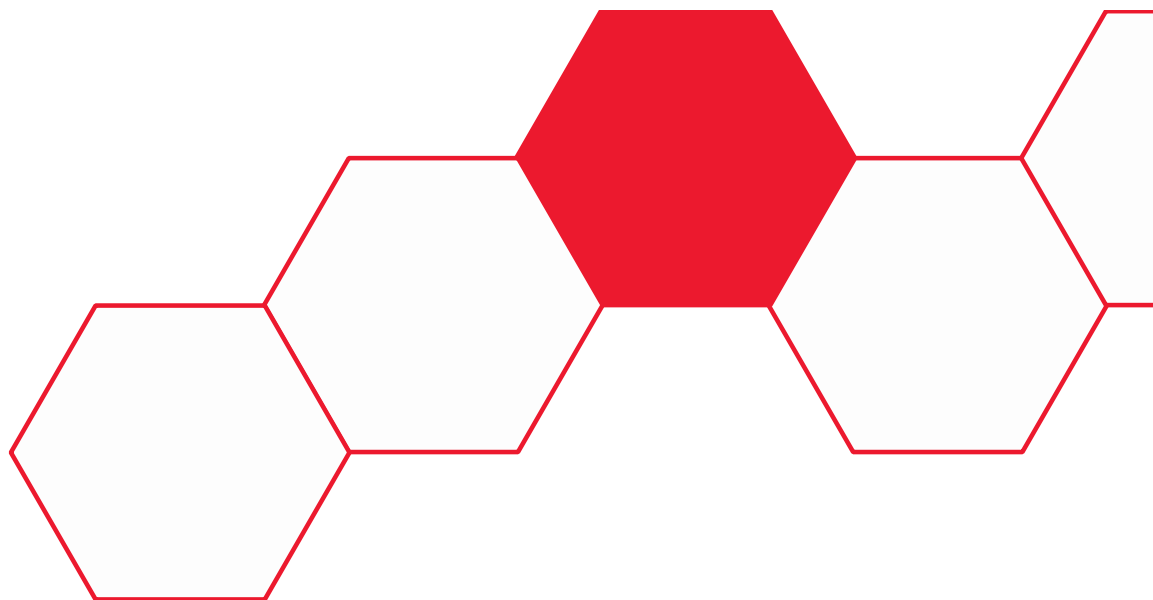


Sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne

- En nulägesanalys utifrån Kunskapscentrum kvinnohälsas uppdrag

VERSION 1.1 EXKL. BILAGOR



Förord

Kunskapscentrum kvinnohälsa tillkom efter ett beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden hösten 2015 och har under 2016 konstituerats. I uppdraget ligger att bidra till säker, god och jämlik vård inom Region Skåne och inkluderar förebyggande arbete, mödrahälsovård, uppföljning efter förlossning, preventivmedelsrådgivning, sexuell hälsa samt gynekologisk cellprovtagning enligt den organiserade screeningen. Ingående delar är framförallt kunskapsutveckling för medarbetare, arbete med vårdkedjor och riktlinjer/vårdprogram, samverkan, omvärldsbevakning och analys.

En mycket viktig bas för kommande arbete är föreliggande rapport som innehåller data och analys utifrån tillgängliga indikatorer rörande hälsa och hälsovård grundat i Kunskapscentrum kvinnohälsas uppdrag. En jämförelse mellan nationella och regionala data tydliggör hälsoläget för målgruppen i Skåne och ger möjlighet att ta fram insatser och förbättringsarbete på en övergripande regional nivå. Skillnader inom Skåne manar också till insatser för att minska den ojämlika hälsan och vården.

Med detta underlag som utgångspunkt kommer Kunskapscentrum kvinnohälsa att arbeta framåt och ta fram en plan för det kommande verksamhetsåret. Uppgifterna i underlaget kommer även att följas upp och uppdateras årligen för att följa utvecklingen och utgöra grund i fortsatt planering och prioritering.

För data och analys i rapporten svarar Andreas Vilhelmsson, disputerad folkhälsovetare och utvecklare, Alexander von Schuppler, psykolog och utvecklare och Karin Hallstedt, mödrahälsovårdsöverläkare. Layout ansvarar Ida Gunge, administratör, för. Samtliga arbetar på Kunskapscentrum kvinnohälsa, Region Skåne.

Malmö 170130

Marie Köhler

Enhetschef

Kunskapscentrum kvinnohälsa



Innehållsförteckning

Förord	
Sammanfattning	1
1 Inledning	3
2 Sexuell och reproduktiv hälsa	4
2.1 SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV	4
2.2 SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA I REGIONALT PERSPEKTIV	5
2.3 MÖDRAHÄLSOVÅRD I REGION SKÅNE	5
3 Ekonomiska förutsättningar	7
3.1 FINANSIERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGION SKÅNE.....	7
3.2 EKONOMISTYRNING OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	7
4 Indikatorer för mödrahälsovården	8
4.1 GRAVIDITET.....	8
4.2 CERVIXCANCERPREVENTION.....	23
4.3 SEXUELLT ÖVERFÖRBARA INFEKTIONER (STI)	30
4.4 ABORT OCH ANTIKONCEPTION	34
5 Viktiga samarbetspartners.....	40
6 Prioriteringsområden för Kunskapscentrum kvinnohälsa.....	41
6.1 MÅLSÄTTNINGAR.....	41
Referenser	42
Bilaga 1: Uppdrag Kunskapscentrum kvinnohälsa	45

Sammanfattning

1) 2016 upprättades Kunskapscentrum kvinnohälsa (KC KH) som ett led i en politisk satsning för att stärka sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne. KC KH har en tvärprofessionell profil där barnmorskor, psykolog, administratör, folkhälsovetare och specialistläkare i gynekologi och obstetrik ingår.

2) Kunskapscentrum kvinnohälsa ska arbeta regionövergripande med kunskapsstöd och fortbildning i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa, folkhälsofrågor inom mödrahälsovården inklusive cervixcancerprevention, sexuellt överförbara sjukdomar samt antikonception.

3) Föreliggande rapport är den första i sitt slag och syftar till att beskriva organisationen avseende sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne samt nyckelindikatorer för: (I) graviditet, (II) cervixcancerprevention, (III) sexuellt överförbara sjukdomar (STI), samt (IV) abort och antikonception.

4) Den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor i Skåne är generellt i nivå med det nationella genomsnittet mätt med resultatindikatorer för graviditet, cervixcancerprevention, STI och antikonception.

5) **Graviditet:** Statistik om antalet besök i mödrahälsovården (MHV) under graviditet är något svårtolkad på grund av den skillnad som finns mellan två datakällor – Pasis och Medicinska födelseregistret (MFR). Tillgänglig statistik tyder dock på att kvinnor med endast grundskoleutbildning, kvinnor med tolkbehov samt kvinnor födda utanför EU har färre barnmorskebesök under graviditeten jämfört med kvinnor med högre utbildning, kvinnor som är svensktalande samt kvinnor som är födda i Sverige. Samma mönster framträder gällande eftervårdsbesök. Dessa skillnader kräver uppmärksamhet då det inom de förstnämnda grupperna finns en högre prevalens av fetma, tobaksanvändande och alkoholkonsumtion och därmed större risker för ohälsa och även hälso- och sjukvårdsbehov. Skillnaden mellan vårdbehov och antal besök hos dessa grupper går på tvärs mot existerande nationella och regionala mål om jämlik vård. Ett liknande mönster återfinns gällande fosterdiagnostik, där kvinnor födda utanför Norden och kvinnor med grundskoleutbildning eller lägre, genomgår KUB-test i mindre utsträckning än andra grupper. Utifrån tillgänglig data går det dock inte att dra några slutsatser kring om denna skillnad beror på attitydskillnad gentemot dessa test, eller skillnad i tillgänglighet till test.

Användande av alkohol hos gravida i Skåne är lägre än det nationella genomsnittet, men däremot är rökning mer vanligt hos gravida i Skåne jämfört med det nationella genomsnittet.

Fetma har ökat i Sverige de senaste tio åren, även bland gravida. Denna trend återfinns också i Skåne där prevalensen av fetma under graviditet är jämförbar med det nationella genomsnittet. Fetma är kopplat till graviditetsdiabetes (GDM) och Skåne har, till skillnad från andra landsting, valt att screena samtliga gravida för GDM genom peroral glukosbelastning. Prevalensen av GDM är högst i Skåne av samtliga landsting. Den höga prevalensen av GDM i Skåne bedöms bero på ett omfattande screeningförfarande snarare än sämre hälsa hos de gravida i Skåne. Frånvaro av nationell konsensus kring cut off-nivåer kan också bidra till skillnad mellan Region Skåne och andra landsting.

Psykisk ohälsa under graviditet har uppmärksamats mer under de senaste åren. Skåne har i olika undersökningar visat sig ha högst andel kvinnor som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med andra landsting. Skåne har också en högre andel kvinnor med psykiatrisk diagnos vid förlossning post partum jämfört med andra landsting. Gällande andelen kvinnor som erhåller behandling för psykisk ohälsa under graviditeten ligger Skåne

under det nationella genomsnittet. Detta gäller även andelen som erhåller extra stöd för förlossningsrädsla. Kvinnor födda utanför Norden erhåller mindre stöd för förlossningsrädsla än kvinnor födda i Sverige, trots att prevalensen av förlossningsrädsla är högre hos utlandsfödda kvinnor än kvinnor födda i Sverige. Det föreligger således en diskrepans mellan vilka som i störst utsträckning upplever psykisk ohälsa under graviditeten och vilka som erhåller stöd. Det föräldrastöd i grupp som erbjuds inom MHV i Skåne har något högre deltagande jämfört med det nationella genomsnittet. I de flesta fall deltar både blivande mammor och pappor.

6) **Cervixcancerprevention:** Täckningsgraden för cervixcancerscreening i Skåne har ökat under de senaste tio åren och är nu jämförbar med det nationella genomsnittet, även om täckningsgraden fortfarande är 4 procentenheter under det nationella målet på 85 procent. Åldersgruppen 31-50 år har lägst deltagande i cytologisk screening bland de åldrar som deltar i screeningprogrammet. Täckningsgraden gällande HPV-vaccination hos flickor innan sexualdebut är 78 procent, vilket är 3 procentenheter under det nationella genomsnittet. Region Skåne kommer som ett led i ett nationellt initiativ inkludera HPV i sitt screeningprogram från och med 2017.

7) **STI:** Undantaget HIV och syfilis har antalet sexuellt överförbara infektioner ökat i Sverige under de senaste fem åren, och denna nationella trend avspeglas även i Skåne. Det är okänt hur stor del av ökningen av övriga sexuellt överförbara infektioner som förklaras av förbättringar i testmetoder och av ökat antal genomförda tester. Inga tillgängliga studier visar på att den nuvarande ökningen beror på en förändring av sexuellt riskbeteende.

8) **Abort och Antikonception:** Tonårsaborterna har minskat stadigt i Sverige de senaste tio åren, vilket antas bero på mer utvecklade preventivmetoder och subventioneringar av preventivmedel. Användandet av långtidsverkande preventivmedel ökar i alla åldersgrupper både i riket och i Skåne, vilket borde vara en viktig faktor för att minska antalet oönskade graviditeter. Rapporteringen av abortstatistik har varierat mycket de senaste åren och upphörde tillfälligt under 2013 för att därefter återupptas efter en förenkling vilket gör att siffrorna är svåra att jämföra över tid. Sedan 1 oktober 2016 tillåts att personnummer registreras för aborter i patientregistret, men det har ingen koppling till den nationella abortstatistiken, och det finns därför ingen möjlighet att göra regionala jämförelser.

9). En handlingsplan för KC KH:s arbete under 2017 har utformats utifrån den modell för utvecklingsarbete inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som WHO presenterat i sin Europeiska strategi för SRHR och som kategoriserar aktiviteter i fyra dimensioner av (1) hälsofrämjande insatser, (2) bevakning av forskning, (3) byggande av partnerskap samt (4) förstärkning av hälso- och sjukvårdssystem.

Handlingsplanen kommer revideras årligen utifrån hälsoindikatorer samt nationella och regionala prioriteringar inom SRHR.

1 Inledning

Under 2016 upprättades Kunskapscentrum kvinnohälsa (KC KH) som ett led i en politisk satsning för att stärka sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne. KC KH har en tvärprofessionell profil där barnmorskor, psykolog, administratör, folkhälsovetare och specialistläkare i gynekologi och obstetrik ingår. KC KH efterträder Expertgruppen för mödrahälsovård.

Kunskapscentrum kvinnohälsas övergripande mål är att öka vårdkvaliteten och bidra till en mer jämlik vård genom att arbeta regionövergripande med kunskapsstöd och fortbildning i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa, folkhälsofrågor inom mödrahälsovården inklusiv prevention av cervixcancer, sexuellt överförbara infektioner samt antikonception.

KC KH:s uppdrag utgår från Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut *Kriterier för kunskapscentrum* från 2015. Uppdraget består av 16 punkter, som kan sammanfattas i följande områden och delmål:

- 1) Omvärldsbevakning
 - Följa och sammanställa aktuell forskning
 - Samverka med universitet, högskolor och myndigheter
 - Samverka med andra kunskapscentrum och sakkunniggrupper
- 2) Analys och Utveckling
 - Analysera och jämföra resultat
 - Ta fram riktlinjer och vårdprogram
 - Kvalitetsregister
 - Uppföljning
- 3) Fortbildning och Implementering
 - Stöd vid implementering
 - Utbildning och fortbildning
 - Sakkunskap och kunskapsstöd

Uppdraget finns närmare definierat i Bilaga 1.

