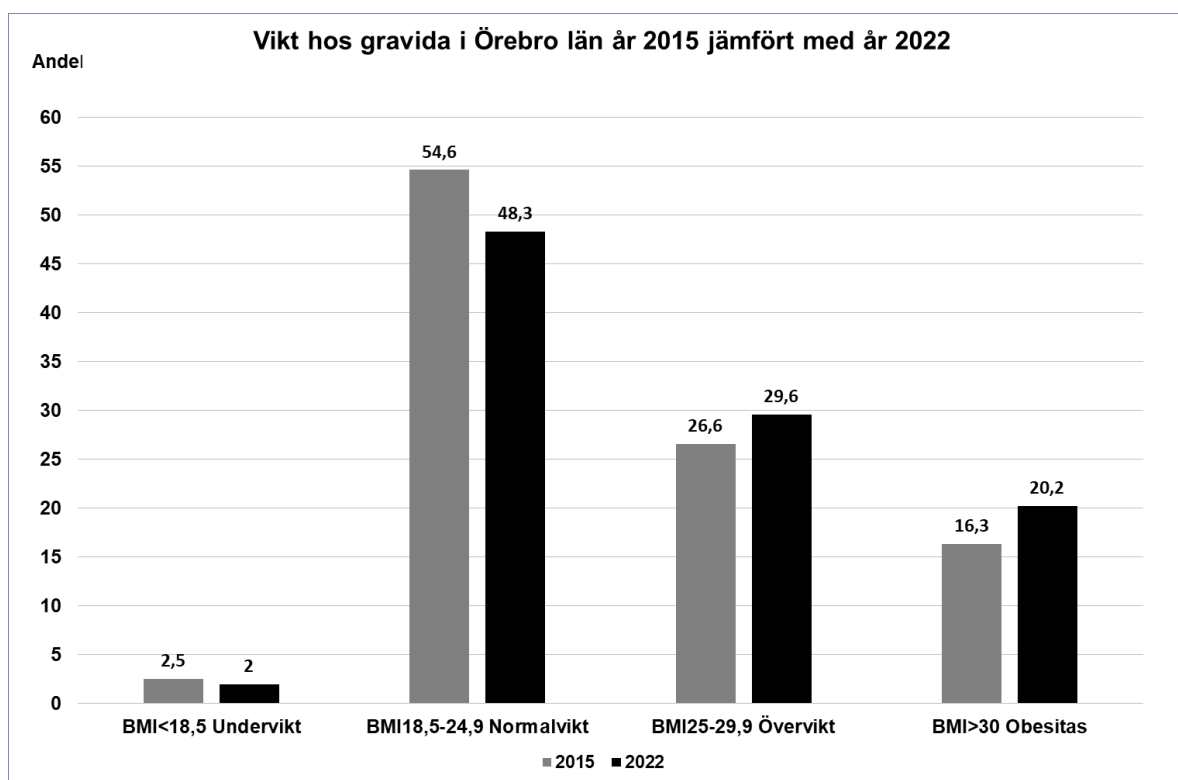
Källa: Graviditetsregistret

Andel med övervikt/obesitas per mottagning ses i figuren nedan. Det finns stora skillnader mellan mottagningar allt från 13 %-40 % gravida med obesitas. I genomsnitt i länet är det 20 % som har BMI över 30 vilket medför extra omhändertagande under graviditeten av dessa kvinnor för barnmorskorna. Överviktiga bör ha en viktuppgång på 7-11,5 kg, i vårt län ligger viktökningen på drygt 13,4 kg vilket är lite för mycket, se figur nedan.

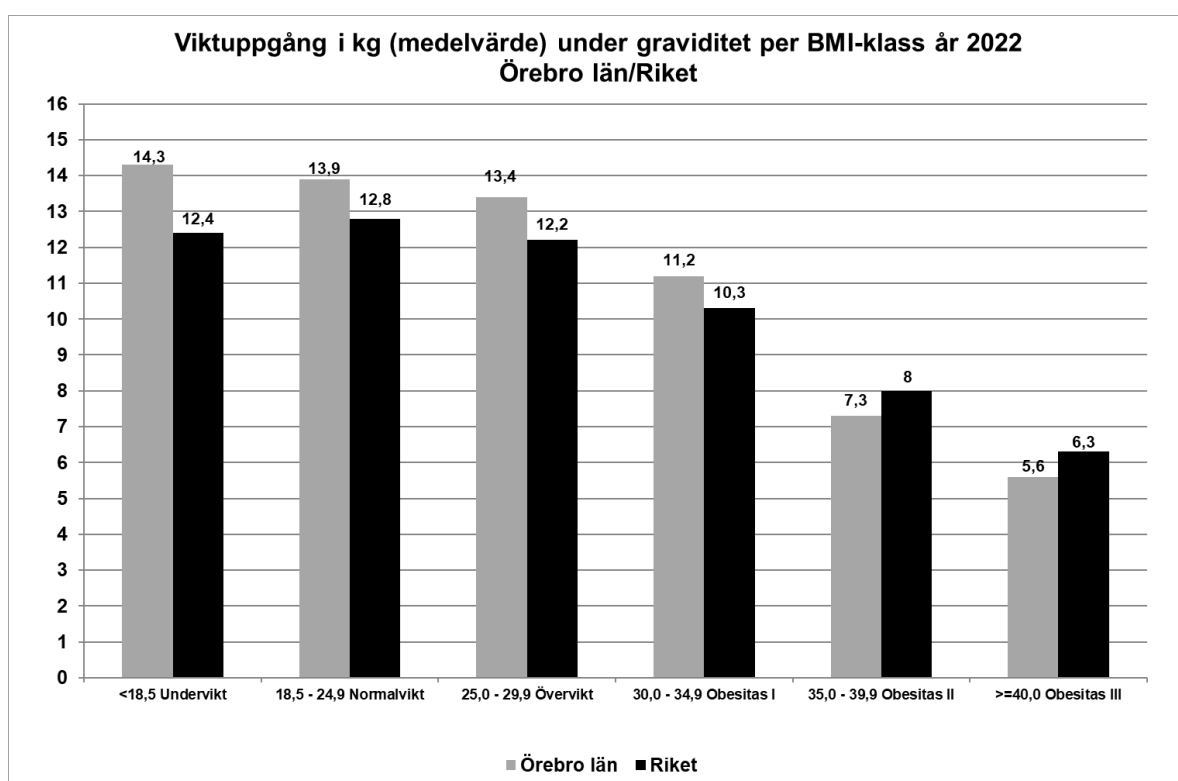
Det som är glädjande att se är att även i år så har obesitasklasserna II-III en lägre viktuppgång jämfört med riksgenomsnittet. Om detta är något som kan kopplas till den nya riktlinjen som infördes år 2017 är något vi får fortsätta att följa.



Figur 26: Andel per viktklass hos gravida kvinnor vid inskrivning vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2022. Källa: Graviditetsregistret



Figur 27: Andel gravida per BMI-klass hos gravida kvinnor i Örebro län år 2015 jämfört med år 2022. Källa: Graviditetsregistret



Figur 28: Viktuppgång i kg (medelvärde) under graviditet per BMI-grupp i Örebro län jämfört med riket år 2022. Källa: Graviditetsregistret

4.8.6 Mödrahälsovårdsdietist

Mödrahälsovårdsenheten har sedan sommaren 2019 haft en dietist vars uppdrag är fördelat 80 % patientmottagning och 20 % vårdutveckling. Mödrahälsovårdsdietisten erbjuder gravida inom målgrupper för sitt uppdrag, möjlighet till kvalificerade rådgivande samtal om kost under graviditeten och/eller postpartum. Detta för att stötta gravida rörande viktuppgång och näringsintag i syfte att minska komplikationer under och efter graviditeten. Under graviditeten ökar både energi- och näringsbehov och kunskapsnivån rörande detta varierar bland de gravida. Ett eller flera rådgivande samtal hos en dietist kan informera och motivera kvinnan att äta bättre och etablera goda vanor som är gynnsamma både för henne och för fostret under graviditeten men också i framtiden. För gravida med hyperemesis gravidarum är stöd av dietist viktigt för att gynna energi- och näringsintag samt förhindra en eventuell viktnedgång.

Mödrahälsovårdsdietisten arbetar för alla barnmorskemottagningar i regionen och samarbetar med regionens Överviktsenhet. Dietisten samverkar med barnmorskorna som erbjuder kvinnan kontakt för kostrådgivning och remitterar till dietisten. De som erbjuds samtalskontakt har efter behov möjlighet att komma på besök fram till 16 veckor postpartum. Patientverksamheten handläggs på distans med hjälp av digitala lösningar och telefon vilket har mottagits väl av patienterna. Många kvinnor har uttryckt att dessa kontaktvägar är flexibla och tidsbesparande. Mödrahälsovårdsdietisten omplacerades under hösten och är nu en del av Förstärkt barnhälsovård. Detta har bland annat medfört ytterligare ett samverkansarbete med barnhälsovården för att arbeta med frågor som rör preventivt arbete gällande barnobesitas och "haka i" mödrahälsovårdens arbete med goda levnadsvanor vilket kommer att förbättra övergången för barnet och föräldrarna mellan mödrahälsovård och barnhälsovård.

Målgrupp, kvinnor som bör erbjudas besök hos MHV-dietist:

- Gravida med BMI ≥ 30 (Uppmätt vid hälsosamtal eller efterkontroll och senast 16 veckor postpartum)
- Gravida som genomgått bariatrisk kirurgi (t.ex. Gastric-by-pass, Gastric Sleeve)
- Gravida som bedöms ha svårt att tillgodose sitt näringsbehov under graviditeten t.ex. de som av olika skäl inte kan äta, t.ex. ihållande illamående och kräkningar
- De som inte har en lämplig viktökning
- Underviktiga BMI < 18,5 (vid ätstörning kontaktas Ätstörningsenheten)

Under 2022 remitterades 225 patienter till mödrahälsovårdsdietisten och totalt antal besök inkluderat återbesök samt postpartumbesök var 601 stycken. Samtliga besök genomfördes på distans vilket är uppdelat på digitala besök via "Digital mottagning" och som telefonbesök. Kontakten med dietisten är frivillig och antal besök lika så. Det kan röra

sig om en variation i hur många återbesök kvinnorna önskade ha men det kan också bero på att det varit färre gravida 2022 jämfört med 2021.

4.8.7 Preeklampsi

Preeklampsi är en av de vanligaste komplikationerna under graviditet, förlossning och post partum vilket kan leda till sjuklighet hos den gravida och hos barnet.