Nedanstående rapport innehåller en översikt av relevanta indikatorer för sexuell och reproduktiv hälsa inom mödrahälsovården (MHV) i Region Skåne och jämförelser med andra regioner i Sverige. Vidare beskriver rapporten i kort form den nuvarande organisationen av sexuell och reproduktiv hälsovård i Region Skåne, regionala och nationella intresser, finansiering samt nuvarande system för regional övervakning och utvärdering av sexuell och reproduktiv hälsa.

2 Sexuell och reproduktiv hälsa

2.1 SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

Sexuell och reproduktiv hälsa blev ett erkänt internationellt begrepp i samband med FN-konferensen om befolkning och utveckling som hölls i Kairo 1994. Den handlingsplan som togs fram innebar ett paradigmskifte från befolkningskontroll till ett rättighetsbaserat synsätt utifrån en helhetssyn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) med individens val i centrum. Tio år senare antog WHO:s Världshälsoförsamling, inklusive Sverige, en global strategi för sexuell och reproduktiv hälsa.

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar sexuell och reproduktiv hälsa på följande sätt:

*”Sexual and Reproductive Health implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so...”*¹

WHO:s europeiska strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter revideras för närvarande för att täcka in ny forskning och nya strategier, samt förhålla sig till Agenda 2030 och FN:s globala hållbarhetsmål, som antogs 2015. Delmål 3.7 av de globala målen innebär att: “Senast 2030 säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program.”²

Den nya WHO-strategin är tänkt att gälla perioden 2017-2021, men den nuvarande strategi som togs fram 2001 listar nio målområden för SRHR i Europa:

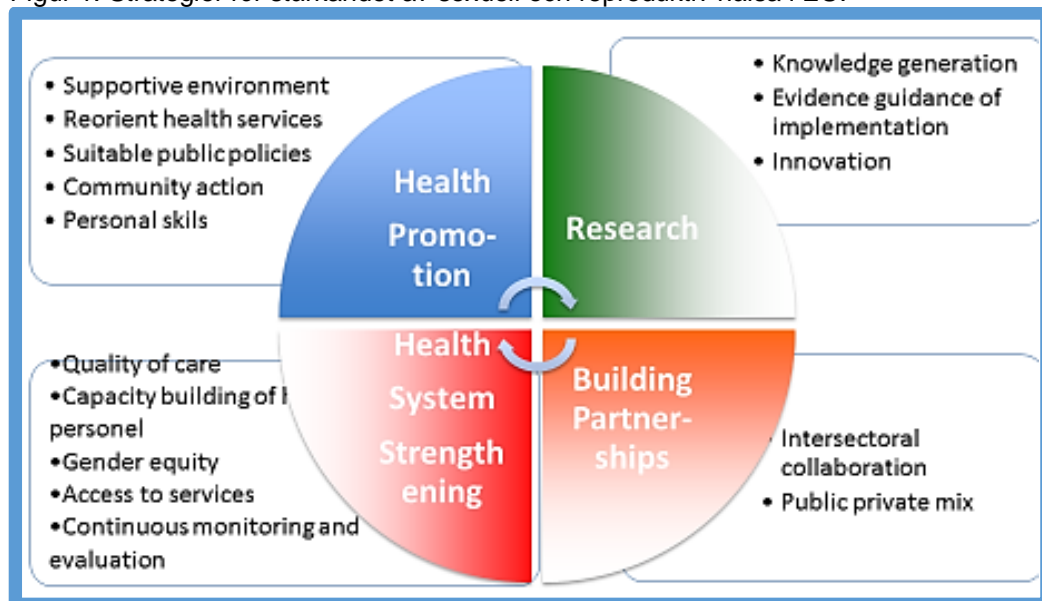
1. Reproduktivt val
2. Säkert moderskap
3. STI/HIV-kontroll (inklusive cervixcancerprevention)
4. Minska sexuella övergrepp, sexuellt våld samt mildra dess effekter
5. Förebygga trafficking och skydda utsatta kvinnor
6. Stärka sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar
7. Skydda sexuell och reproduktiv hälsa hos flyktingar och migranter
8. Minska ojämlikhet i sexuell och reproduktiv hälsa mellan utlands- och inrikesfödda
9. Öka den sexuella hälsan hos äldre

WHO-dokumentet lyfter fram fyra strategiska områden för att uppnå dessa mål: (1) hälsofrämjande insatser, (2) forskning, (3) byggande av partnerskap samt (4) stärkande av hälso- och sjukvårdssystem (se Figur 1). Region Skånes beslut att inrätta Kunskapscentrum kvinnohälsa, samt det uppdrag som definierats för kunskapscentret stämmer väl överens med WHO:s europeiska strategi för sexuell och reproduktiv hälsa. KC KH:s prioriteringsområden samt målsättningar, som finns beskrivet i kapitel 6 denna rapport, bygger på det strategiska ramverk som visas i Figur 1.

¹ WHO, 2001.

² FN:s globala mål för hållbar utveckling. Mål 3: Hälsa och välbefinnande.

Figur 1: Strategier för stärkandet av sexuell och reproduktiv hälsa i EU.³



2.2 SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA I REGIONALT PERSPEKTIV

Mot bakgrund av den globala strategin för sexuell och reproduktiv hälsa utarbetade Region Skåne sin första strategi för sexuell och reproduktiv hälsa för åren 2005–2010. Denna strategi uppdaterades sedan för perioden 2011–2015⁴ och förlängdes för 2016. Under tiden ses strategin över och uppdateras om nödvändigt. Den nuvarande strategin lyfter fram prioriterade grupper och strategiska områden inom sexuell och reproduktiv hälsa och ansågs nödvändig för att ”fokusera, tydliggöra och förstärka uppdraget inom ett viktigt folkhälsoområde i förändring” med syfte att ligga till grund för handlingsplaner och aktiviteter.

2.3 MÖDRAHÄLSOVÅRD I REGION SKÅNE

En stor del av arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa sker inom MHV på barnmorskemottagningar (BMM). Barnmorskemottagningar drivs sedan 2011 både i offentlig och privat regi, och återfinns både som självständiga mottagningar och som del av familjecentralen tillsammans med barnavårdscentral, öppen förskola och socialtjänst. De tjänster som mottagningarna ska erbjuda regleras i ackrediteringsvillkoren, vilka revideras årligen. I skrivande stund finns i Skåne drygt 80 mottagningar, med en liten övervikt av privata mottagningar. Vid dessa arbetar cirka 380 barnmorskor.⁵

Mödrahälsovårdens uppdrag är ”att genom främjande och förebyggande insatser och identifiering av risker för ohälsa, bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa samt minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och spädbarnstid”.⁶ För att uppnå detta erbjuder BMM insatser till alla blivande föräldrar i form av graviditetsövervakning, föräldrastöd och eftervård. Utöver detta omfattar arbetsuppgifterna preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel samt utåtriktad och förebyggande verksamhet kring sexuellt överförbara infektioner och cervixcancer. Vården som ges på BMM är kostnadsfri med undantag för cellprovskontroller hos kvinnor över 30 år,

³ WHO, 2001.

⁴ Region Skåne, 2011.

⁵ Skånekatalogen

⁶ SFOG, 2008.

som innebär en avgift på 120 kronor per cellprov. Enligt Region Skånes strategi för jämlik vård,⁷ som ska gälla 2016-2018, är hälso- och sjukvårdens viktigaste bidrag till minskade skillnader i hälsa att tillhandahålla en jämlik vård och att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Det ligger därmed i hälso- och sjukvårdens uppdrag att utjämna hälsoskillnader. Mödra- och barnhälsovård är här viktiga arenor i arbetet för en ökad folkhälsa och minskade skillnader i hälsa. Med ett omfattande deltagande av barn och familjer kan vården med tidiga insatser och hälsofrämjande arbete effektivt bidra till en jämlik hälsa.

BMM bemannas av barnmorskor och på en del mottagningar arbetar även undersköterskor. Det finns även läkare, obstetriker och/eller allmänläkare samt psykologer knutna till mottagningarna inom MHV. Utöver BMM finns även andra aktörer inom Region Skåne som har uppdrag inom området sexuell och reproduktiv hälsa, till exempel Sesam-mottagningar (sex- och samlevnadsmottagningar) och ungdomsmottagningar.

⁷ Region Skåne, 2015.

3 Ekonomiska förutsättningar

3.1 FINANSIERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGION SKÅNE

Region Skåne (RS) är en permanent region med ett uppdrag att främja hälsa, hållbarhet och tillväxt i Skåne. I detta uppdrag ligger ett ansvar att förse de skånska invånarna med en god hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. En stor del av landstingsskatten (87 %) används för att finansiera den skånska hälso- och sjukvården. Under 2015 var den totala kostnaden för BMM i Region Skåne 259,3 miljoner kronor, varav 70 procent av kostnaden gick till graviditetsövervakning.⁸

3.2 EKONOMISTYRNING OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM

Region Skåne har fem vårdval för primärvård, där BMM är ett. Vårdvalens styr- och ersättningsmodell skall stödja utvecklingen för att erbjuda rätt vård på rätt vårdnivå inom rimlig tid. Ersättningsmodeller för vårdval ska också leda till önskvärt beteende hos vårdgivarna, exempelvis när det gäller att arbeta i enlighet med nya riktlinjer och mot önskvärda mål. Det finns två typer av ersättningsmodeller inom vårdvalen. Den ena är *kapitationsersättning*, vilket innebär att patientens val av vårdgivare styr vad respektive vårdgivare får i fast årlig ersättning. Ersättningens storlek bestäms utifrån hur många patienter vårdgivaren ansvarar för oavsett hur många besök som görs. Om individen byter enhet (väljer en annan vårdgivare) tar denne ersättningen med sig till den nya vårdgivaren.

Den andra typen är *rörliga ersättningar* som i princip är ersättningar för specifika åtgärder i samband med besök hos en vårdgivare. Barnmorskemottagningarna har en form av kapitationsersättning per graviditet. Ersättningen är indelad i perioder och listningen ligger kvar 16 veckor efter förlossningen. I övrigt är det rörliga ersättningar på BMM. Det finns för närvarande inte någon målrelaterad ersättning av BMM i Skåne.

Ersättningen för graviditetsövervakning är till 20 procent viktad efter risk för ohälsa baserat på socioekonomiska variabler sammanfattat som Care Need Index (CNI). Detta index används bland annat av landsting/regioner som ett av underlagen för att beräkna ersättning till vårdgivare genom att beräkna förekomsten av sju socioekonomiska variabler⁹ i vårdgivarnas listningsområde.¹⁰ CNI är en relativ vikt kring ett genomsnittligt medelvärde och medelvärdet är alltid 1,0. CNI uppdateras varje månad då listade patienters personnummer körs mot register på SCB. De aktuella viktningarna (november 2016) spänner över ett område från 2,13 till 0,61.

Ändring i ackrediteringsvillkoren sker i regel en gång per år, planeras under hösten, politiskt beslut fattas i november och förändringarna träder i kraft vid årsskiftet. Beslut fattas i Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN.

⁸ Koncernkontoret, kommunikation med Nicholas Burman, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, enheten för uppdragsstyrning

⁹ Variablerna definieras på följande sätt: 1) ålder över 65 år och ensamstående, 2) utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), 3) arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, 4) ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, 5) person ett år eller äldre som flyttat in i området, 6) lågutbildad 25–64 år, samt 7) ålder yngre än fem år

¹⁰ SCB, 2017

4 Indikatorer för mödrahälsovården

Detta avsnitt presenterar hälsoindikatorer som är relevanta för mödrahälsovårdens fyra huvudområden; (i) graviditet, (ii) cervixcancerprevention, (iii) sexuellt överförbara infektioner (STI), samt (iv) abort och antikonception.

4.1 GRAVIDITET

Detta avsnitt ger en översikt av demografi, resursanvändning och hälsoindikatorer inom MHV i Skåne. En stor del av använd data kommer från Graviditetsregistret, vilket trots förbättrad koppling till Obstetrix fortfarande dras med viss funktionalitetsbrist. En direktanslutning mellan dessa system har nyligen etablerats, vilket i förlängningen kommer tillåta direkta jämförelser på regional nivå, och även på mottagningsnivå. Denna möjlighet saknas i dagsläget. Då denna direktkoppling tidigare saknats har det statistiska underlaget som använts vid utvärdering varit bristfälligt och delvis saknats helt.

4.1.1 Demografi och resursanvändning

Antal graviditeter och förlossningar

Barnafödandet har ökat de senaste 15 åren och förväntas öka ytterligare under de kommande fem åren¹¹. Under 2015 skrevs 17 439 kvinnor in på barnmorskemottagningarna i Skåne. Antalet förlossningar 2014 var 15 473 och totalt föddes 15 698 barn. Enligt de nationella riktlinjerna rekommenderas 85 inskrivna gravida per heltids barnmorsketjänst och år.¹² Skåne låg 2015 ungefär som riksnittet som var 88,7.¹³ Av de förlösta kvinnorna åren 2011-2012 hade 11,3 procent grundskola, 34,1 procent gymnasium och 50,9 procent högskola som högsta utbildningsnivå. En knapp fjärdedel av de gravida kvinnorna i Skåne är födda utanför EU, vilket är högst andel av samtliga landsting i Sverige (se Tabell 1).¹⁴

Tabell 1. Demografisk information uppdelat på regionens sjukhus. Data från 2011-2012.¹²

Sjukhus	Genomsnittsålder	Grundskola (%)	Gymnasium (%)	Högskola (%)	Födda utanför EU (%)
Kristianstads sjukhus	29,4	15	43,6	41,3	19,4
SUS Malmö	30,4	13,0	29,3	57,7	34,6
SUS Lund	30,9	7,5	30,2	62,2	16,4
Helsingborgs lasarett	29,8	13,6	41,6	44,8	23,3
Ystad lasarett	29,7	9,2	45,5	45,4	8,1
Totalt Skåne	30,2	11,3	34,1	50,9	23,7

¹¹ Region Skåne, 2013.

¹² Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), 2008.

¹³ Graviditetsregistret, 2016.

¹⁴ Sveus, 2015.

Mödrarnas ålder

Medelåldern för förstföderskor ökar i hela landet och är nu 28,9 år, en ökning med drygt fyra år sedan 1974. I Skåne är medelåldern för förstföderskor 29,2, vilket är strax över rikssnittet.¹⁵

Antal besök på barnmorskemottagningarna

I de nationella riktlinjerna rekommenderas minst åtta besök på BMM för att uppfylla kraven att minimera medicinska risker hos den gravida kvinnan. Individuell planering ska alltid göras utifrån medicinska och psykosociala riskfaktorer och utifrån kvinnans behov.¹⁶ Enligt Region Skånes basprogram för graviditetsövervakning erbjuds gravida tio besök, samt ett eftervårdsbesök inom 16 veckor post partum. Utöver detta kan ytterligare besök erbjudas vid till exempel psykosocial ohälsa eller behov av förlossningsstöd. I basprogrammet ingår även rutinultraljud i vecka 18-20. Rapporteringen av antal besök på BMM under graviditeten är behäftad med viss osäkerhet.¹⁷ Enligt tillgängliga data är det nationella genomsnittet för förstföderskor strax under nio besök (8,7), vilket är detsamma som Skånes genomsnitt.¹⁸

Trots den något otillförlitliga statistik som finns tillgänglig framträder möjliga skillnader i det genomsnittliga antalet barnmorskebesök utifrån utbildningsnivå och tolkbehov i Skåne. Kvinnor där barnmorska vid eftervårdsbesök registrerat tolkanvändande hade i genomsnitt färre besök än kvinnor där tolk inte använts. Liknande fynd gäller kvinnor som inte hade genomfört grundskola eller motsvarande, som hade färre besök än övriga utbildningsgrupper (se Tabell 2). Denna skillnad behöver undersökas vidare, då en sådan eventuellt inte är förenlig med Region Skånes strategi för jämlik vård.¹⁹

Tabell 2. Bakgrundsfaktorer relaterade till antal barnmorskebesök i Region Skåne.*²⁰

Bakgrundsfaktor	Medelvärde
Utbildningsnivå	
< 9 års skolgång	7,6
Grundskola	8,1
Gymnasium	8,6
Universitet/Högskola	8,6
Tolk	
Ja	7,7
Nej	8,5

* Statistiken gäller kvinnor som fött barn 2015.

Antal besök på kvinnoklinik under graviditet

Antalet besök på kvinnoklinik skiljer sig åt mellan de landsting som deltar i Sveus-samarbetet, även om jämförelser är svåra att göra. Svårigheterna består delvis i att det saknas ett standardiserat sätt att definiera kvinnoklinik, vilket gör att landstingens administrativa registreringar skiljer sig åt. I den Sveus-rapport²¹ som publicerades 2015 framkom att Region

¹⁵ Graviditetsregistret, 2016.

¹⁶ SFOG, 2008.

¹⁷ Petersson et al, 2014.

¹⁸ Graviditetsregistret, 2016.

¹⁹ Region Skåne, 2015

²⁰ Graviditetsregistret, hämtat från registret 2016-08-09

²¹ Sveus, 2015.

Skåne hade ett högre medelantal (4,8) vad gäller besök på kvinnoklinik under graviditeten jämfört med övriga landsting och regioner (1,2 – 3,7 besök). Orsaken till denna skillnad är okänd och kan troligtvis bero på dels en faktisk skillnad och dels variationer i lokala rutiner kring registrering av olika typer av besök. Ytterligare utredning av denna skillnad i sökmönster pågår sedan hösten 2016 inom ramen för KC KH.

Inskrivning

Inskrivningen inom MHV är uppdelad på två besök och består av ett kortare hälsosamtal samt ett längre mottagningsbesök. I hälsosamtalet tas bland annat livsstilsfrågor och frågor kring våld i nära relationer upp. Enligt Region Skånes basprogram för graviditetsövervakning/hälsovård skrivs den gravida kvinnan in i graviditetsvecka 4-8 (inom två veckor efter att hon tagit kontakt) och inskrivningssamtalet ska ske före graviditetsvecka 12 förutsatt att kvinnan tagit kontakt senast i graviditetsvecka 10. Det första besöket inom MHV i Region Skåne gjordes i genomsnitt i vecka 10, vilket ligger nära det nationella genomsnittet och inom basprogrammets ram.

Eftervårdsbesök

Eftervårdsbesök inom MHV ska enligt Region Skånes basprogram ske inom 16 veckor post partum. Vid detta besök görs datainmatning i Graviditetsregistret och i vissa fall provtagning. Andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök var i riket 76 procent 2015. Skåne ligger högt i förhållande till detta med cirka 85 procent, vilket är näst högst andel av samtliga landsting och regioner.²² Nationellt kan ses att faktorer såsom ålder, utbildningsnivå, födelseland, självskattad hälsa, rökning samt förlossningssätt påverkar andelen som kommer på eftervårdsbesök. Kvinnor med låg ålder, låg utbildningsnivå, födelseland utanför Norden samt med låg självskattad hälsa kom i mindre utsträckning på eftervårdsbesök. Likaså kom rökare i mindre utsträckning på eftervårdsbesök jämfört med icke-rökare. Regionala siffror saknas i dagsläget.

Besök med tolk

I Skåne är nästan en fjärdedel, 23,7 procent, av de gravida födda utanför EU, vilket är högsta andelen i Riket.²³ Tolkbehov inom MHV torde således var stort, och troligen ökande i och med en ökad migration. Eventuellt tolkanvändande under graviditetsövervakningen registreras först vid eftervårdsbesöket, vilket kan ge viss osäkerhet i tillförlitligheten av data. Tolkanvändningen inom MHV i Region Skåne var 5,6 procent,²⁴ vilket förefaller lågt. Även om information kring faktiskt tolkbehov saknas är denna skillnad iögonfallande och behöver granskas ytterligare.

Genomförda ultraljud

Samtliga gravida erbjuds ett rutinultraljud i vecka 16-20 för organscreening och fastställande av graviditetslängd. 98 procent av de gravida genomgår denna undersökning. Ytterligare ultraljudsundersökningar görs på indikation, och lokala rutiner varierar. I Skåne görs i snitt 2,3 ultraljud per graviditet (se Tabell 3).

²² Graviditetsregistret, 2016.

²³ Sveus, 2015.

²⁴ Graviditetsregistret – hämtat 2016-08-09.

Tabell 3. Antal ultraljud under graviditeten i olika landsting/regioner.²⁵

	Total	Region Jämtland Härjedalen	Region Östergötland	Landstinget i Dalarna	Landstinget i Uppsala län Uppsala	Region Skåne	Stockholms läns landsting	Västra Götalandsregionen
Genomsnittligt antal ultraljud	2,1	3,0	2,7	0,3	1,3	2,3	2,6	1,4

Övrig fosterdiagnostik

Utöver ultraljud erbjuds i dagsläget KUB-test (kombinerat ultraljud och blodprov), fostervattensprov (AMC), samt moderkaksprov (CVB). NIPT (non-invasive prenatal test) finns ännu inte med i Skånes offentligt finansierade vård, men finns tillgängligt mot betalning.

I Skåne erbjuds alla gravida över 33 år att göra ett KUB-test. Under perioden 2010-2015 var 90 procent av de som genomgick KUB-test 33 år eller äldre.²⁶ Det är för närvarande särskilda bekymmer med statistikuttag kring ultraljud och KUB-test i Region Skåne.

Av de som erbjuds KUB-test deltar högutbildade och svenskfödda i högre utsträckning än kvinnor med lägre utbildningsnivå och kvinnor födda utanför Norden.²⁷ Om detta beror på preferens, eller om det är ett tecken på bristande information behöver utredas ytterligare.

Föräldrastöd i grupp under graviditeten

Föräldrastöd sker under de ordinarie besöken på mottagningarna, i grupp och eventuellt i samverkan med andra för familjen angelägna verksamheter. Deltagande i föräldragrupper ligger kring 70 procent hos förstföderskor nationellt. I Skåne erbjuds föräldrar två till fyra föräldragruppsträffar inom MHV och 74 procent av alla gravida kvinnor och 66 procent av deras partners deltar i föräldrastöd i grupp. Motsvarande siffror i riket är 71 procent för gravida kvinnor och 64 procent för partners.²⁸ Av de deltagande kvinnorna kommer 80 procent tillsammans med sin partner. Således ges stödet i grupp i stor utsträckning till båda föräldrarna. En undersökning genomförd i Region Skåne under hösten 2015 visade dock att den gravida kvinnan oftast kommer ensam till besöken på BMM, vilket kan innebära att den gravida får mer enskilt föräldrastöd än partnern. Andelen närvarande partners varierar under basprogrammets besök, varför det är viktigt att se över när stöd till föräldrar erbjuds och ges (se Diagram 1).

²⁵ Sveus, 2015.

²⁶ Graviditetsregistret, 2016.

²⁷ Graviditetsregistret, 2016.

²⁸ Graviditetsregistret, 2015.

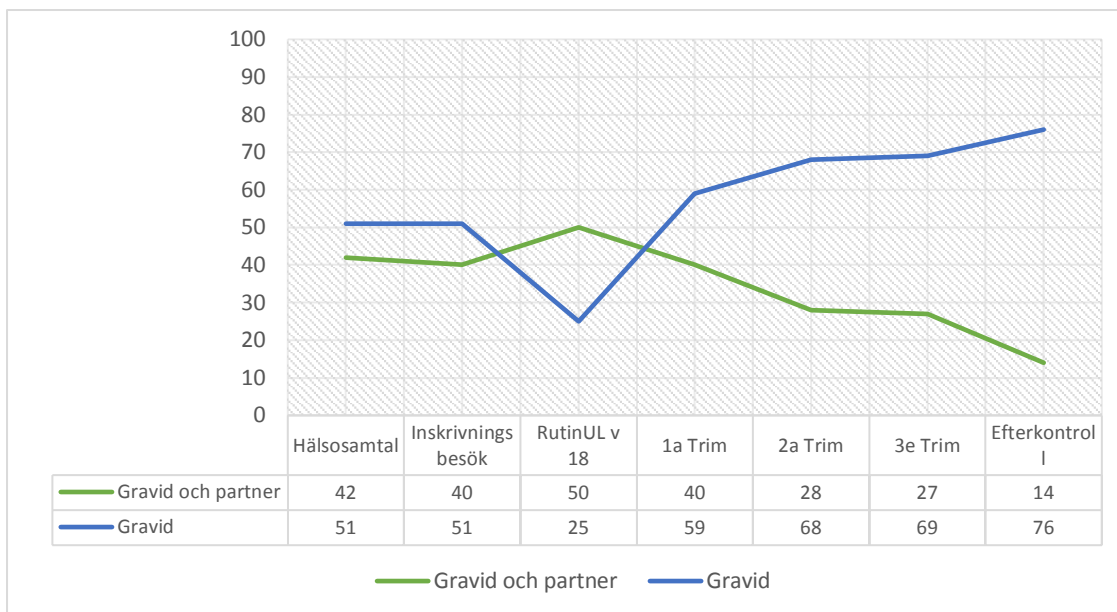


Diagram 1. Deltagande gravid samt gravid och partner på besöken under basprogrammet.²⁹

4.1.2 Hälsoundikatorer under graviditeten

Nedan redovisas ett antal indikatorer gällande fysisk och psykisk hälsa under graviditet. Redovisning av indikatorerna sker på så detaljerad nivå som möjligt, med viss variation på grund av olika tillgänglighet.

Övervikt och fetma under graviditet

Vikt registreras vid inskrivning och sedan löpande under graviditeten. Stor viktuppgång under graviditeten är en av de största riskfaktorerna för övervikt och fetma senare i livet.³⁰ Fetma och övervikt innebär i sig ökad risk för komplikationer under graviditeten, liksom ökad risk för ett flertal sjukdomar senare i livet. Särskilda regionala riktlinjer finns därför utformade för övervikt och fetma vid inskrivning.³¹

Skåne uppvisar liknande siffror som i riket med drygt 25 procent överviktiga och 13 procent med fetma vid inskrivning. Genomsnittligt BMI vid inskrivning ligger på 24,6 i Skåne³², vilket är jämförbart med rikssnittet som är 24,9.³³ Viss skillnad föreligger mellan de olika delarna i Skåne, där sydöstra och nordöstra Skåne har ett något högre BMI än rikssnittet (se Tabell 4).

²⁹ Kunskapscentrum för barnhälsovård, 2015.

³⁰ Linne & Rossner, 2003.

³¹ Region Skånes riktlinjer inom mödrhälsovården för övervikt och fetma under graviditet.

³² Graviditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

³³ Graviditetsregistret, 2016.

Tabell 4. Genomsnittligt BMI vid inskrivning i olika delar av Skåne.³⁴

Område	Genomsnittligt BMI vid inskrivning
Mellersta Skåne	24,6
Nordvästra Skåne	24,6
Nordöstra Skåne	25,5
Sydvästra Skåne	24,2
Sydöstra Skåne	25,4
Skåne totalt	24,7
Riket totalt	24,9

Övervikt och fetma har ökat över tid och nedan redovisas andel gravida med fetma uppdelat på först- respektive omfödernkor (Diagram 2).