Blodtryckskontroller kontrolleras på alla gravida vid varje besök (utom vid Frejasamtalet) på barnmorskemottagningarna med syfte att hitta de som insjuknar i preeklampsi och graviditetsinducerad hypertoni.

Tabell 8: Andel gravida med preeklampsi eller graviditetsinducerad hypertoni under graviditet, Örebro län 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Preeklampsi	3,0 %	2,4 %	1,8 %	1,6 %	2,9 %	2,6 %
Svår Preeklampsi/HELLP	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %
Graviditetsinducerad hypertoni	1,9 %	2,1 %	2,6 %	3,2 %	4,6 %	6,1 %

Källa: Obstetrix

Diagnosen preeklampsi ställs av specialistmödravården som också sköter behandlingen av kvinnorna. Frekvensen av preeklampsi har minskat från föregående år. Under 2020 infördes nya riktlinjer och gravida screenas för riskfaktorer för preeklampsi och beroende på vilka riskfaktorer eller hur många riskfaktorer kvinnan har kan hon få en förebyggande behandling mot preeklampsi i form av acetylsalisyra såsom Trombyl 75 mg. Det som har ökat är graviditetsinducerad hypertoni vilket kanske kan ha ett samband med den ökande andel obesitas hos gravida som vi ser i vårt län.

4.8.8 Diabetes och graviditet

För att upptäcka graviditetsdiabetes (GDM) utförs glukosbelastning. Denna utförs efter vissa screeningskriterier, antingen i tidig graviditet (första trimestern) eller i graviditetsvecka 24-28. Kriterierna för att den gravida ska genomgå en belastning skiljer sig åt mellan de olika regionerna i Sverige. Antalet gravida som upptäcks ha GDM kommer därmed att variera mellan olika områden i Sverige. Nationellt har man ännu inte kommit överens om vilka gemensamma screeningskriterier man ska ha.

Under år 2014 kom från Socialstyrelsen en ny nationell riktlinje rörande gränsvärden för graviditetsdiabetes. I den står att diagnos för graviditetsdiabetes skall ställas vid fasteblodsocker $\geq 5,1$ mmol/l jämfört med tidigare gränsvärde på $\geq 7,0$. Det innebär att fler får diagnosen graviditetsdiabetes redan på fasteblodsocker (venöst prov). Gränsvärdet efter glukosbelastning för att få diagnosen graviditetsdiabetes är enligt Socialstyrelsen: efter 1 h; 10,0 mmol/l och efter 2 h; 8,5 mmol/l vilket också är en liten sänkning av gränsvärdet. Under 2018 infördes dessa riktvärden i Region Örebro län vilket gett fler som får behandling för GDM. Riktlinje för vilka som ska glukosbelastas ändrades också 2018.

Tabell 9: Andel kvinnor som genomgått glukosbelastning, Örebro län 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Glukosbelastning	6,8 %	7,0 %	8,5 %	12,8 %	16,7 %	18,1 %	20,7 %	22,9 %

Källa: Graviditetsregistret

Tabell 10: Antal och andel kvinnor som fått diagnosen graviditetsdiabetes i Örebro län samt i hela riket 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal	54	52	43	151	239	267	417	464
Andel	1,6 %	1,5 %	1,3 %	4,4 %	7,1 %	8,1 %	13 %	15 %
Andel i Riket	2,0 %	2,0 %	2,0 %	3,0 %	4,0 %	5,0 %	6,1 %	6,0 %

Källa: Obstetrix

Andelen kvinnor som genomgått glukosbelastning har ökat från 20,7 % 2021 till 22,9 %, en del av ökningen beror troligtvis på att vi nu har fler gravida som går in i graviditeten med en obesitas. Men det kan kanske även vara att fler har en hereditet för typ 2 diabetes på grund av en ökad obesitas i samhället i stort och av den anledningen glukosbelastas. Med de nya gränsvärdena har andel graviditetsdiabetiker ökat från 1,3 % 2017 till 15 % 2022, vilket är 10 gånger mer än innan införandet av Socialstyrelsens riktlinje. Det är oklart varför en så stor ökning har skett (mer än en fördubbling sedan 2019). Idag uppmärksammas graviditetsdiabetes mer än tidigare och i och med det identifieras fler som ska glukosbelastas. Detta har naturligtvis ökat belastning på barnmorskemottagningarna, på diabetessköterskorna och dietisterna i primärvården samt på specialistmödravårdens mottagning för diabetiker. De nya riktvärdena har införts via en studie (CDC4G-studien) som fortfarande håller på att utvärderas. De nya gränsvärdena har bibehållits och kommer att bibehållas så länge utvärderingen av studien pågår.

Diabetes Typ-2

Graviditetsdiabetes kan leda till en manifest typ-2 diabetes i framtiden för de kvinnor som drabbas. En typ-2 diabetes kan förekomma redan innan patienten blir gravid och 2022 var det 12 gravida som hade det. Huvudparten av dem har behandlats med både Metformin och insulin. Över hälften av typ 2 diabetikerna var utlandsfödda.

Diabetes Typ-1

Typ 1-diabetes är en helt annan sjukdom än graviditetsdiabetes och förknippad med allvarliga komplikationer såsom njur- och ögonbottensskador dvs. nefropati och retinopati. Vid Typ 1-Diabetes saknas produktion av insulin och patienten har sedan unga år behandlats med insulin och kan därmed ha fått komplikationer av sin diabetes. Dessa gravida går enligt basprogram på barnmorskemottagning som alla andra men sköts också av specialistmödravården i samarbete med medicinklinikens endokrinologer. Samtliga

blev inducerade i vecka 38-39. Flertalet av kvinnorna hade också komplikationer i form av hypertoni och preeklampsi.

Tabell 11: Antal och andel kvinnor med diabetes Typ-1 samt utfall, Örebro län 2014-2022.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Diabetes Typ-1	15 st.	13 st.	16 st.	19 st.	18 st.	30 st.	18st.	29 st.	16 st.
Kejsarsnitt	40 %	46 %	50 %	47 %	27 %	37 %	44 %	38 %	31 %
LGA-barn*	13 %	38 %	50 %	47 %	50 %	43 %	55 %	38 %	50 %

*LGA-barn (Stor för tiden, "Large for Gestational Age") Källa: Obstetrix

4.8.9 Tyroideasjukdom och graviditet

Tyroideasjukdomar (sköldkörtelsjukdomar) är vanliga bland gravida och nyförlösta kvinnor och kan få negativa konsekvenser för både mor och barn om de inte upptäcks och behandlas i tid. Den tyroideasjukdom som är vanligast under graviditet är subklinisk hypotyreoos dvs. underfunktion av sköldkörteln, där prevalensen är 2-3 % och för klinisk hypotyreoos 0,3-0,5 %. Prevalens för en hypertyreoos (överfunktion av sköldkörteln) är endast 0,1-0,4 %. Hypotyreoos samt subklinisk hypotyreoos ökar risken för missfall, infertilitet och negativ påverkan på fostrets kognitiva utveckling. Det kan också leda till ökad komplikationsrisk under graviditeten såsom risk för graviditetsdiabetes, graviditetshypertoni, havandeskapsförgiftning, moderkaksavlossning samt prematurbörd. Risken ökar dessutom för låg födelsevikt och perinatalmortalitet.

Nationellt kom under 2014 riktlinjer för att upptäcka och behandla framför allt subklinisk hypotyreoos. De första riktlinjerna innehöll ett visst antal riskgrupper som skulle screenas men under 2017 kom man till den slutsatsen att alla gravida ska screenas för hypothyreoos med TSH. I Region Örebro län har vi sedan mitten av 2015 haft en allmän screening av TSH hos de gravida för att fånga upp framför allt den subkliniska hypotyreoos för behandling.

Gränsen för vad som ska kallas hypothyreoos under graviditet ändrades år 2017 från TSH 2,5 mIU/L till TSH 4,0 mIU/L vilket gör att färre får diagnosen.

Tabell 12: Antal och andel kvinnor som hade hypothyreoos med Levaxinbehandling i Örebro län 2016-2022.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal	295	266	209	241	195	265	183
Andel	8,6 %	7,4 %	5,8 %	7,2 %	5,9 %	7,9 %	5,9 %

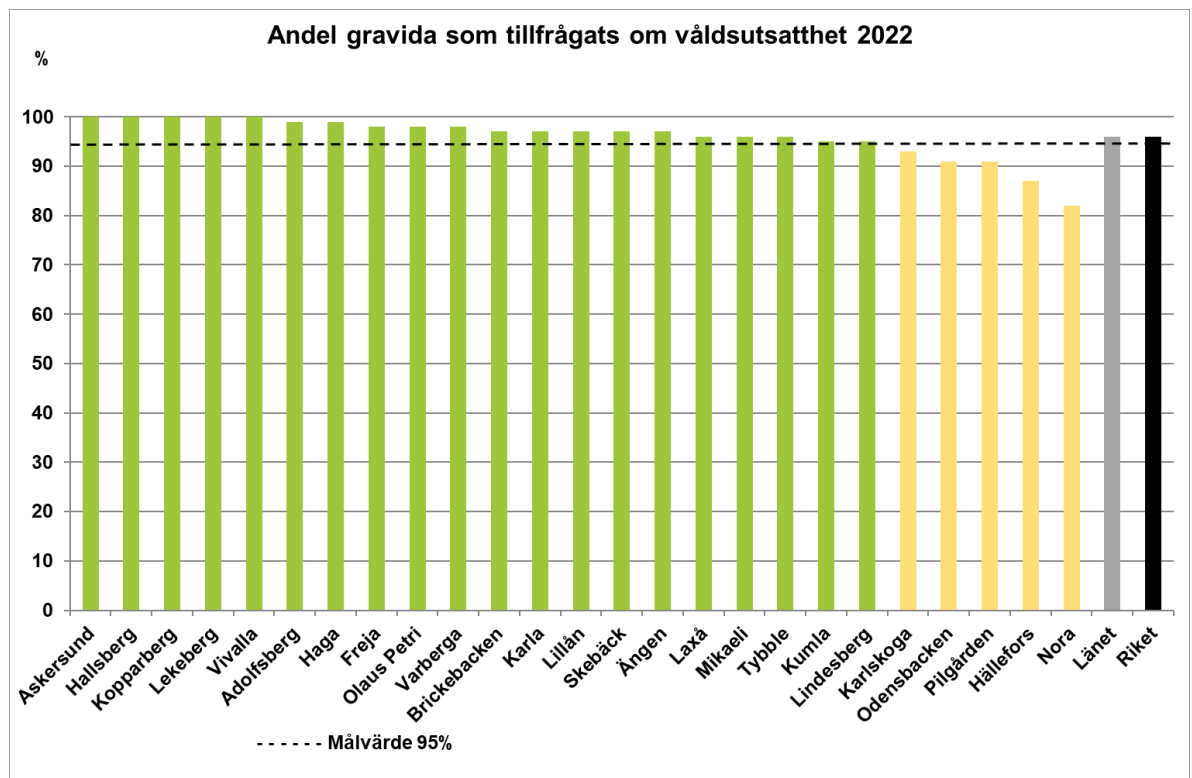
Källa: Obstetrix

Hypothyreoos är vanligare hos gravida över 30 år och det visar även siffror från Region Örebro län där 60 % var ≥ 30 år 2022. Prov på TPO-antikroppar skall tas någon gång under graviditeten men har ingen betydelse för behandlingen då man enbart går på TSH för att

reglera vilken Levaxindos som skall ordineras. Däremot har förekomsten av TPO-antikroppar betydelse för om den gravida även i framtiden kommer att få eller ha kvar en hypothyreos. Detta följs upp av distriktsläkare här i regionen.