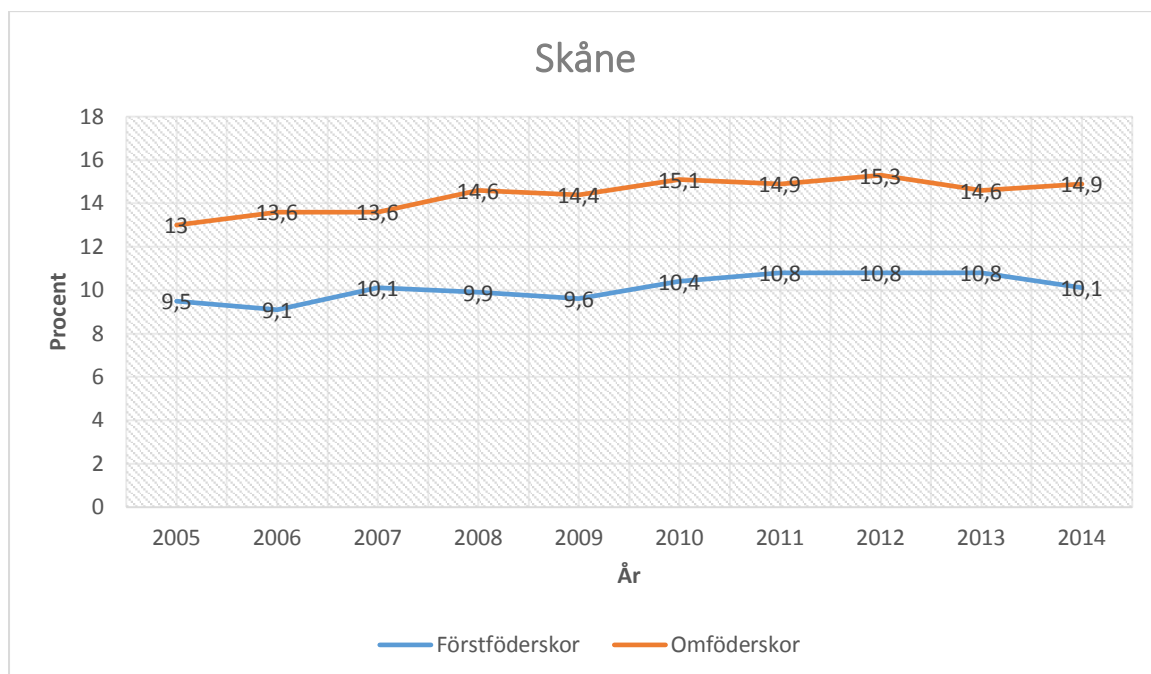


Diagram 2. Andel förstfödernkor och omfödernkor med BMI $\geq 30,0$ kg/ m² i Skåne 2005-2014.³⁵

Fetma och övervikt är vanligare hos gravida kvinnor med annat födelseland än Sverige (se Diagram 3). Även utbildningsnivå korrelerar med BMI, där stor skillnad föreligger mellan kvinnor med olika utbildningsnivå (se Diagram 4).

³⁴ Gravditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

³⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas, hämtat 2016-05-13.

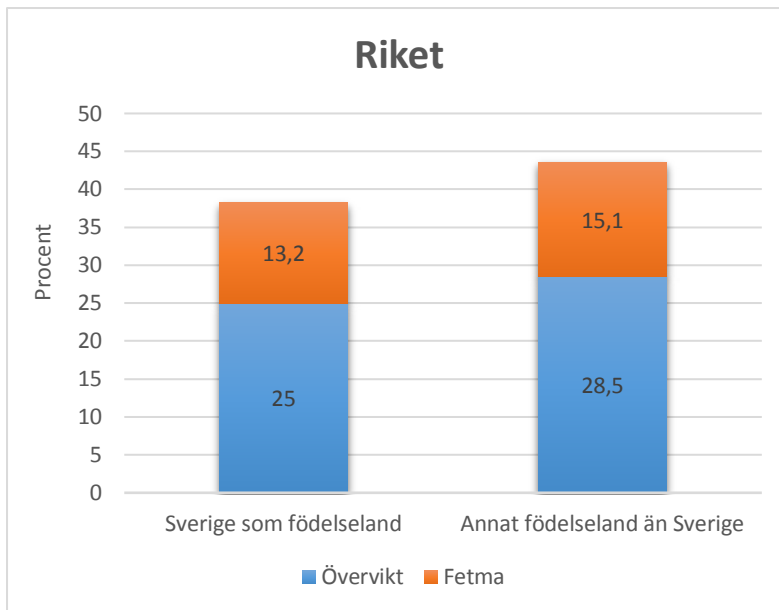


Diagram 3. Fördelning (%) av andel kvinnor med övervikt och fetma för svenskfödda kvinnor och kvinnor födda utanför Sverige.³⁶

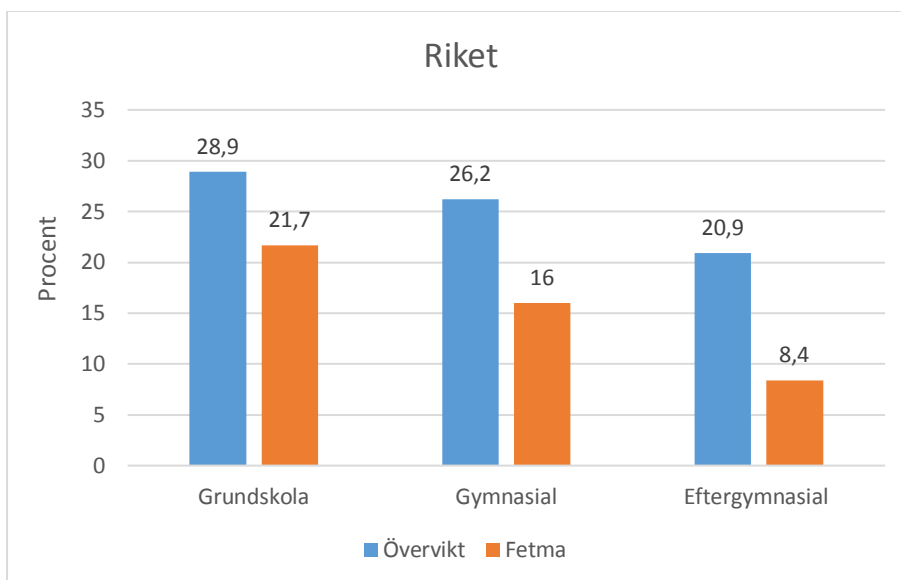


Diagram 4. Andel gravida kvinnor med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovården fördelat på utbildningsgrupp, 2014.³⁷

* Notering: Okänd utbildning ingår ej. Åldersstandardiserade tal.

Alkoholvanor under graviditeten

Alkoholbruk hos gravida kvinnor kan allvarligt skada fostret och de svenska rekommendationerna är att inte dricka alkohol alls under graviditeten. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) används som screeninginstrument inom MHV för att upptäcka skadliga alkoholvanor före graviditeten. Enligt en nationell utvärdering av AUDIT har instrumentet en positiv påverkan på både mödras alkoholkonsumtion och rökning, men även deras barn tenderar att ha färre infektioner, färre receptbelagda läkemedel och färre inläggningar på grund av skador och olyckor under sitt första levnadsår jämfört med icke

³⁶ Graviditetsregistret, 2016.

³⁷ Socialstyrelsen, 2015b.

deltagande kvinnors barns.³⁸ Samtliga landsting och regioner har infört screening med AUDIT och totalt screenades 85,7 procent av alla gravida kvinnor som förlöstes 2015.³⁹ Motsvarande siffra för Region Skåne var 83,1 procent.⁴⁰ Båda siffrorna är lägre än 2014, men denna skillnad kan bero på uppgifterna nu kommer från journaldata. Andelen kvinnor i Skåne med missbruk respektive riskbruk sex månader före aktuell graviditet ligger lägre än rikssnittet på 1,0 respektive 3,9 procent.

Tobaksanvändande under graviditet

Rökning under graviditet ger ökad risk för missfall, prematuritet, tillväxthämning, moderkaksavlossning, intrauterin fosterdöd och plötslig spädbarnsdöd.⁴¹ Omfattning av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret. Andelen kvinnor som röker under tidig graviditet har minskat i Sverige sedan 1980-talet, från cirka 30 procent till dagens 4,5 procent.

Vid inskrivning registreras kvinnans tobaksvanor innan och tidigt i graviditeten. Ytterligare en registrering av rökning görs i vecka 32. Ungefär hälften av de kvinnor som röker innan graviditeten har slutat vid inskrivningen. I slutet av graviditeten röker 3,5 procent.⁴²

Det råder stora regionala skillnader gällande rökning under graviditet och Skåne var den region som 2015 hade näst högst andel kvinnor som röker i vecka 32 med sex procent. Även inom Skåne föreligger det stora skillnader i rökningens frekvens, där samtliga områden utom sydvästra Skåne hade en högre andel rökare än rikssnittet under 2015 (se Diagram 5).

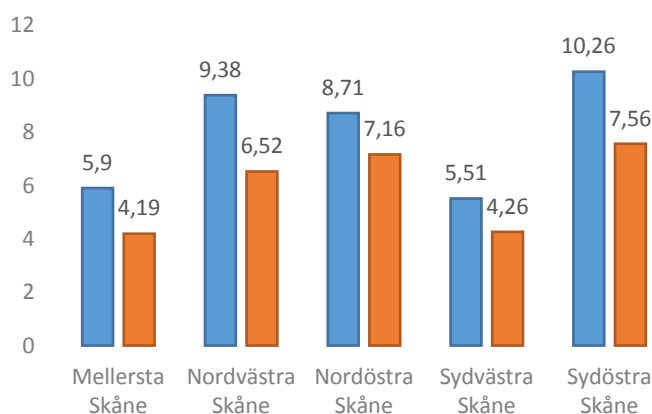


Diagram 5. Rökning vid inskrivning och vid v. 32, utifrån Skånes Sambaområden.⁴³

Som Diagram 6 visar föreligger även nationella skillnader i andelen som röker under graviditeten utifrån utbildningsgrad, där 16 procent av kvinnor med enbart grundskoleutbildning röker i tidig graviditet jämfört med 1,3 procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna kvarstår i vecka 32.

³⁸ Grönqvist et al, 2016.

³⁹ Graviditetsregistret, 2016.

⁴⁰ Sveriges kommuner och landsting, Vården i siffror.

⁴¹ Cnattingius, 2004; Marufu et al, 2015.

⁴² Graviditetsregistret, 2016.

⁴³ Graviditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

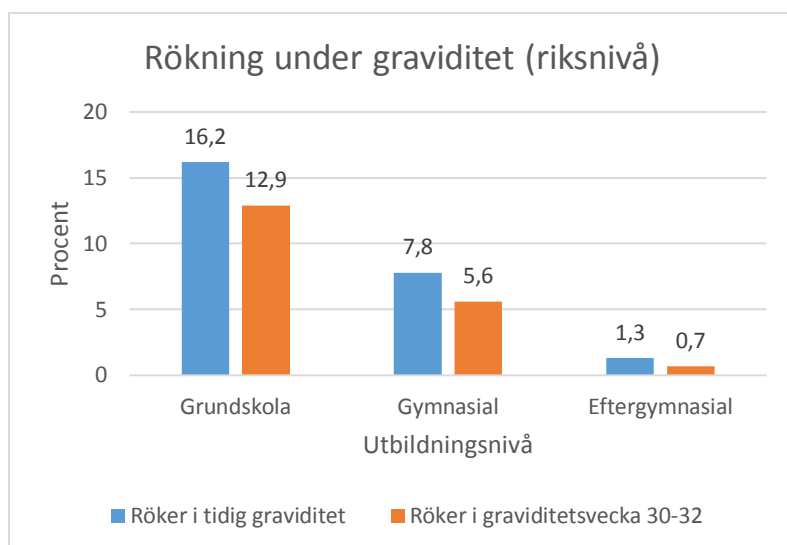


Diagram 6. Andel rökare i tidig graviditet och i graviditetsvecka 30-32 fördelat på utbildningsnivå, 2014.⁴⁴

Även passiv rökning kan påverka fostret och kvinnans hälsa, varför även partners rökvanor behöver tas hänsyn till i MHV. I nuläget görs ingen sådan registrering.

Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes (GDM) påverkar både fostrets och moderns hälsa. I Skåne erbjuds i stort sett alla kvinnor oral glukosbelastning som screening för GDM (Tabell 5). I övriga landet används slumpblodsocker, heriditet eller andra riskfaktorer som urval för screening. Skåne har också näst högst andel diagnostiserade graviditetsdiabetiker, med en incidens på 3,1 procent 2015. Detta kan jämföras med den nationella incidensen som är 1,7 procent.⁴⁵ Låg utbildningsnivå är relaterat till förhöjd risk för GDM, liksom heriditet och fetma.

Tabell 5. Glukosbelastning och diabetes under graviditet 2011-2012.⁴⁶

	Total	Region Jämtland Härjedalen	Region Östergötland	Landsting et i Dalarna	Landstinget i Uppsala län Uppsala	Region Skåne	Stockholms läns landsting	Västra Götalands regionen
Andel utförda glukosbelastning under graviditet (%)	21,9	7,1	21,2	25,8	6,5	95,0	7,0	8,9
Diagnos av graviditetsdiabetes under graviditeten eller vid förlossningstillfället	2,0	1,6	2,4	2,2	1,8	3,5	1,3	1,9

Stora skillnader föreligger också nationellt såväl som inom regionen gällande hur gravida med GDM övervakas och behandlas. Ett nationellt arbete för att likrikta vården för GDM pågår till följd av Socialstyrelsens riktlinjer för gränsvärden gällande diagnostik av GDM från juni 2015.

⁴⁴ Socialstyrelsen, 2015b.

⁴⁵ Graviditetsregistret, 2016.

⁴⁶ Sveus, 2015.

Psykisk ohälsa

Kvinnors psykiska hälsa under graviditet är viktig att uppmärksamma då en psykisk ohälsa, utöver att innebära ett lidande i sig, kan ge effekter under graviditeten och även den perinatale perioden. Psykisk ohälsa såsom depression och kraftigt förhöjd ångest under graviditet kan leda till negativa effekter på kort och lång sikt, både för den gravida och barnet.^{47,48} Den prenatala anknytningen samt mammans samspel med det nyfödda barnet och hennes förmåga att fungera som en trygg anknytningsperson för sitt barn kan störas av psykisk sjukdom varför det är väsentligt med stöd och behandling när behov finns.⁴⁹ På senare tid har också den psykiska hälsan hos partnern kommit att ses som allt viktigare, eftersom studier visat på hur psykisk ohälsa kan leda till ökad belastning för familjen och negativa konsekvenser för både föräldrarna och barnet.⁵⁰

Indikatorer på psykisk ohälsa

Ett antal olika mått på psykisk ohälsa under graviditet finns tillgängliga. För vissa indikatorer saknas data från Skåne, och få indikatorer kan i nuläget brytas ner på kommunnivå. Som indikator för psykisk ohälsa under graviditeten används exempelvis andelen gravida som behandlas med antidepressiva läkemedel eller psykoterapi, men även andel förlösta mödrar med psykiatriska diagnoser upp till ett år efter förlossning.

Den vanligaste psykiska åkomman under graviditeten är depression. Mellan 10-15 procent av alla gravida kvinnor uppskattas lida av depression under eller efter graviditeten.⁵¹ Depressiva symtom och ångest under graviditeten är även några av de största riskfaktorerna för depression post partum.⁵² Självskattad hälsa det närmaste ett mått på psykiskt välbefinnande som finns tillgängligt i dagsläget. Det är väl belagt att den gravida kvinnans självskattade hälsa försämras generellt under graviditeten⁵³ och att kvarstående hälsoproblem med ursprung i graviditeten påverkar kvinnans självskattade hälsa efter förlossningen.⁵⁴

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa har de senaste decennierna tilldragit sig ett ökande intresse både som ett hälsoutfall i relation till specifika bakgrundsfaktorer samt som en riskfaktor (i sig) för morbiditet och mortalitet. Självskattad hälsa predicerar sjuklighet, mortalitet och graden av utnyttjande av sjukvårdens resurser.

Självskattad hälsa före, under och efter graviditet

Självskattad hälsa under graviditet skattas vid inskrivningen, ny skattning görs vid eftervårdsbesöket och då gällande mående under och efter graviditeten. Resultaten från Skåne är i nivå med snittet i riket där cirka 80 procent anser sig må bra eller mycket bra under graviditeten och över 90 procent efter graviditeten. Det förekommer dock vissa regionala skillnader mellan de olika förlossningsenheterna i Skåne (se Diagram 7).

⁴⁷ O'Connor et al, 2002.

⁴⁸ Liu et al, 2016.

⁴⁹ Gold & Marcus, 2008.

⁵⁰ Liu et al, 2016.

⁵¹ Socialstyrelsen, 2014.

⁵² WHO, 2008.

⁵³ Mogren, 2006; Schytt & Hildingsson, 2011.

⁵⁴ Schytt & Waldenström, 2007.

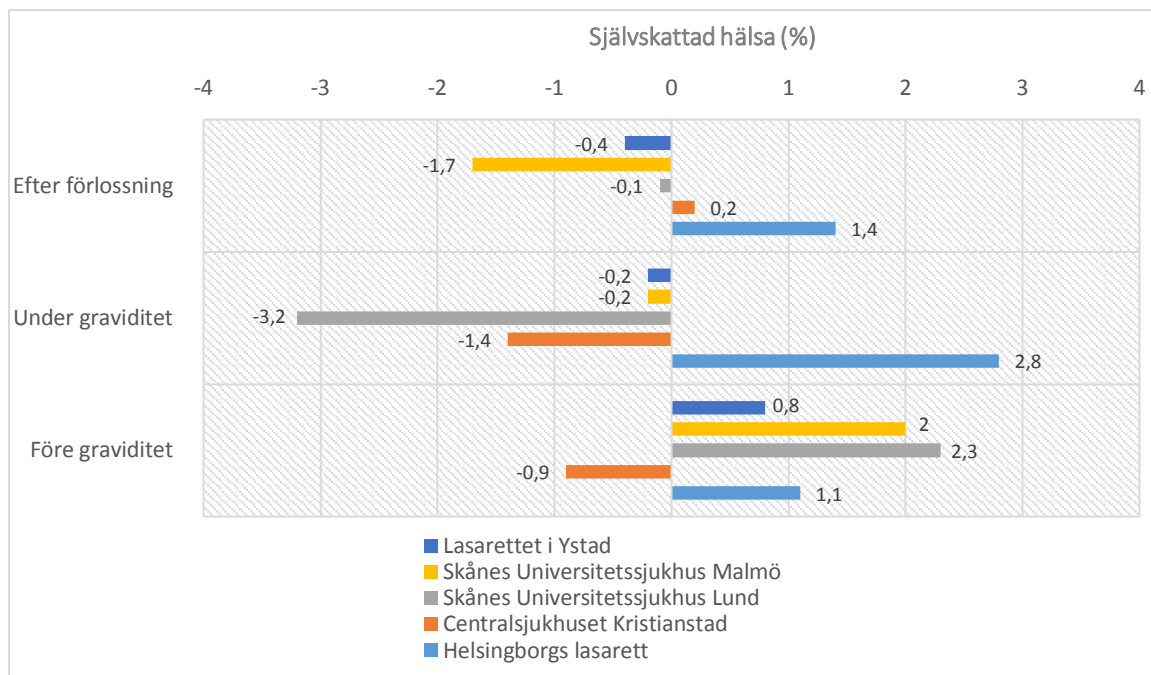


Diagram 7. Bra eller mycket bra självskattad hälsa före graviditeten, under graviditeten och efter förlossningen.⁵⁵

Behandling för psykisk ohälsa under graviditet

Psykisk ohälsa under graviditet är ett allt mer uppmärksammat område. 2015 behandlades 6,1 procent av alla gravida kvinnor i Skåne för psykisk ohälsa, motsvarande siffra för hela riket var 6,8 procent.⁵⁶ Med behandling avses psykologisk och/eller medicinsk behandling.

Låg utbildningsgrad och låg ålder är riskfaktorer för psykisk ohälsa, och andelen som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten är högre i dessa grupper jämfört med rikets genomsnitt. Kvinnor födda i Sverige behandlas i högre utsträckning för psykisk ohälsa än kvinnor med annat födelseland. Denna skillnad återfinns både på nationell och regional nivå (Diagram 8).⁵⁷ I Skåne behandlades 2015 tre procent av kvinnor födda utanför EU och sju procent av kvinnor födda i Sverige för psykisk ohälsa under graviditeten.⁵⁸

⁵⁵ Sveus, 2015.

⁵⁶ Graviditetsregistret, 2016.

⁵⁷ Graviditetsregistret, 2016.

⁵⁸ Graviditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

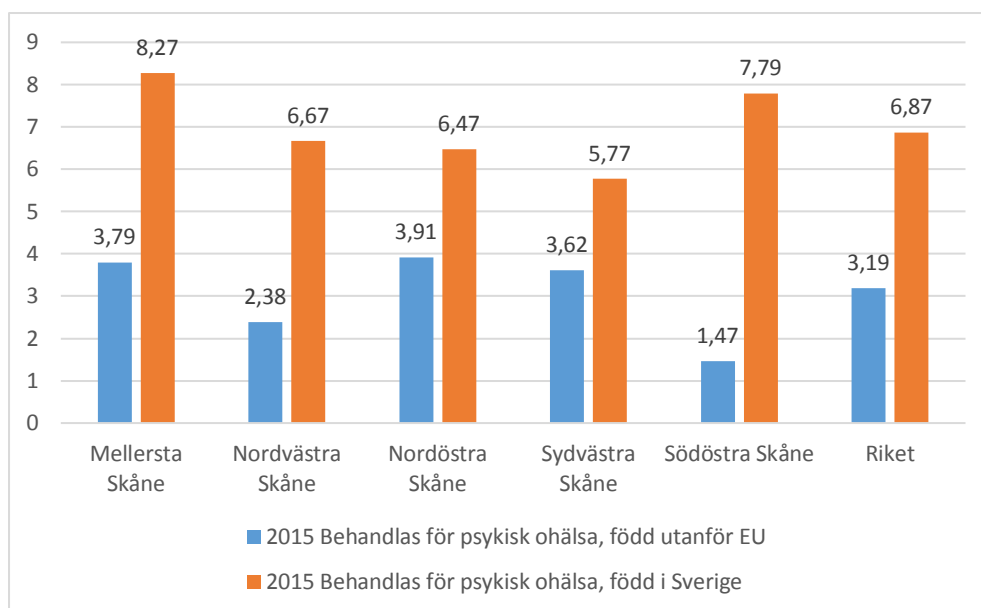


Diagram 8. Andel kvinnor som behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten 2015, uppdelat på Skånes Samba-områden.⁵⁹

Andelen gravida i Malmös offentliga MHV som behandlas med antidepressiva har ökat från cirka 1,2 procent år 2000 till cirka 2,5 procent år 2010,⁶⁰ vilket kan tyda på ökad andel gravida med psykisk ohälsa, eller en ökad medvetenhet och uppmärksammande av psykisk ohälsa. Hur stor andel av den psykiska ohälsan som debuterar i samband med graviditeten och hur stor andel som debuterat i ett tidigare skede är okänt.

Det faktum att nästan en fjärdedel (23 %) av skånska vuxna kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket är den högsta andelen i hela riket, står i kontrast mot den statistik som visar att andelen gravida som behandlas för psykisk ohälsa är lägre i Skåne jämfört med rikssnittet och lägre än de flesta andra landsting.⁶¹

Psykiatrisk samsjuklighet vid förlossning

Psykiska sjukdomar var 2011-2012 den vanligaste samsjukligheten vid förlossning, när samsjuklighet räknades som diagnos inom två år före förlossning.⁶² I Tabell 6 finns andel gravida med psykiatrisk samsjuklighet eller drog-/alkoholmissbruk vid förlossningstillfället, uppdelat på Skånes sjukhus. Region Skåne ligger något över riksgenomsnittet vad gäller psykiatrisk samsjuklighet.

⁵⁹ Graviditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

⁶⁰ Molin, 2012.

⁶¹ Socialstyrelsen, 2015c.

⁶² Sveus, 2015.

Tabell 6. Andel gravida med psykiatrisk samsjuklighet⁶³

Sjukhus	Andel med psykiatrisk diagnos* (%)	Andel drog-/alkoholmissbruk (%)
Helsingborg	3,7	0,4
Kristianstad	4,1	0,7
SUS Lund	6,0	0,3
SUS Malmö	3,0	0,5
Ystad	8,0	0,6
Genomsnitt Skåne	4,96	0,5
Genomsnitt riket	3,6	0,5

* Följande diagnoser inräknades: F20.4, F30.2, F312-F315, F34, F412, F432, F20, F22-F25, F28, F29, F32, F33.

Psykisk ohälsa efter förlossning

Som indikator på psykiskt mående efter förlossning finns mått på andel kvinnor med psykiatrisk diagnos upp till ett år efter förlossning. Region Skåne ligger över riksgenomsnittet både gällande diagnostiserade depressioner och anpassningsstörningar/reaktioner på svår stress (Tabell 7). Analyserna bygger enbart på diagnoser inom specialistpsykiatri. I denna jämförelse har kvinnor som diagnostiserats innan förlossning inte exkluderats.

Tabell 7. Andel med psykiska besvär (per 1000 förlossningar) upp till 1 år efter förlossning.⁷⁴

	Total	Region Jämtland Härjedalen	Region Östergötland	Lands-tinget i Dalarna	Lands-tinget i Uppsala län Uppsala	Region Skåne	Stockholms läns landsting	Västra Götalands regionen
Postpartum-depression	0,7	0,8	0,9	0,4	1,9	0,6	0,7	0,5
Postpartum-psykos	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,1	0,1
Depression	10,0	4,1	10,5	13,3	6,4	13,8	11,7	4,9
Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress	9,9	0,8	9,9	7,3	5,0	16,8	10,5	5,2

Extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla

Stödåtgärder vid uttalad förlossningsrädsla avser samtalskontakt med psykolog eller barnmorska/läkare vid kvinnoklinikens samtalsmottagning för förlossningsrädsla eller liknande. I Skåne fick cirka 6,5 procent av alla gravida kvinnor stödinsatser på grund av förlossningsrädsla 2015.⁶⁴ Motsvarande siffra i riket var 7,8 procent. Andelen omfödreskor i Skåne som fick stödinsatser var något fler (cirka 8 %) än förstfödreskor (cirka 4,5 %). Liknande skillnad finns också i riket i stort. Detta förklaras av att förlossningsrädsla hos omfödreskor ofta beror på en tidigare negativ förlossningsupplevelse och således är vanligare.