4.8.10 Våld

Att fråga gravida kvinnor om erfarenhet av våldsutsatthet är en arbetsuppgift som barnmorskan haft i många år. Diagrammet nedan visar andel gravida som tillfrågats om våldsutsatthet. Här finns ett nationellt mål på att 95 % av alla gravida ska tillfrågas. I länet nådde vi målet då drygt 96 % tillfrågats och totalt var det 20 mottagningar (av 25) som nådde målet, vilket är några fler jämfört med förra året.



Figur 29: Andel gravida som tillfrågats om våldsutsatthet. Barnmorskemottagningar Örebro län 2022. Källa: Graviditetsregistret.

4.9 Kuratorskontakt på kvinnokliniken

Flertalet av de patienter som har kontakt med kurator på obstetrik- och gynekologimottagningens olika enheter har också kontakt med barnmorska i primärvården. Barnmorskan kan hjälpa till att initiera kontakt mellan patient och kurator. En grupp patienter aktualiseras hos kurator på obstetrik- och gynekologimottagningen i samband med fosterdiagnostik. För dessa patienter är det extra viktigt att vårdkedjan fungerar.

Kuratorn träffar också kvinnor i samband med vistelse på BB och på förlossningsavdelningen där de kan ha behov av akut kuratorskontakt. Ytterligare en patientgrupp är kvinnor med förlossningsrädsla och/eller de som genomgått en traumatisk förlossning. Även resurssvaga patienter kan behöva extra stöd av en kurator.

På obstetrik- och gynekologimottagningen och på avdelning 23 fångas de patienter upp som fått missfall eller som är inskrivna på avdelningen för avbrytande av graviditet. Det finns dessutom en kurator på obstetrik- och gynekologimottagningen som är knuten till reproduktionsmedicinskt centrum och som har utredande samtal inför donationer. Kuratorn har också en viktig konsultfunktion vilken barnmorskan kan kontakta vid behov av stöd. Många barnmorskor tar också hjälp av de kuratorer som finns på vårdcentraler eller familjecentraler. Vi vet att de kuratorerna tar emot många gravida men saknar statistik på detta. Dock lämpar sig inte alla gravida/nyförlösta till kurator på familjecentral eftersom de enbart kan erbjuda stödsamtal och ej dokumenterar.

4.10 Förlossningar

Tabell 13: Antal förlossningar på länets förlossningsklinik under 2022.

	Antal förlossningar (totalt i länet)	Antal förlossningar (kvinnor från länet)
USÖ	3092	3014

Källa: Obstetrix

4.11 Förlossningskomplikationer

4.11.1 Kejsarsnitt

Sectionfrekvensen diskuteras mycket inom professionen och orsakerna till ändringar/ökningar. Nationellt ligger sectionfrekvensen runt 19 % men med variationer i landet. Under 2022 låg USÖ på 16% och därmed långt under riksgenomsnittet.

Tabell 14: Sectionfrekvensen vid Karlskoga lasarett, Universitetssjukhuset Örebro samt Riket 2010-2022. *Karlskoga fram till den 15 juni 2019.

Sectionfrekv. %	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Karlskoga*	17,2	16,1	11,9	19,0	14,7	12,0	12,0	12,0	14,8			
USÖ	12,5	13,6	15,0	14,0	14,5	17,0	17,0	17,0	17,1	16,4	18,0	16,0
Riket	17,0	16,2	16,5	16,5	16,9	17,0	16,9	16,6	17,0	17,9	18,0	19,0

Källa: 2011-2012 SFOG Summarisk rapport för verksamhetsåret. 2013-2016 Obstetrix, Graviditetsregistret 2017-2022.

4.11.2 Intrauterin fosterdöd (IUFD)

År 2022 inträffade fem fall av intrauterin fosterdöd (IUFD) på totalt 3092 förlossningar. Denna siffra är mycket lägre än tidigare år. Eftersom IUFD är ovanligt är det svårt att dra några slutsatser. En studie-SWEPPIS studien utfördes under 2017 och 2018 med ett resultat som presenterades 2019 efter att studien i förtid hade fått stoppas pga. en ökad intrauterin dödlighet av foster i v 41+. Därmed ändrades kriterierna för överburenhet till att alla gravida skall ha möjlighet till en kontroll i graviditetsvecka 41+0 med möjlighet till induktion, speciellt förstföderskor. Under 2020 och 2021 har detta införts i region Örebro län. Alla gravida erbjuds en kontroll i v 41+0 samt induktion om det finns medicinska skäl eller om kvinnan har önskemål om det. Alla skall ha startat i förlossningsarbete före v 41+5 för att kunna vara förlösta i v 42+0. Denna nya rutin tror man nationellt kommer att minska antal barn som dör intrauterint, speciellt, hos förstföderskor.

Tabell 15: Andel fall av IUFD, Örebro län 2014-2022.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IUFD	0,28 %	0,22 %	0,35 %	0,36 %	0,41 %	0,35 %	0,41 %	0,29 %	0,16 %

Källa: Obstetrix

Studier visar att utlandsfödda kvinnor är överrepresenterade när det gäller både komplikationer och sjuklighet under graviditet så också vad gäller intrauterin fosterdöd. Detta var också fallet i region Örebro 2022. Andelen utlandsfödda var 80 % av de som drabbades av IUFD 2022.

Tabell 16: Andel fall av IUFD för utlandsfödda kvinnor, Örebro län 2014-2022.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IUFD utlandsfödda	50 %	37 %	25 %	35 %	27 %	25 %	42 %	20 %	80 %

Källa: Obstetrix

Det är generellt vanligast att intrauterina dödsfall sker sent i graviditeten. Under 2022 var det endast 20 % i fullgången tid ($\geq$ graviditets v 37), 60% var tidigare än graviditetsvecka 30 och 20 % mellan graviditetsvecka 30-37. Den största andelen skedde tidigt i graviditeten men om de ändrade rutinerna för överburenhet haft någon betydelse är svårt att dra slutsatser om pga. att det är så få fall.

Tabell 17: Andel fall av IUFD i fullgången tid, Örebro län 2014-2022.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
IUFD i fullgången tid	20 %	37,5 %	25 %	46 %	53 %	33 %	14 %	40 %	20 %

Källa: Obstetrix

Alla med IUFD blev förlösta vaginalt. En graviditet var en tvilling graviditet där det ena fostret dog i vecka 29 och det andra förlöstes i vecka 35. Förstföderskor är nationellt överrepresenterade när det gäller IUFD men inte i region Örebro detta år.

Socialstyrelsen har gjort en översikt om intrauterin fosterdöd från år 2008-2016. Det som framkom var att risken för intrauterin fosterdöd ökade med den gravidas ålder. I Region Örebro var 40 % av fallen $\geq$ med 35 år.

Översikten visade också att risken för intrauterin fosterdöd ökade med patientens BMI (Body mass index). I regionen 2022 var det endast en dvs 20% som hade ett BMI $\geq$ 30 och medel BMI var 24 dvs ett helt normalt BMI. Detta var skillnad mot föregående år.

I socialstyrelsens översyn fann man tillväxthämning som en av de vanligaste orsakerna till IUFD. 2022 var det så få fall av IUFD någon trend kunde inte ses.

Tabell 18: Vanligaste orsakerna till IUFD, Örebro län 2022.

Orsak	Andel
Tillväxthämning	20 %
Oklar anledning	20 %
Maternellt transfusion/hepatos	20 %
Knut på navelsträng	40 %

Källa: Manuell statistik/journalgranskning

Fortsatt arbete med att identifiera riskpatienter och erbjuda rätt sorts kontroller under och speciellt i slutet av graviditeten är något vi får arbeta vidare med och se om den nedåtgående trenden fortsätter.

4.12 Hemvård/Eftervård

Sedan många år tillbaka finns rutiner vid hemgång efter förlossning där friska kvinnor och barn kan gå på tidig hemgång (6 timmar efter förlossning) efter att barnläkarundersökning utförts.

Tabell 19: Vårdtider vid Universitetssjukhuset Örebro åren 2019-2022.

	USÖ 2019	USÖ 2020	USÖ 2021	USÖ 2022
Medelvårdtid vaginal förlossning	1,9 dagar	1,8 dagar	1,9 dagar	1,9 dagar
Medeltidvård vid sectio	3,5 dagar	3,2 dagar	3,0 dagar	3,1 dagar

Källa: Obstetrix

Tabell 20: Hemgång inom 48 h. Kvinnor på barnmorskemottagningar i Örebro län åren 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
USÖ	59,3%	54,8%	53,2%	52,8%	48,7%	48,8%	48,5%	47,7%	52,2%	49,8%	50,2%
KGA	29,2%	29,3%	28,2%	28,7%	26,0%	30,0%	36,7%	36,8%			

Källa: Obstetrix

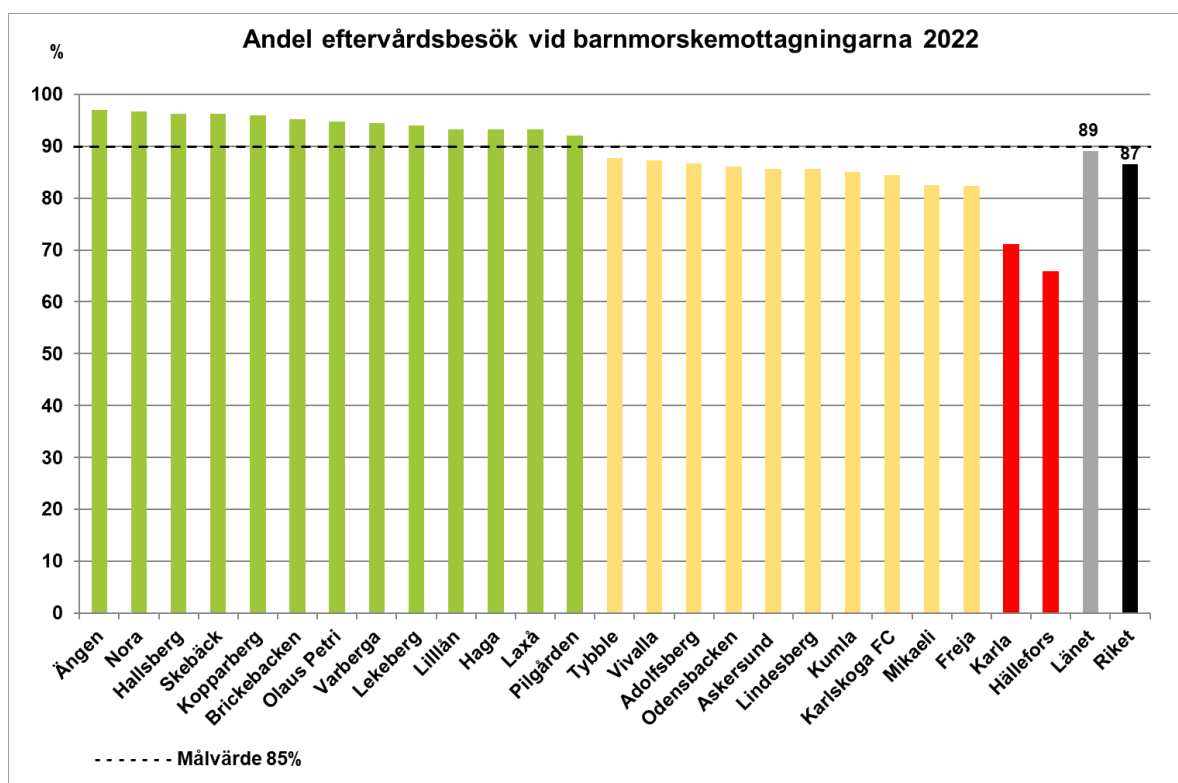
Enligt den hemvårdsmodell vi har, ska hembesök erbjudas till alla förstföderskor med hemgång inom 48 h, samt till omföderskor med hemgång inom 48 h om de tidigare haft amningsproblematik. Dessutom ska kvinnor med medicinska/psykosociala behov erbjudas hembesök oavsett hemgångstid.

4.12.1 Eftervårdsbesök

Syfte med eftervårdsbesöket är att summera kvinnans erfarenheter av förlossningen och göra en medicinsk/psykologisk uppföljning samt att ge amningsstöd. Besöket innebär också samtal om preventivmedel, samt att återknyta till diskussionen om livsstilsfaktorer. Man kan också se eftervårdsbesöket som en förberedelse inför en eventuell nästa graviditet.

Eftervårdsbesöket rekommenderas och utförs i normalfallen av barnmorskan på barnmorskemottagningen inom 6-16 veckor efter förlossningen. Om komplikationer tillstött efter förlossningen gör kvinnan ibland eftervårdsbesök hos läkare i primärvården eller på specialistmödravården som ett komplement till eftervårdsbesöket hos barnmorskan.

Under 2022 har barnmorskorna inom mödrahälsovården fått utbildning i att upptäcka kvarstående förlossningsskador samt att efterfråga besvär utifrån specifika frågor. En ny riktlinje gällande Eftervård efter förlossning är framtagen för att förbättra eftervården. Från 2022 har det nationella målet för eftervårdsbesök höjts till $\geq 90\%$ (från $\geq 85\%$) vilket vi som region inte når. För de som födde barn 2022 hade länet ett genomsnitt på 89% av de förlästa som kom på eftervårdsbesök vilket är en ökning från förra året (87%). Vi låg även över riksgenomsnittet som var 87 %. Andelen eftervårdsbesök som utförs varierar mellan de olika mottagningarna. Det var i år 12 mottagningar som inte nådde målet, vilket var fler än förra året (8 mottagningar)



Figur 30: Andel eftervårdsbesök vid barnmorskemottagningar Örebro län, kvinnor förlösta 2022
Källa: Graviditetsregistret.

4.13 Föräldrastöd

Föräldrastödsprojektet kommer att slutföras under 2023. I mars 2020 startade en digital version av föräldrastöd, Föräldraförberedande Information på Nätet (FIN).

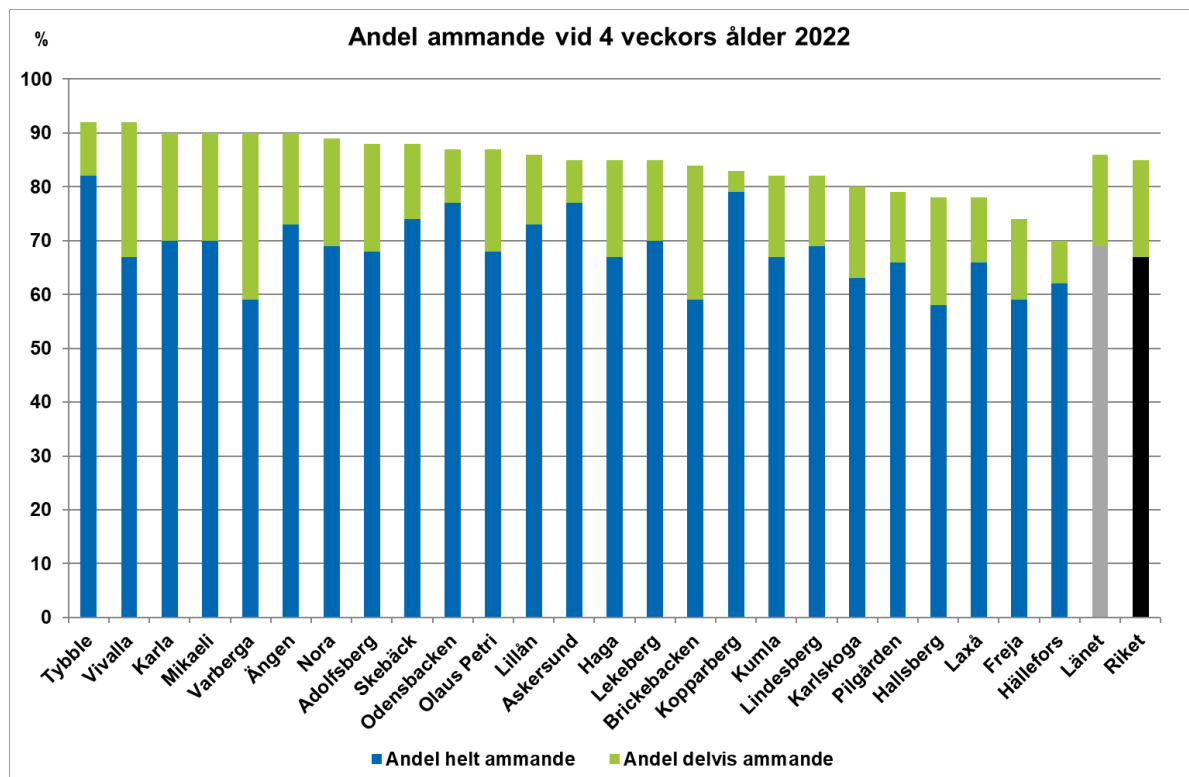
Föräldrastöds materialet kräver säker inloggning via 1177. Under 2022 deltog 781 personer i FIN med egen inloggning (gravida och deras partner) jämfört med 927 personer under 2021.

Det digitala materialet är översatt till flera språk men i nuläget är det endast den arabiska delen som finns tillgänglig. Våren 2023 har vi börjat med föräldrastöd i mindre grupper på barnmorskemottagningarna igen efter pandemin, då med det nya materialet.

4.14 Amning

Socialstyrelsen och Livsmedelsverket rekommenderar enbart bröstmjolk upp till sex månaders ålder. WHO rekommenderar att amningen skall skyddas, främjas och stödjas, inte bara under de sex första månaderna utan även efterföljande månader.

Figuren nedan visar amningsfrekvensen vid fyra veckor efter förlossningen hos de som varit på efterkontroll. Vi kan därför misstänka att den totala amningsfrekvensen är lägre, då de som inte kommer på efterkontrollen heller inte ammar i samma utsträckning. Lägst andel helammade kvinnor hade Hallsberg (58 %) och högst andel hade Tybble (82 %). Amningsfrekvensen i vårt län ligger på 69 % vilket är något högre än riksgenomsnittets 67 %.



Figur 31: Andel ammande vid 4 veckor, helt, delvis vid barnmorskemottagningar Örebro län samt Riket, kvinnor förlösta år 2022. Källa: Graviditetsregistret

4.15 Tonårsgraviditeter

Under 2022 födde 18 stycken tonåringar bosatta i Örebro län barn. Detta är lika många som 2021. De senaste åren har antalet tonårsgraviditeter stadigt minskat.

Tabell 21: Antalet tonårsgraviditeter i Örebro län år 2016-2022.