Det finns en skillnad i andelen som får extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla utifrån födelse-land, där kvinnor födda i Sverige får mer stöd än kvinnor födda utanför Norden (se Diagram 9). Liknande skillnad kan observeras när gravida kvinnor grupperas efter utbildningsnivå, där fler kvinnor med högre utbildning får stöd jämfört med kvinnor med

⁶³ Sveus, 2015.

⁶⁴ Gravditetsregistret, 2016.

endast grundskoleutbildning (se Diagram 10). Även i Skåne finns en skillnad gällande förlossningsstöd mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Norden. Prevalensen av förlossningsrädsla är högre hos utlandsfödda kvinnor, som på grund av bland annat språkbarriärer har svårare att få hjälp.^{65,66} Andelen som erhållit förlossningsstöd har de senaste tre åren minskat generellt. Skillnaden mellan utlandsfödda kvinnor och kvinnor födda i Sverige har dock bestått.

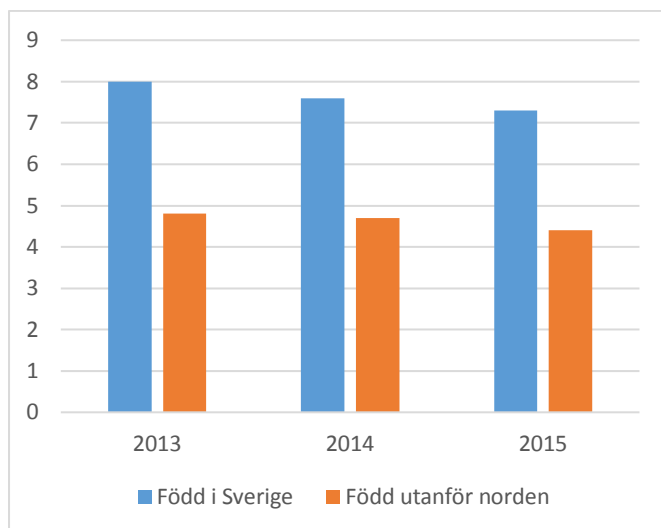


Diagram 9. Andel gravida (%) i Skåne som fått extra stöd vid förlossningsrädsla.⁶⁷

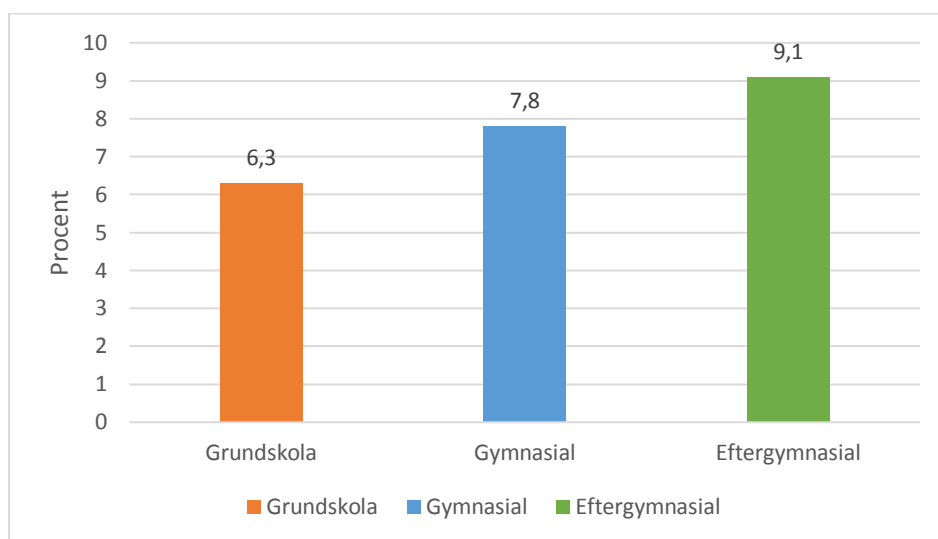


Diagram 10. Andel gravida som får extra stödsatser vid förlossningsrädsla, utifrån utbildningsgrad.⁶⁸

Fråga om våld under graviditet

Mäns våld mot kvinnor påverkar kvinnors hälsa negativt i stor utsträckning. Internationella studier har visat att mellan 1 och 20 procent har varit utsatta för våld under sin graviditet.⁶⁹ I

⁶⁵ Sveriges barnmorskeförbund, 2016.

⁶⁶ Ternström et al, 2015.

⁶⁷ Graviditetsregistret, hämtat 2016-08-09.

⁶⁸ Socialstyrelsen, 2015c.

⁶⁹ Wendt, 2011.

svenska studier varierar förekomsten av våldsutsatta kvinnor mellan 2 till 14 procent, beroende på definitionen av våld.⁷⁰ Liknande resultat har framkommit i studier av gravida i Skåne (Malmö/Lundområdet), där 2,5 procent av de gravida kvinnorna, utsätts varje år för partnervåld under sin graviditet. Detta våld tenderar dessutom att öka i takt med att graviditeten fortskrider.⁷¹

I basprogrammet ingår frågor om våldsutsatthet. Skåne ligger nära rikssnittet med cirka 82 procent tillfrågade, en ökning från föregående år.⁷² Det nationella målvärdet är 95 procent. På riksnivå tenderar kvinnor med låg utbildningsnivå, annat födelseland än Sverige samt tolkbehov tillfrågas om våldsutsatthet i lägre utsträckning. Det saknas information om hur många av de tillfrågade gravida kvinnorna som rapporterar våldsutsatthet, samt hur många som erbjuds åtgärder i samband med detta. Regionala riktlinjer för hur uppmärksammas våldsutsatthet ska omhändertas saknas. Nationella dokument betonar att alla BMM ska ha utarbetade handlingsplaner när det gäller rutinfrågor om våld. Information om hur många BMM som har sådan saknas.

⁷⁰ Stenson et al, 2001; Hedin et al, 1999.

⁷¹ Finnbogadóttir et al, 2014. Finnbogadóttir et al, 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2016.

⁷² Graviditetsregistret, 2015.

4.1.3 Hälsoindikatorer under graviditet i sammanfattning

Statistik kring antal besök på barnmorskemottagning är svår att tolka givet den osäkerhet som finns i uppgifterna. Dock tyder den på att kvinnor med endast grundskoleutbildning, kvinnor med tolkbehov och kvinnor som är födda utanför EU har färre besök hos sin barnmorska jämfört med kvinnor med högre utbildning, kvinnor som inte har behov av tolk samt kvinnor som är födda i Sverige. Liknande mönster finns även gällande eftervårdsbesök. Dessa skillnader är inte förenliga med mål kring jämlik vård som finns både regionalt och nationellt.

Detta är något som kräver uppmärksamhet då grupperna med färre besök också har högre prevalens av fetma, tobaksanvändande och alkoholkonsumtion och därför har ett större behov av hälsovård.

Alkoholkonsumtionen under graviditet är lägre i Skåne än det nationella genomsnittet, medan rökning är mer vanligt hos gravida i Skåne än i riket i stort.

Fetma har ökat generellt i Sverige under de senaste tio åren, något som även gäller gravida kvinnor. Denna trend återfinns också i Skåne där prevalensen av fetma under graviditet är jämförbar med det nationella genomsnittet. Det finns ett samband mellan fetma och graviditetsdiabetes, och Skåne är ett av få landsting som screenar samtliga gravida för graviditetsdiabetes genom glukosbelastning. Region Skåne har högst prevalens graviditetsdiabetes bland samtliga landsting. Den höga prevalensen tros bero på screeningförfarandet samt gränsvärdena för diagnos snarare än sämre hälsa hos gravida i Skåne.

Psykisk hälsa och ohälsa har uppmärksammats allt mer under de senaste åren. Skåne har i undersökningar visat sig ha störst andel kvinnor som uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande bland samtliga landsting. Skåne har även en hög andel kvinnor som har en psykiatrisk diagnos vid förlossning och ett år efter partus. Gällande andel kvinnor som erhåller behandling för psykisk ohälsa under graviditeten ligger Skåne under det nationella genomsnittet. Detta gäller även insatser vid förlossningsrädsla, i synnerhet gällande kvinnor födda utanför Norden. Trots undersökningar som visar att kvinnor födda utanför Sverige har högre prevalens av förlossningsrädsla än kvinnor födda i Sverige, får kvinnor med födelseland utanför Norden mindre stöd för förlossningsrädsla än kvinnor födda i Sverige. Således förefaller det som att det råder en bristande matchning mellan behov av stöd och den vård som ges kvinnor vad gäller psykisk hälsa och ohälsa.

4.2 CERVIXCANCERPREVENTION

Varje år utvecklar cirka 500 kvinnor i Sverige cervixcancer (livmoderhalscancer). Den övervägande delen av dessa fall är orsakade av ett sexuellt överförbart virus, humant papillomvirus (HPV). Det finns över 200 olika HPV, varav cirka 20 benämns högrisk-HPV, och som hos vissa kvinnor kan stimulera till utveckling av cervixcancer.

Cervixcancer går att förebygga med vaccination och tidig upptäckt via cellprovtagning. Det vaccin som erbjuds i Region Skåne ger ett 70-procentigt skydd mot att utveckla cervixcancer, om vaccinet ges innan sexualdebut. Kvinnor som följer screeningprogrammet för gynekologisk cellprovskontroll (GCK) ges ett skydd på cirka 90 procent mot att utveckla cervixcancer, genom en tidig upptäckt och behandling av förstadier till cervixcancer. Sedan införandet av GCK, i mitten på 1960-talet, har antalet fall av cervixcancer halverats.⁷³ Övervägande del av de kvinnor där cervixcancer upptäcks inom screeningprogrammet har

⁷³ Socialstyrelsen, 2015.

behandlingsbara tillstånd. Dödligheten i cervixcancer är störst i den grupp som upptäcks vid symtom.⁷⁴

Under 2014 diagnosticerades 549 nya fall av cervixcancer i Sverige och 61 av dessa i Skåne (Diagram 11). Incidensen har således ökat från 9,5 per 100 000 år 2012 till 10,25 per 100 000 år 2014 i riket. I Skåne är motsvarande siffra 8,51 för 2014.

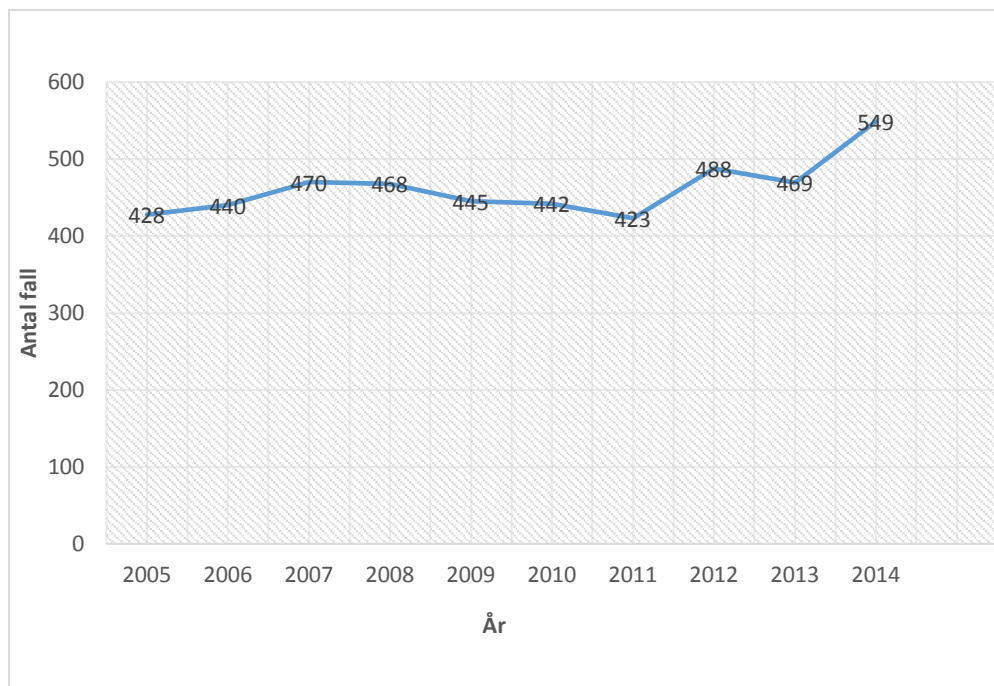


Diagram 11. Antal fall av cervixcancer i Sverige 2005-2014.⁷⁵

Som Diagram 12 visar ökade antalet fall av cervixcancer i Region Skåne från 44 till 61 mellan 2013 och 2014, vilket innebär att de senaste årens sjunkande trend bröts.

⁷⁴ Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, 2015.

⁷⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas.