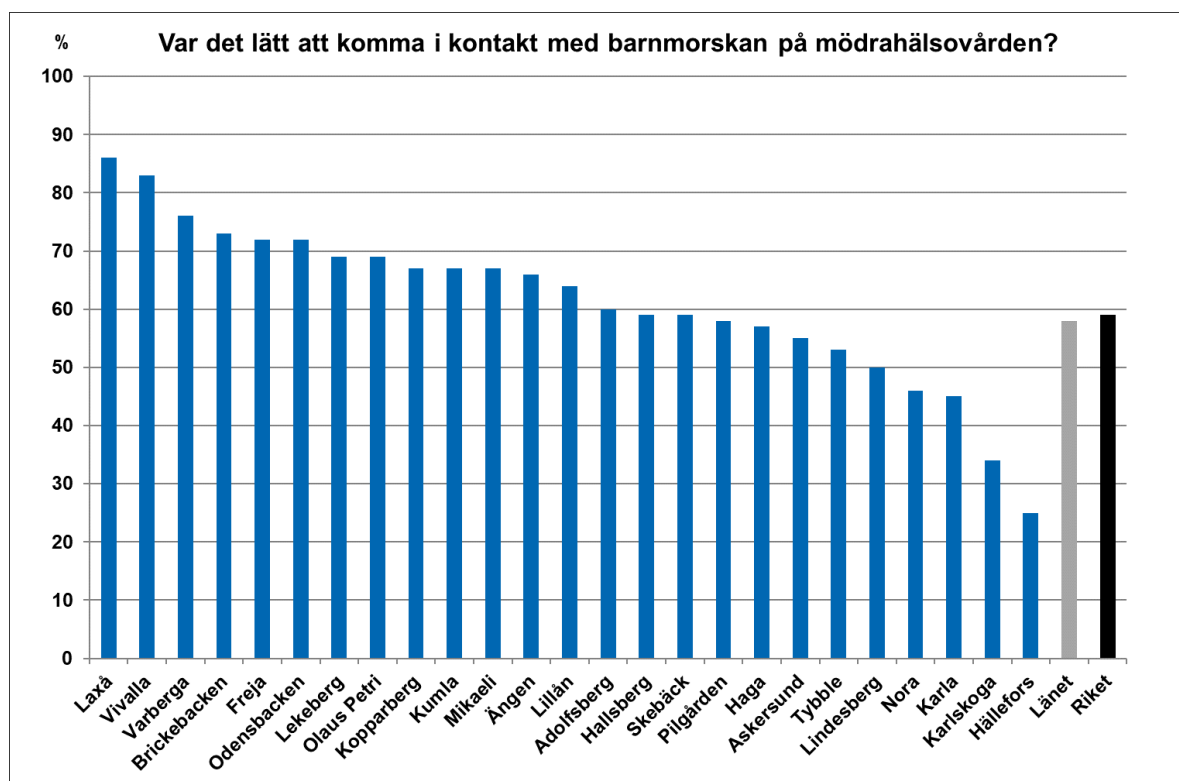
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tonårsgraviditeter	55	41	33	36	24	18	18

Källa: Obstetrix

4.16 Graviditetsenkäten

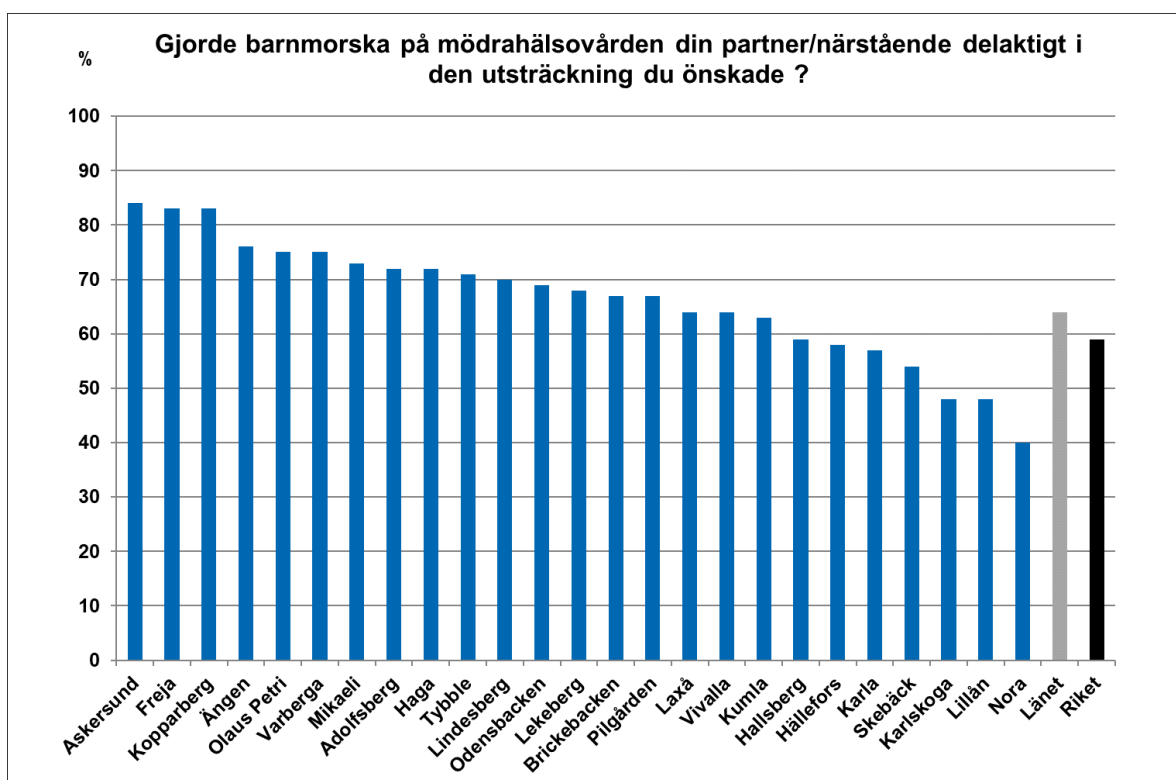
Graviditetsenkäten är tre enkäter som tagits fram av SKR i samarbete med Graviditetsregistret. Kvinnorna får enkäten via 1177 runt vecka 25, åtta veckor efter förlossningen samt ett år efter förlossningen. Frågorna i enkäten tar upp den egna hälsan under och efter graviditeten. Enkäterna innehåller även frågor om hur kvinnorna upplevt vården under graviditeten, förlossningen samt eftervården. Syftet med enkäten är att resultatet ska användas i regionernas utvecklings- och förändringsarbete.

I denna rapport har vi enbart valt ut tre av frågorna från enkät 2. Vi kan i samtliga frågor se stora skillnader mellan de olika mottagningar. Ibland finns en barnmorskebrist som förklaring till varför resultatet är lägre medans det i andra fall är svårare att förklara ett lägre resultat.

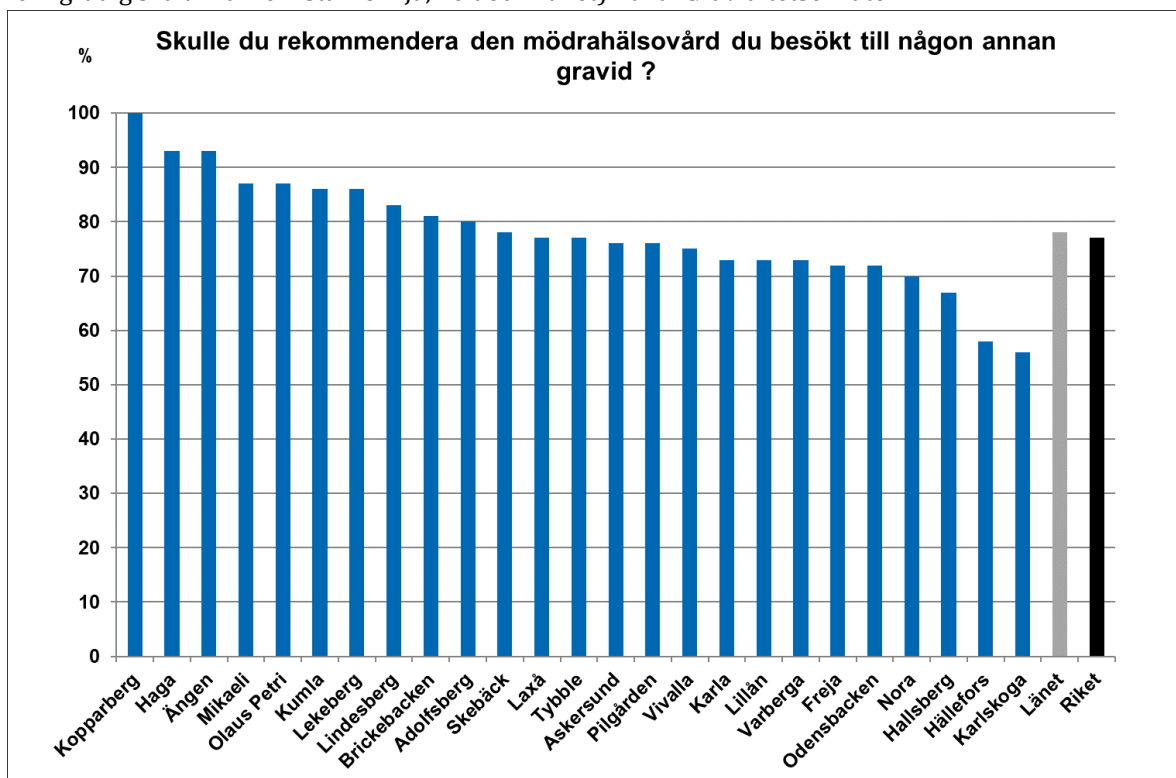


Figur 32. Fråga: Var det lätt att komma i kontakt med barnmorskan på mödrahälsovården?

Besvarad av kvinnor som fött barn 2022 (andel som svarat fem på en fem-gradig skala. Där fem står för "Ja, helt och hållet") Källa: Graviditetsenkäten



Figur 33. Fråga: Gjorde barnmorskan på mödrahälsovården din partner/närstående delaktigt i den utsträckning du önskade? Besvarad av kvinnor som fött barn 2022 (andel som svarat fem på en fem-gradig skala. Där fem står för "Ja, helt och hållet") Källa: Graviditetsenkäten

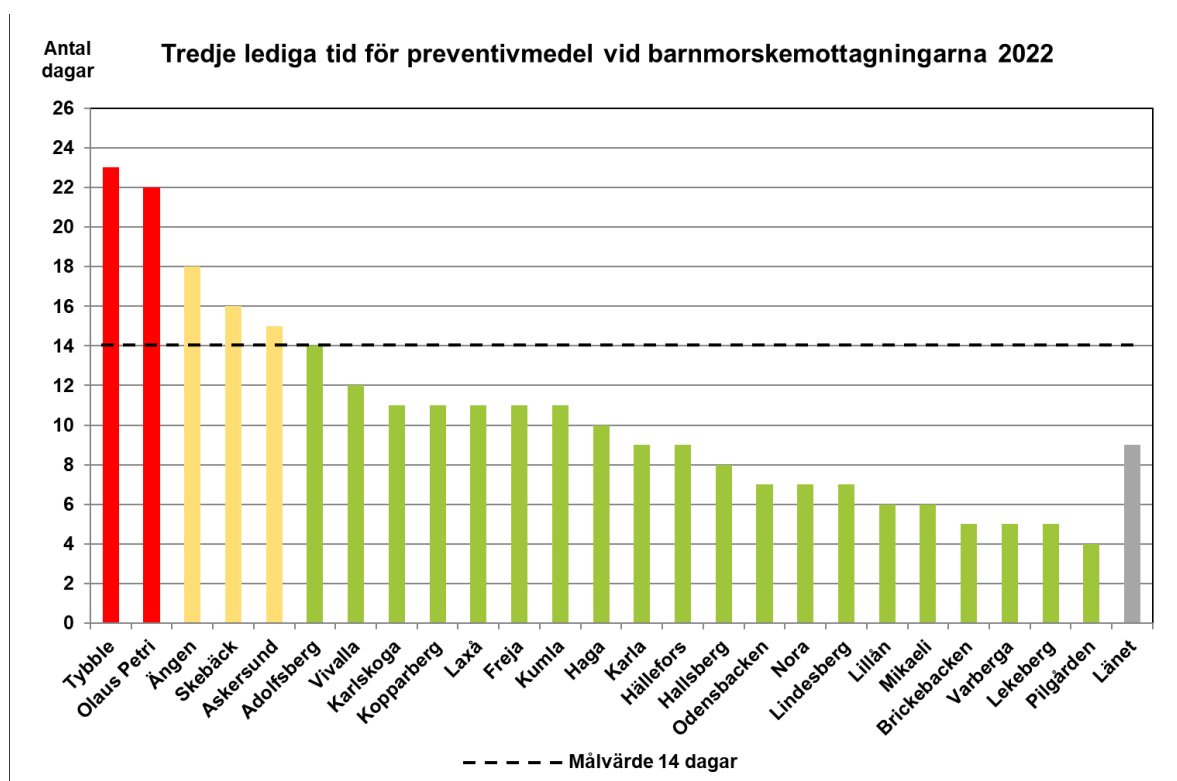


Figur 34. Fråga: Skulle du rekommendera den mödrahälsovård du besökt till någon annan som är gravid? Besvarad av kvinnor som fött barn 2022 (andel som svarat fem på en fem-gradig skala. Där fem står för "Ja, helt och hållet") Källa: Graviditetsenkäten

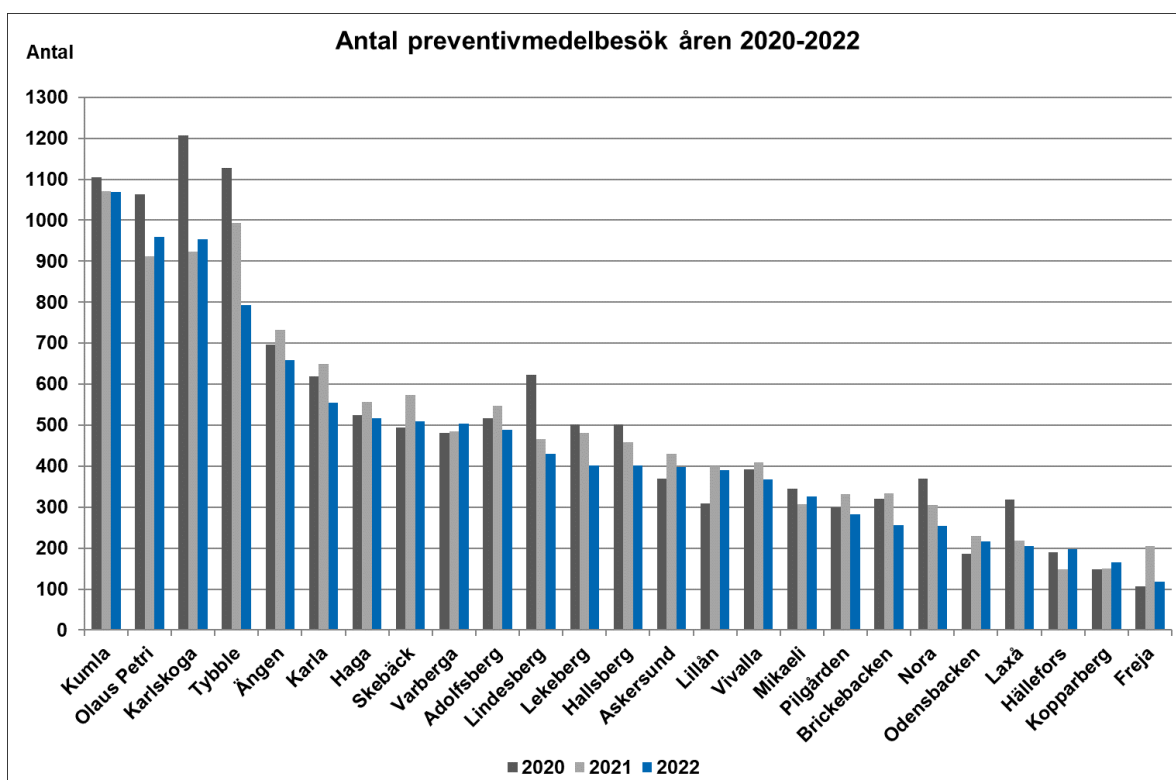
5. Preventivmedel

Rådgivning, information om preventivmedel och stöd kring den reproduktiva livsplanen är en stor del av barnmorskans arbete på mottagningen. Målet är att kvinnan ska bli nöjd med sin preventivmetod för att kunna använda den på ett korrekt sätt och förhindra oönskad graviditet. Barnmorskan har rätt att förskriva preventivmedel till friska kvinnor utan riskfaktorer. Vid kronisk sjukdom ska läkarkontakt tas.

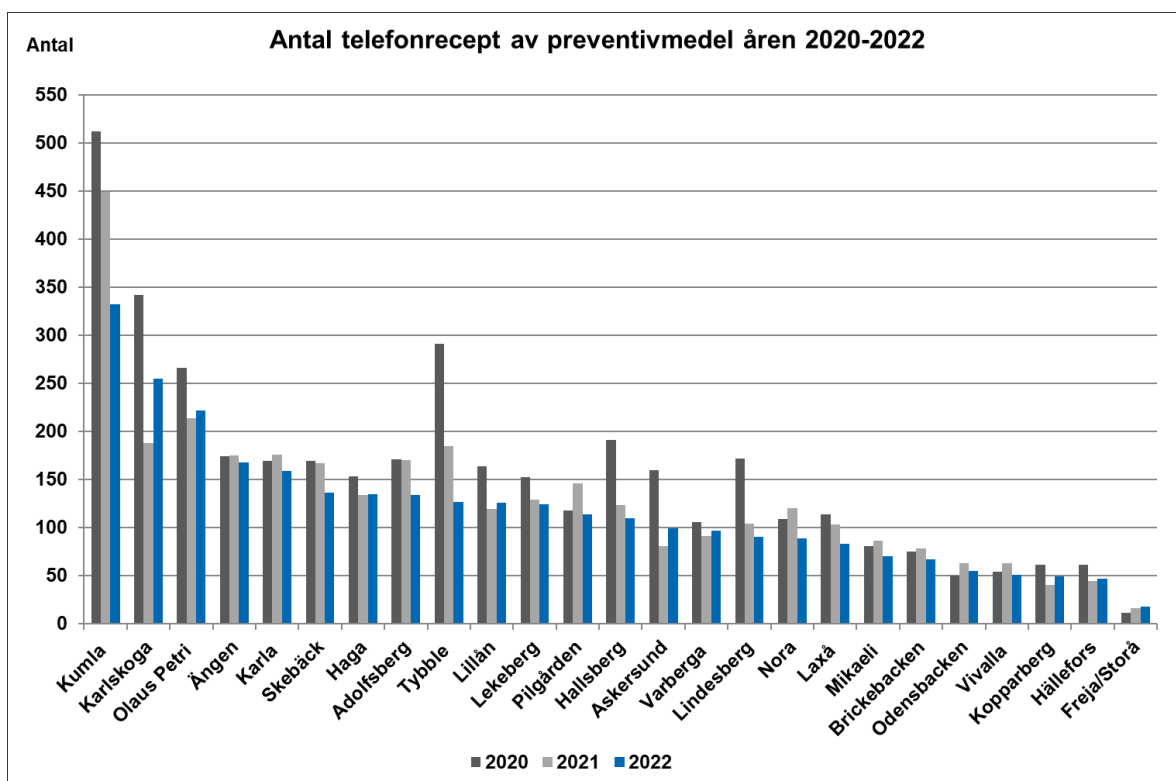
Enligt Kravspecifikationen för mödrahälsovård ska tredje tillgängliga tid (ett definierat mått) för preventivmedelsbesök finnas inom 14 dagar. Alla mottagningar uppnådde inte detta mål under år 2022, se figur nedan. Den genomsnittliga tiden för Örebro län var 9 dagar.



Figur 35: Antal dagar fram till tredje lediga tid för preventivmedel vid barnmorskemottagningar Örebro län år 2022. Källa: Manuell statistik

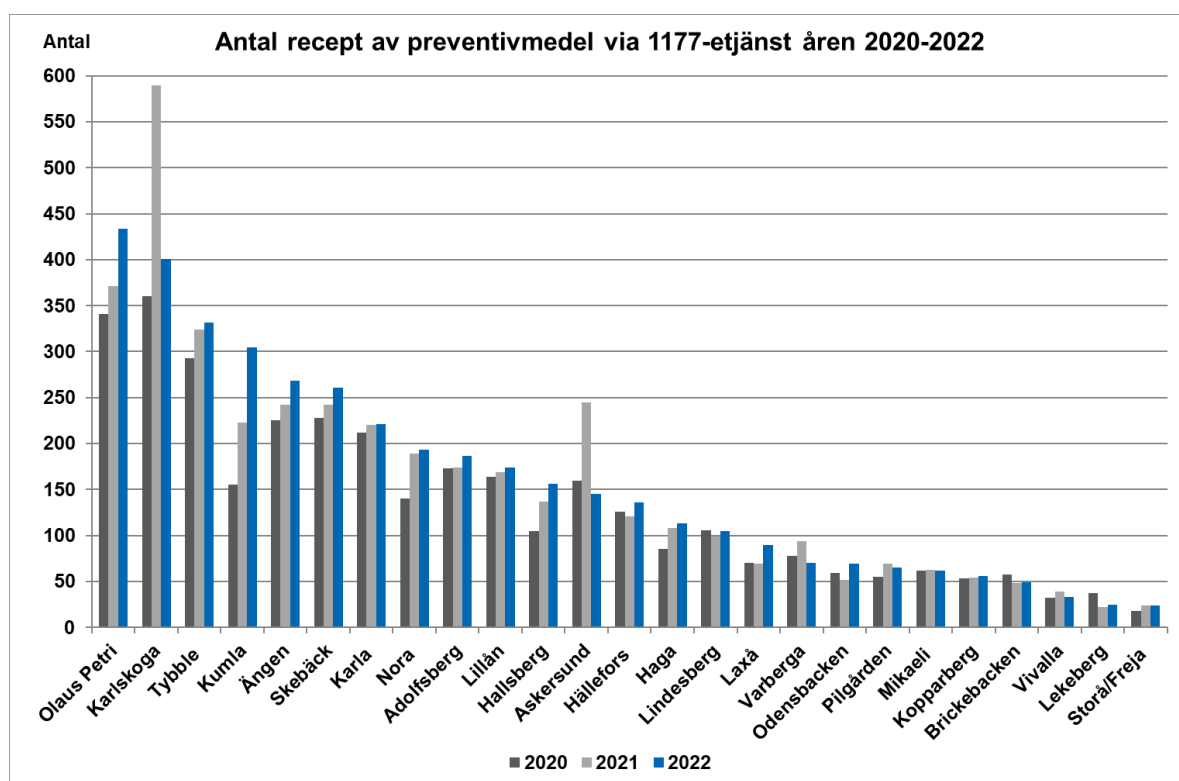


Figur 36: Antal preventivmedelsbesök vid barnmorskemottagningar Örebro län, åren 2020-2022.
Källa: NCS Cross



Figur 37. Antal telefonrecept av preventivmedel vid barnmorskemottagningar i Örebro län åren 2020-2022. Källa: NCS Cross

Antalet preventivmedelsrecept utskrivet via telefonsamtal har minskat de senaste åren, medan förnyat recept via 1177 e-tjänster har ökat. Det är nu vanligare att få sitt recept förnyat via 1177's e-tjänster jämfört med att få sitt recept förnya efter telefonkontakt.