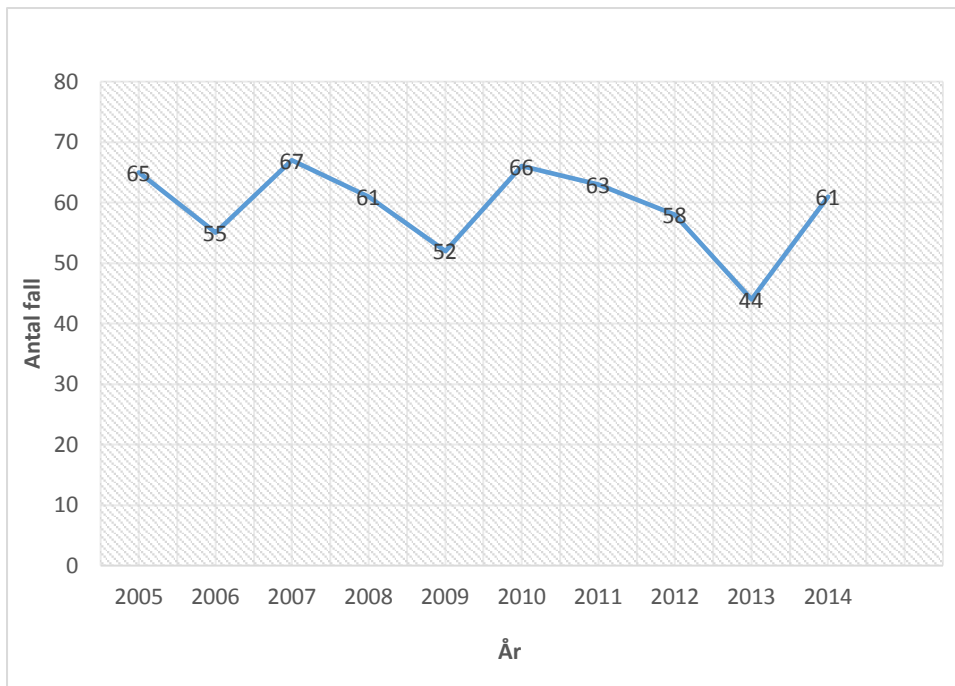


Diagram 12. Antal fall av cervixcancer i Skåne 2005-2014.⁷⁶

4.2.1 Gynekologisk cellprovskontroll (GCK)

Screening med regelbundna cellprovskontroller, i åldrarna 23-60 år, har visat att cervixcancer kan förebyggas, genom tidig diagnostik och behandling av precancerösa stadier.⁷⁷ Genom att komplettera med analys för förekomst av högrisk-HPV kan skyddseffekten av GCK öka ytterligare. Sedan 2015 pågår ett nationellt planeringsarbete på uppdrag från Socialstyrelsen med framtagande och införande av primär HPV-screening, vilket syftar till att öka möjligheten till tidig upptäckt och behandling av kvinnor som är i risk att utveckla cervixcancer. Planerat införande i Region Skåne är 2016/2017.

Med primärscreening för HPV, räknar man med att årligen i Sverige:

- kunna finna ytterligare cirka 1000 fler fall av medelsvåra till svåra cellförändringar (CIN II-III)
- att cirka 60 kvinnor färre diagnostiseras med cervixcancer
- spara drygt 30 liv

Med dagens GCK kallas alla kvinnor i Skåne mellan 23 och 65 år till cellprovtagning. Mellan 23 och 50 år skickas kallelse ut automatiskt vart tredje år, om prov inte redan tagits. Efter 50 år skickas kallelse vart femte år. På cellprov taget vid 60 år eller efter görs även analys för HPV. Cellprovtagning är gratis för kvinnor 23-29 år. Från och med 30 år fyllda tillkommer en avgift på 120 kr. Sedan 1 januari 2015 kan kvinnan välja att ta cellprov i det landsting som passar henne bäst.

Både EU samt den nationella styrgruppen för cervixcancerprevention, rekommenderar ett deltagande på minst 85 procent, även kallat täckningsgrad, vilket ger den kvinnliga populationen ett bra skydd mot att utveckla cervixcancer. I Sverige har täckningsgraden legat

⁷⁶ Socialstyrelsens statistikdatabas.

⁷⁷ Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, 2015.

på 81 procent (Diagram 13), men som Tabell 8 visar är det stora regionala skillnader till och med inom den södra regionen som Regionalt Cancercentrum Syd (RCC) bevakar.

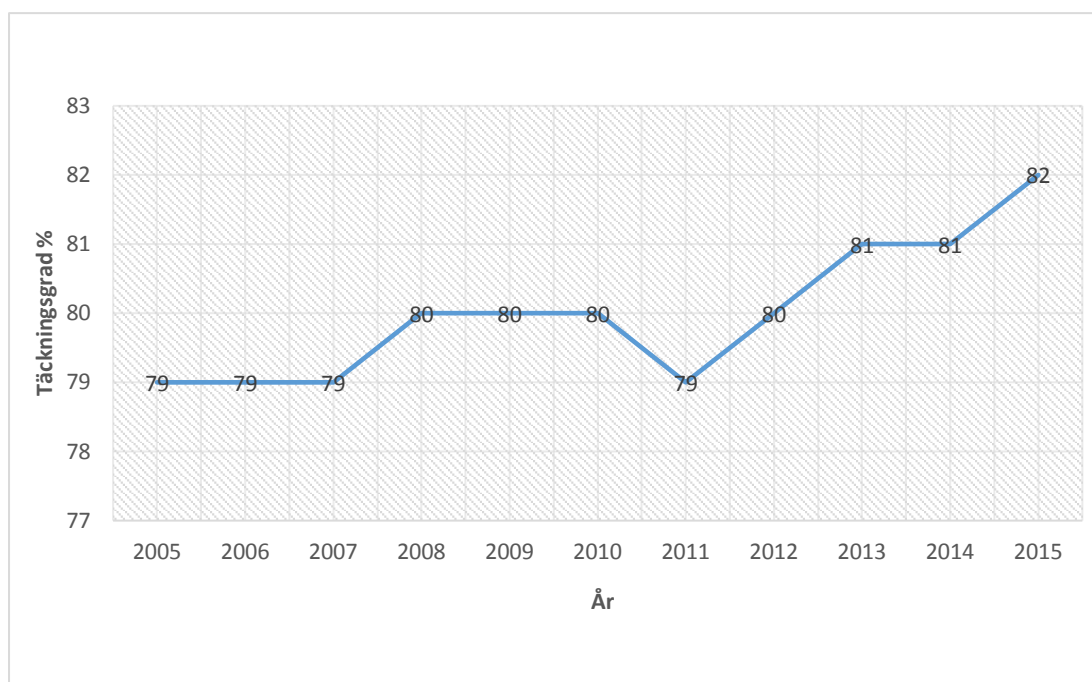


Diagram 13. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovskontroll i Sverige 2005-2015⁷⁸

Tabell 8. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovskontroll i södra Sverige 2005-2015⁷⁹

Täckningsgrad i Södra regionen		Täckningsgrad år										
Region	Åldersklass	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Riket	23-60	79.0	78.9	79.1	80.1	80.4	80.1	79.2	79.7	80.5	81.4	81.7
Kronoberg	23-60	72.5	74.3	75.6	76.3	75.1	72.7	71.2	70.4	70.0	70.6	69.5
Blekinge	23-60	83.1	78.3	78.2	84.2	88.0	90.3	83.7	83.7	82.5	83.1	84.0
Skåne	23-60	73.6	73.7	73.6	75.7	77.5	80.8	76.6	76.6	76.2	78.4	81.0

Region Skåne hade ungefär samma täckningsgrad som Riket 2015 (Tabell 8). Täckningsgraden i Skåne har successivt ökat sedan 2005, men uppvisade en tillbakagång 2011-2013 för att sedan öka igen (Diagram 14).

⁷⁸ Nationellt Kvalitetsregister för cervixcancerprevention, 2015.

⁷⁹ Regionalt cancercentrum syd

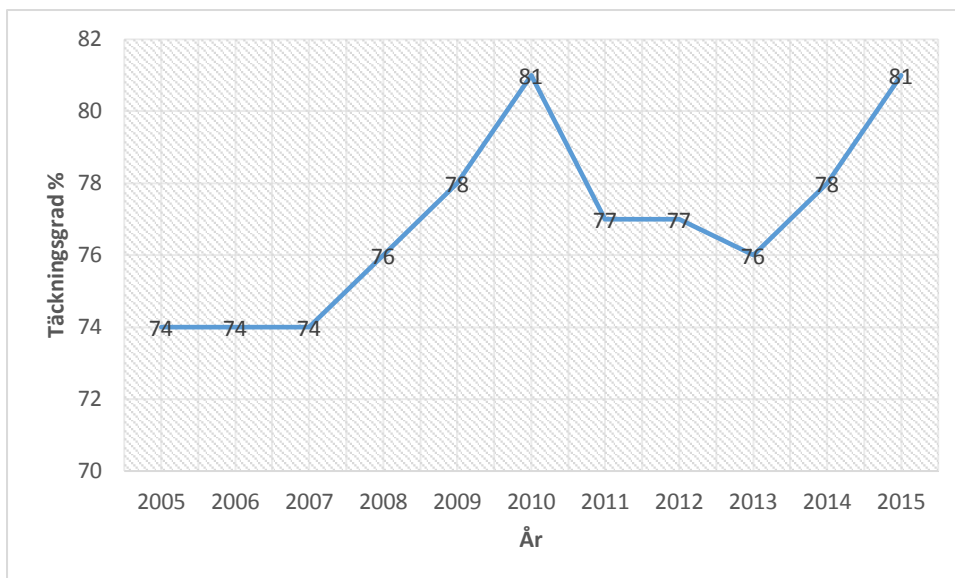


Diagram 14. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovskontroll i Region Skåne 2005-2015.⁸⁰

Täckningsgraden i Skåne varierar för olika åldersgrupper, vilket Diagram 15 illustrerar. Högsta deltagandet i GCK ses bland kvinnor i åldrarna 23-25 år med hela 92 procent. De övriga åldersgrupperna ligger kring 80 procent, men visar en stigande trend sedan 2013.

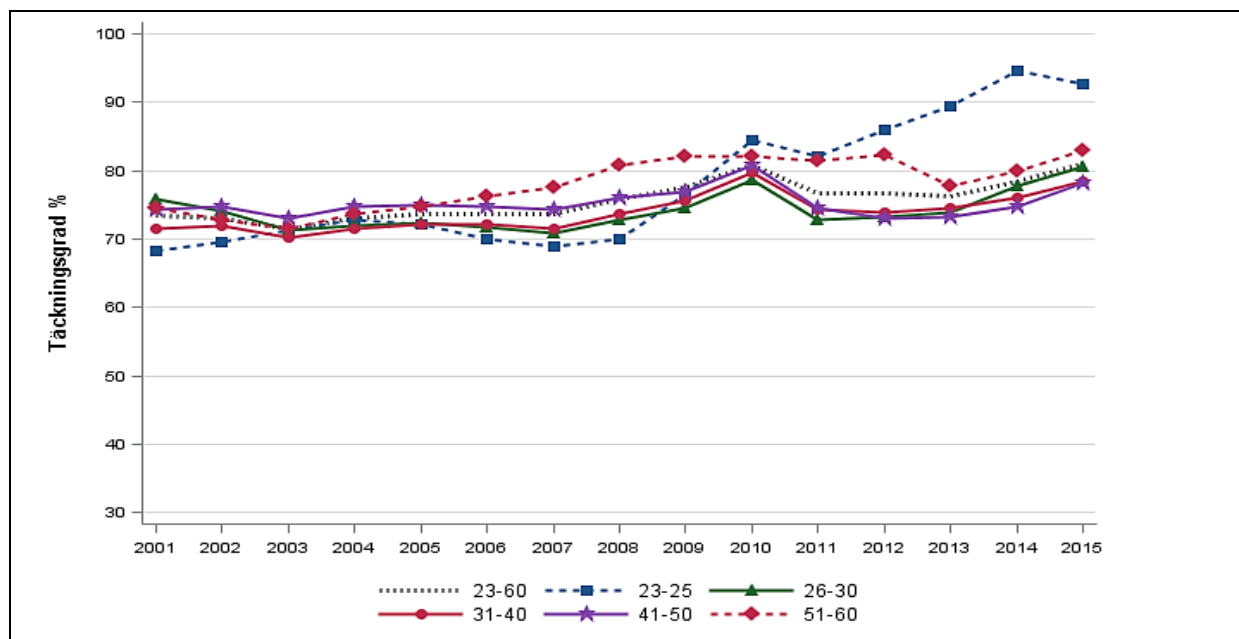


Diagram 15. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovskontroll i Region Skåne 2001-2015 per åldersklass⁸¹.

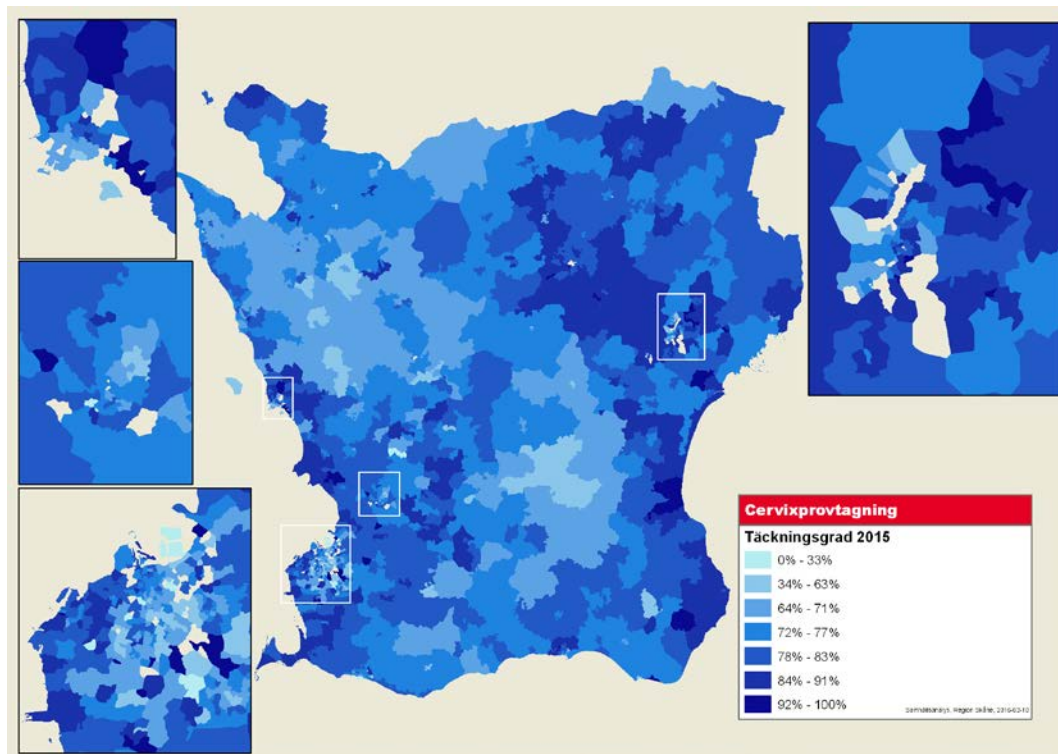
Bland de kvinnor som utvecklar cervixcancer har en övervägande del inte kommit regelbundet till GCK då de blivit kallade. I syfte att öka täckningsgraden har Region Skåne sedan 2013 genomfört flera olika kapacitetshöjande och medvetandegörande aktiviteter (utbildningsinsatser) för provtagande barnmorskor, patientorganisationer, och grupper som är

⁸⁰ Nationellt Kvalitetsregister för cervixcancerprevention, 2015.