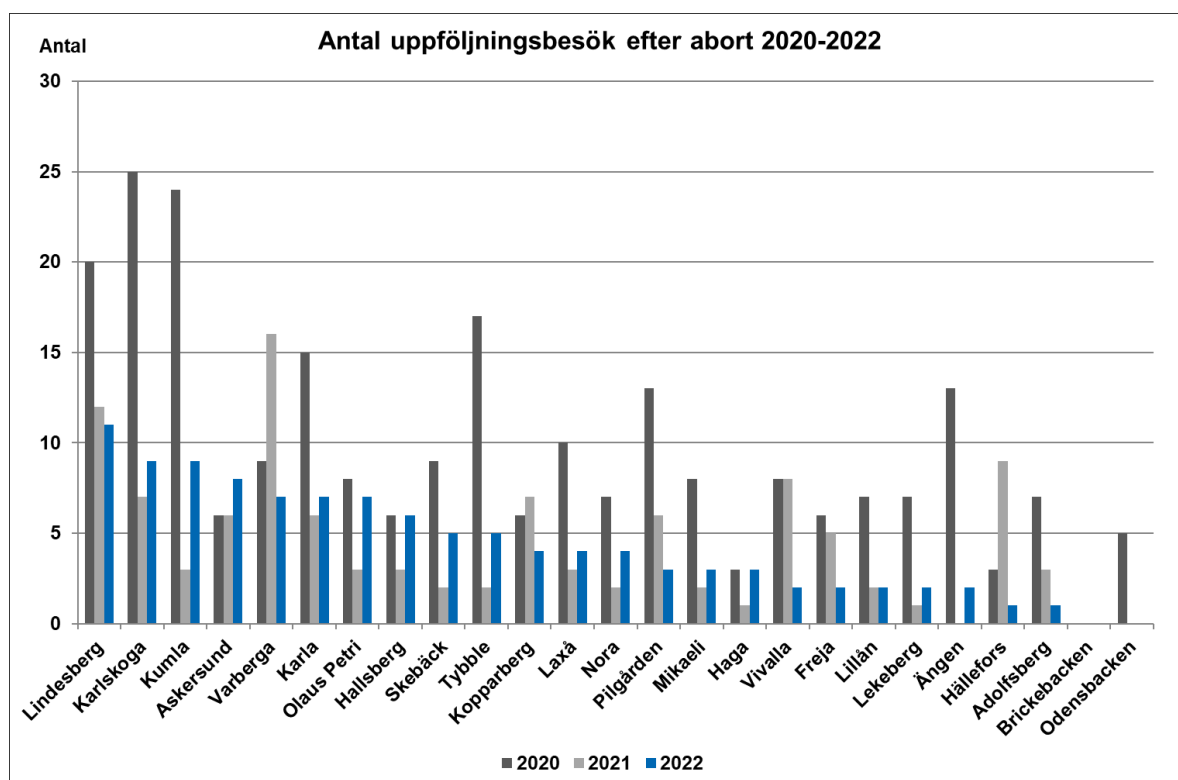


Figur 38: Antal recept av preventivmedel skrivna via 1177 e-tjänst vid barnmorskemottagningar i Örebro län åren 2020-2022. Källa: NCS Cross.

6. Uppföljning efter abort

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om Abort (SOSFS 2009:15) skall vårdgivaren säkerställa rutiner för att kvinnan erbjuds/följs upp med efterkontroll efter abort (både kirurgisk och medicinsk). Syftet är i huvudsak att säkerställa att graviditeten är avslutad.

Kvinnorna i länet som gjort medicinsk abort före vecka 9 på någon av länets kvinnokliniker har tidigare erbjudits efterkontroll hos barnmorska på barnmorskemottagning eller på ungdomsmottagning. Denna riktlinje förändrades dock under 2021, dels för att preventivmedel startas upp tidigare på kvinnokliniken, men också pga. Corona-pandemin för att minska på antalet besök. Enbart en mindre andel kvinnor kommer för uppföljning efter abort till barnmorskemottagningen. Vi kan se att antalet uppföljningar efter abort minskar på de flesta mottagningar.



Figur: 39: Antal uppföljningar efter abort som gjorts på respektive vårdcentral år 2020-2022.

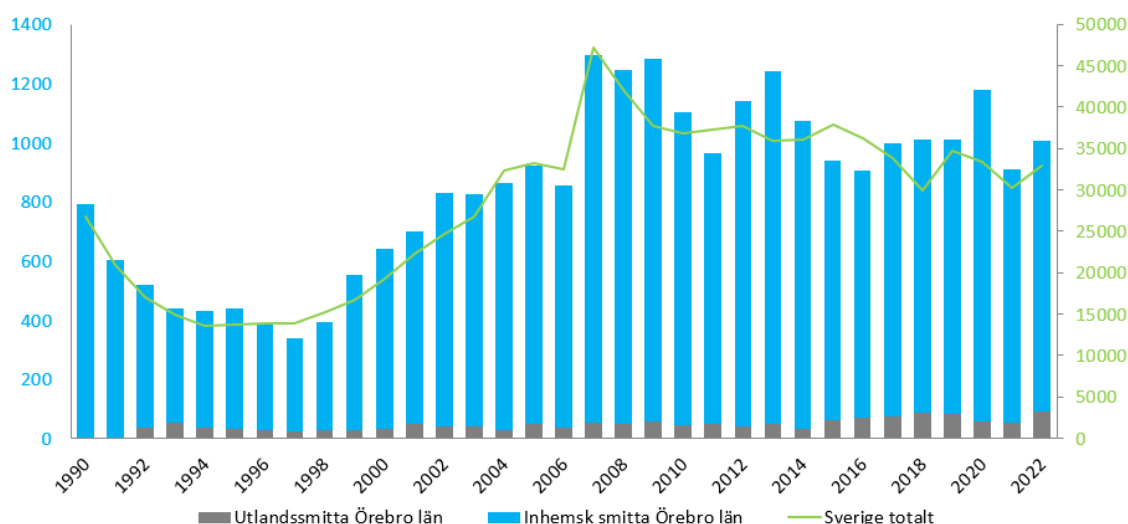
Källa: NCS Cross

7. STI

I barnmorskans uppdrag ingår STI-förebyggande arbete som i huvudsak består av information och provtagning av klamydia, gonorré, syfilis, hepatit och HIV. Under 2022 ökade klamydiasmittan från föregående år i Örebro län, se figur nedan.

Klamydia är vanligast bland både kvinnor och män i åldersgruppen 20-24 år.

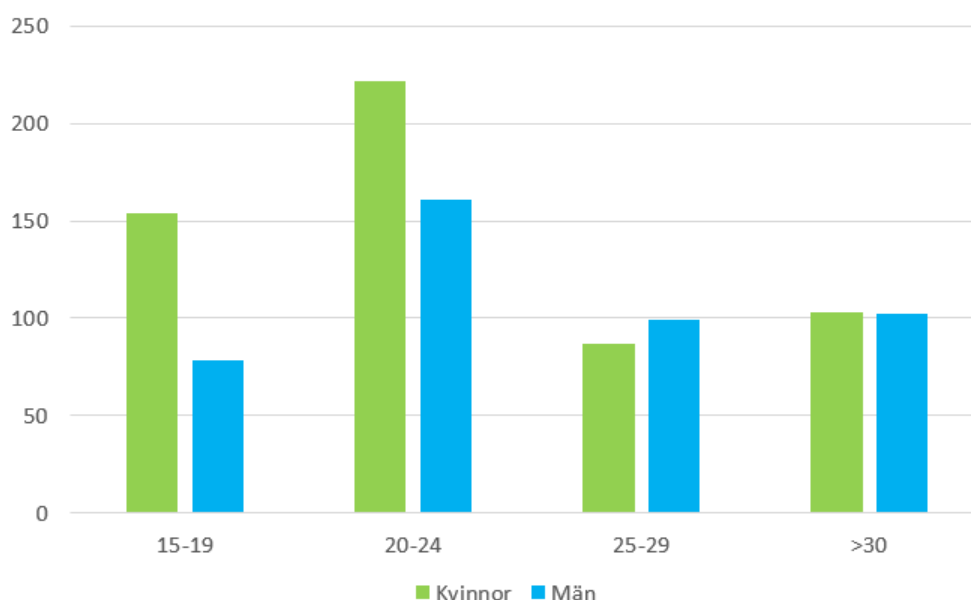
Klamydia 1990 – 2022



Figur 40: Antal kliniskt anmälda klamydiafall enl. Smittskyddslagen åren 1990-2022

Källa: Smittskyddsenheten Region Örebro län

Klamydia 2022, ålder/kön



Figur 41: Antal klamydiapositiva uppdelat i ålder och kön i Örebro län år 1990-2022

Källa: Smittskyddsenheten Region Örebro län

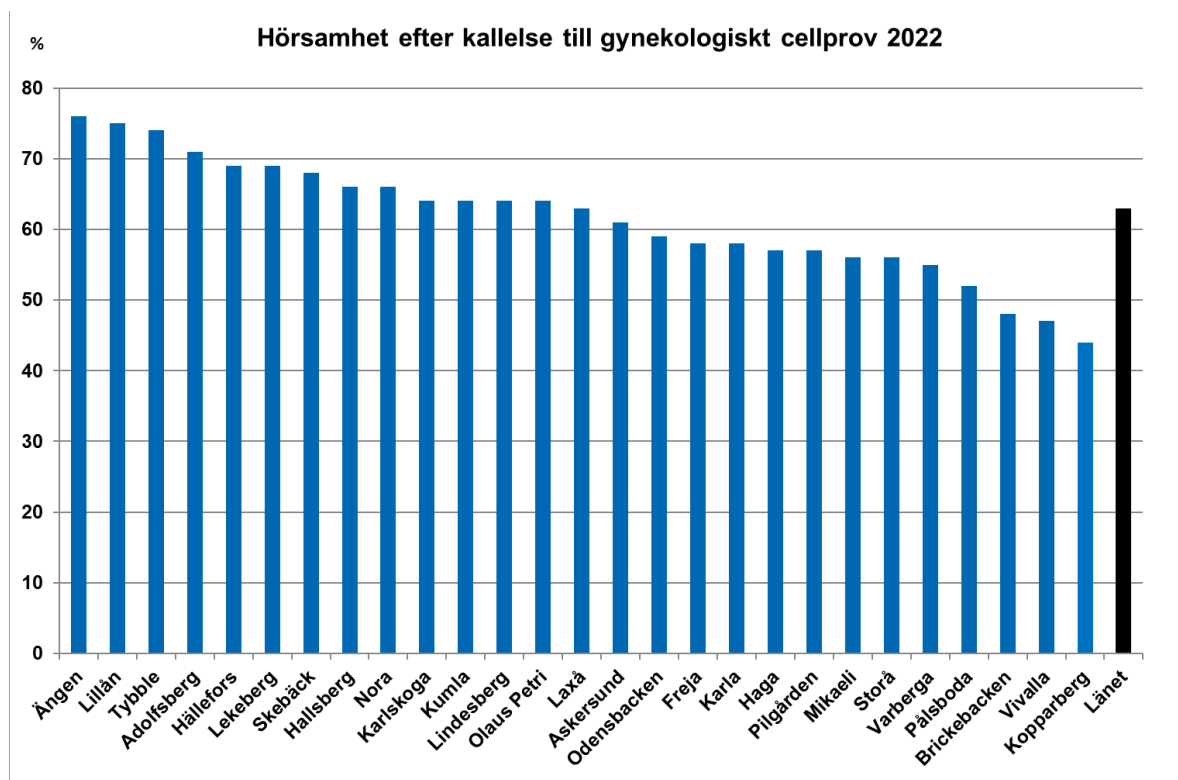
8. Gynekologisk cellprovskontroll

Cervixcancer är den andra vanligaste cancerformen hos kvinnor i världen. I Sverige insjuknar cirka 500-550 kvinnor per år. Screeningsprogram (gynekologisk cellprovskontroll) har förekommit i Sverige sedan slutet på 1960-talet i landstingens regi. Som en följd av införandet av denna screeningmetod, har cervixcancerincidensen sjunkit med över 60 % och mortaliteten med 40 %.

Sedan 2022 kallas åldersgruppen 23-34 var 3:e år, 35-49 kallas vart 5:e år och kvinnor över 50 kallas vart 7:e år, och sista provet ska tas efter 64 fyllda år.

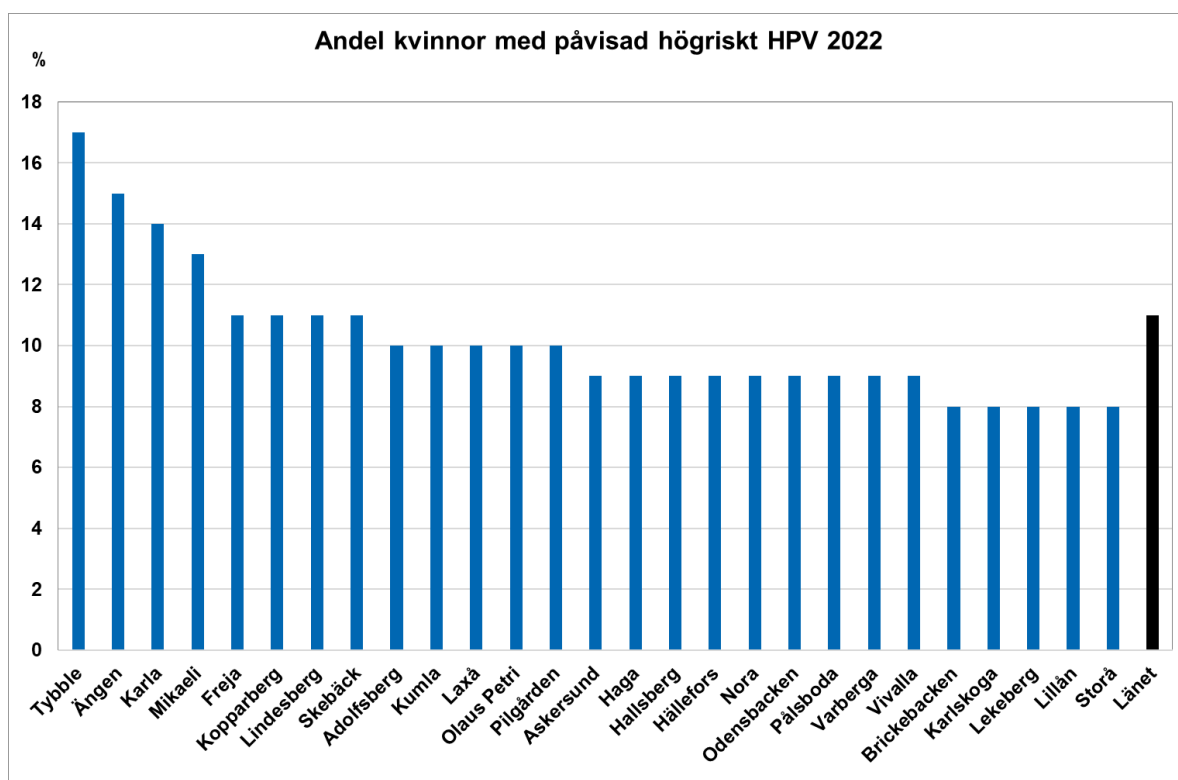
Det togs 14 360 cellprover inom ramen för screening på länets barnmorskemottagningar år 2022. Detta var färre än föregående år på grund av ändrat intervall för kallelser.

Hörsamhet, dvs. att man deltar i cellprovskontroll efter att man fått en kallelse, har stor spridning i länet. Kvinnorna som är listande på Ängen, Lillån och Tybble vårdcentral har högst hörsamhet medan kvinnorna som tillhör Brickebacken, Vivalla och Kopparberg hörsammar kallelsen mer sällan, se figur nedan.



Figur 42: Hörsamhet efter kallelse till gynekologisk cellprovskontroll Örebro län, år 2022.

Källa: Patologen, Lab. Medicinska länskliniken, Region Örebro län



Figur 43: Andel kvinnor med påvisad högrisk HPV i Örebro län, år 2022.

Källa: Patologen, Lab. Medicinska länskliniken, Region Örebro län.

HPV är en sexuellt överförd infektion (STI) som är vanligast i åldrarna strax efter sexual debut. Flertalet HPV-infektioner läker ut men en del infektioner är persistenta och kan ge cellförändringar av alla grader. Även cellförändringar läker oftast ut men en mindre andel kan utvecklas vidare till cervixcancer. Det är extremt ovanligt med invasiv cancer innan 23 års ålder, så det finns ingen anledning att ta screeningprov innan dess. HPV-infektion är mycket vanligt upp till trettioårsåldern.

Förekomst av högrisk HPV hos kvinnor i länet 2022 låg på 11 %. Vid förekomst av högrisk HPV kontrolleras även cytologi.

9. Utvecklingsområden

Psykisk ohälsa

Under 2023 fortsätter arbetet med psykisk ohälsa under graviditet. En anpassning till Socialstyrelsens kunskapsstöd behöver också utvecklas.

Vikten av fortsatt samarbete mellan MBHV-psykologerna, barnmorskorna och psykiatrin samt specialistmödravården är nödvändig. Det pågår också ett arbete för att öppna en mottagning för gravida med missbruk.

Övervikt och fetma

Stora utmaningar finns då övervikt och fetma ökar i länet. En ny utvärdering av gällande riktlinje planeras under 2023.

Föräldrastöd

Föräldrastödsprojektet kommer att slutföras under 2023. Det digitala materialet är översatt till flera språk men i nuläget är det endast den arabiska delen som har startats. Våren 2023 har vi börjat med föräldraskapsstöd i mindre grupper igen efter pandemin, med det nya materialet. Det finns också ett önskemål om att vetenskapligt utvärdera föräldrastödsprojektet.

Eftervård

En stor satsning har gjorts på eftervården. Vi har fortbildat barnmorskor, och tillsammans med verksamhetsområde Obstetrik och gynekologi, har vi tagit fram gemensamma riktlinjer. Vi kommer fortsätta att utbilda under 2023. Men vi kommer också behöva utvärdera våra riktlinjer.

FVIS

Vårt kommande journalsystem är en utmaning. Graviditet dokumenteras idag i Obstetrix och övriga besök i NCS Cross. Graviditet och förlossning kräver speciella förutsättningar, tex SF-kurva och partogram. Mödrahälsovårdsenheten deltar idag i arbetet med det nya journalsystemet, ett arbete som tar resurser, men som är viktigt för att vi ska få en bra kommande journal.

Organisation

Organisationen av både mödrahälsovård och barnhälsovård var aktuella för utredning 2019. Det framkom då tydligt att den organisation som finns idag, inte är tillfredställande. MHV- och BHV-enheterna ligger inte i linjeorganisationen, vilket gör att barnmorskor och BHV-sjuksköterskor får en dubbel styrning. Det kan ibland också ske en kollision mellan verksamhetschef/medicinsk ansvarig på vårdcentralen och MHV/BHV-enheterna hur arbetet på barnmorskemottagningarna och BVC ska utföras. Vi kommer fortsätta att driva diskussioner hur detta kan förändras för att optimera för verksamheten. Även en brist på barnmorskor finns och kommer troligtvis finnas i framtiden också som måste beaktas.



Mödrahälsovårdsenheten

Postadress: Box 1613, 701 16 Örebro

Besöksadress: Eklundavägen 11, 702 17 Örebro

Telefon: 019-602 70 36