⁸¹ Nationellt Kvalitetsregister för cervixcancerprevention, 2015.

svåra att nå med insatser. Region Skåne har även tillhandahållit en mobil uppsökande mottagning för cellprovtagning, den så kallade cellprovsbussen, under åren 2010-2011 samt 2013-2016. I bussen erbjöds kostnadsfri cellprovtagning för kvinnor i åldrarna 23-65 år. Som mest har en barnmorska utfört 139 cellprov i bussen under två dagar. Denna mottagning finns inte längre tillgänglig.

Dessa aktiviteter kan ha bidragit till den ökning i täckningsgrad ses för åren 2013-2015.



Figur 2: Geografisk kartläggning (Geomapping) av täckningsgrad av gynekologisk cellprovskontroll i Region Skåne 2015.⁸²

För att ytterligare öka täckningsgraden och för att tydligt identifiera och illustrera områden med låg täckningsgrad kan geomapping användas, det vill säga att täckningsgraden i Skåne kan brytas ner på postnummernivå (Figur 2). Ett ytterligare steg är att genom att koppla täckningsgrad till Care Need Index (CNI) möjliggöra riktade insatser till områden med låg täckningsgrad och med de delar av befolkningen som i lägre utsträckning deltar i preventiv hälsovård. Detta arbete ligger för närvarande under RCC Syd och förhoppningen är att kunna utveckla och använda denna teknik ytterligare.

4.2.2 HPV-vaccination

HPV-vaccination ingår i skolhälsovårdens nationella vaccinationsprogram för flickor sedan 2010. Region Skåne har i skrivande stund upphandlat ett fyrvalent vaccinet som ger skydd mot högrisk-HPV 16 och 18 som är associerade med cervix-, anal-, penis-, hals- och hudcancer. Vaccinet skyddar även mot HPV 6 och 11, vilka kan orsaka kondylom och som hos ett litet antal nyfödda kan orsaka larynxpapillom.

⁸² Regionalt cancercentrum syd

Vaccinationsprogrammets mål är >90 procent täckningsgrad. 2015 var det 81 procent av flickor födda 2002 som vaccinerades på nationell nivå (Diagram 16). I Region Skåne var motsvarande siffra 78 procent. Man beräknar att en 70-80 procentig sänkning av antal fall av cervixcancer är möjlig om vaccinationen ges innan sexualdebut till 85 procent av flickorna.⁸³

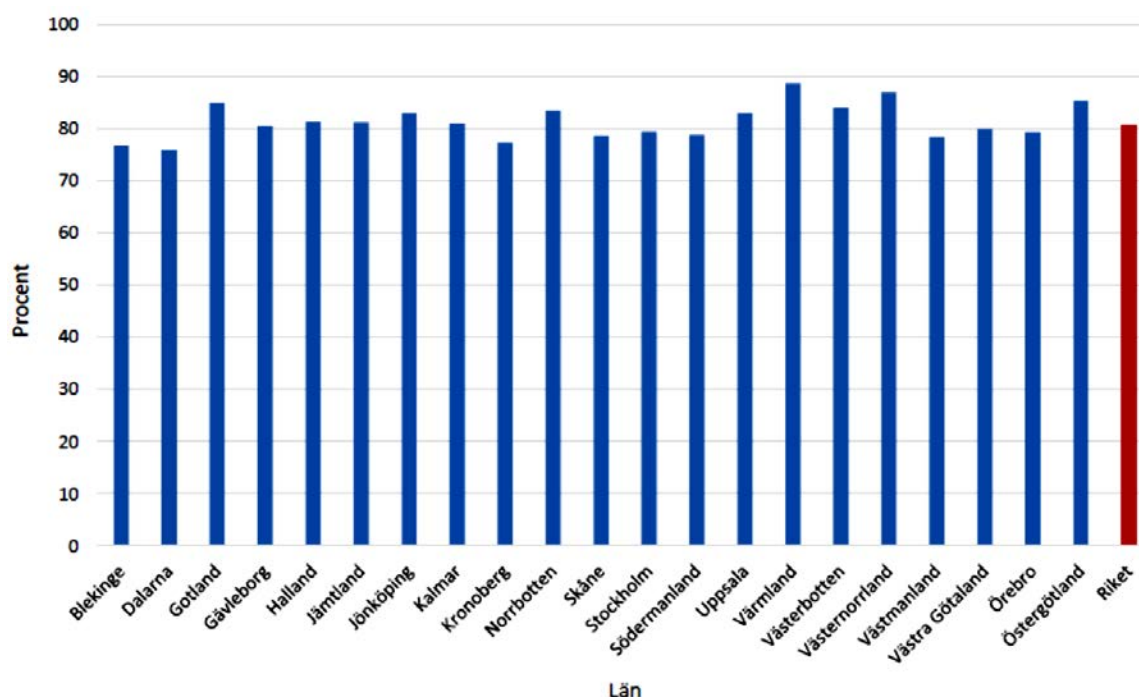


Diagram 16. Andelen (%) vaccinerade med minst en dos HPV-vaccin, flickor födda 1999-2003. Data till och med 2015-12-31.⁸⁴

4.2.3 Sammanfattning av cervixcancerprevention

Skånska kvinnors deltagande i gynekologisk cellprovskontroll (GCK) har under de senaste åren ökat och närmar sig den nationella nivån, men ligger fortfarande under målet på 85 procent. Kvinnor i åldrarna 31-50 år är svårast att nå för deltagande i GCK. Deltagande för flickor i HPV-vaccinationsprogrammet inom skolhälsovårdens HPV-vaccinationsprogram ligger i Skåne tre procentenheter under den nationella nivån.

Region Skåne deltar aktivt i det nationella planeringsarbete som för närvarande pågår med införandet av primärscreening för HPV. Detta stora förändringsarbete kommer att påverka hela vårdkedjan för cervixcancerprevention. Region Skåne initierade detta implementeringsarbete på ett tidigt stadium genom bland annat utbildning av alla barnmorskor i primärvården, upparbetande av ökad laboratoriekapacitet och nya kontrollfiler kopplade till svarsfunktion, samt utbildning planerad för kommande nya barnmorskefunktion, ”dysplasibarnmorska”. I samarbete med SKL är ett nationellt utbildningsmaterial framtaget för alla vårdkategorier i vårdkedjan. Planerad start i Region Skåne är 2017.

⁸³ Herweijer et al, 2016.

⁸⁴ Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

4.3 SEXUELLT ÖVERFÖRBARA INFEKTIONER (STI)

Data gällande STI i Skåne kommer från det regionala mikrobiologiska övervakningssystemet i Skåne (Smittskydd Skåne). Denna data kan stratifieras utifrån kön och ålder, men inte enligt utbildningsnivå eller ursprungsland.

Sverige

Klamydia

Incidensen har ökat signifikant de senaste 15 åren och är landets i särklass vanligaste sexuellt överförbara bakteriella infektion. En stabilisering av nivåerna ses sedan 2009. Mellan 2014 och 2015 ökade incidensen med fyra procent.

Gonorré och Syfilis

Båda ökar kraftigt jämfört med tidigare år. Folkhälsomyndigheten rapporterar en 26- respektive 35-procentig ökning 2015, jämfört med 2014.

Hepatit B

2 388 nya fall rapporterades under 2015, vilket var en ökning med 17 procent jämfört med 2014. Liksom tidigare år anmäldes majoriteten av fallen som kronisk infektion eller symtomfri bärare. Drygt 80 procent av rapporterade fall under 2015 saknade information om smittväg. Den vanligaste rapporterade smittvägen var från mor till barn (oftast i samband med förlossningen) med 134 fall (5,6 procent). Uppskattningsvis föds cirka 500 barn till hepatit B-positiva mödrar i Sverige varje år.

HIV

450 nya fall av i Sverige under 2015. Idag lever drygt 7 000 personer med en diagnostiserad HIV-infektion i Sverige, vilket innebär en HIV-prevalens på 0,07, som är bland de lägsta i Europa.

Den nationella utvecklingen av STI-förekomst stämmer väl överens med rådande utveckling och trend i Skåne (se Tabell 9 längst ner). Anledningen till ökningen på nationell nivå anses delvis bero på ökad provtagning, men står även för en reell ökning.

Skåne

Klamydia

Klamydia har minskat sedan 2007 bland både kvinnor och män i Skåne, men incidensen ökade kraftigt 2015. Då diagnosticerades 4750 nya fall och detta motsvarande en elvaprocentig ökning jämfört med 2014. Kurvorna vände dock nedåt under första halvan av 2016. Man ser en tillbakagång på tio procent, från 2 409 fall första halvåret 2015 till 2 168 fall 2016 (Diagram 17).

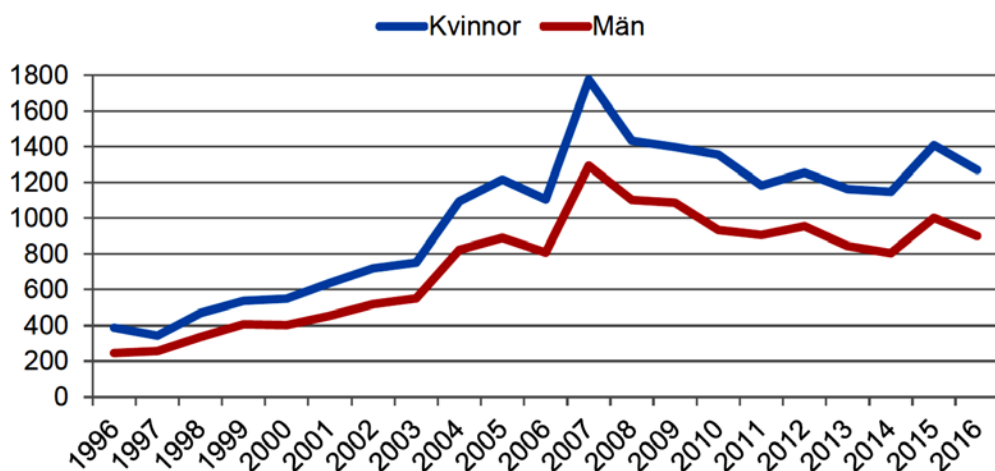


Diagram 17. Klamydia i Skåne, 1:a halvår per år, kvinnor och män.⁸⁵

Klamydiaförekomsten minskar för båda könen i åldersgruppen 15-24 år (Diagram 18). I åldersgrupperna 25-29 år samt > 29 år sker det dock en ökning av antalet fall jämfört med första halvåret 2015. Ökningen i antalet fall i dessa åldersgrupper beror delvis på att puckeln i befolkningsammansättningen de senaste åren förskjutits från 23–24-åringar till 25–26-åringar, men denna grupp är intressant att följa. Incidensen sjunker således trots detta, totalt sett för båda könen.

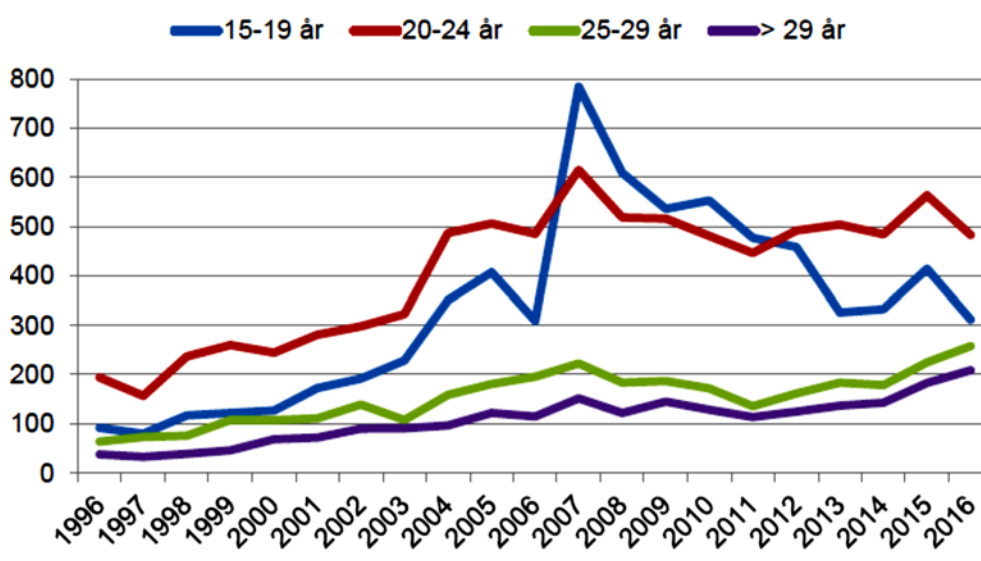


Diagram 18. Klamydia i Skåne, 1:a halvåret per år, kvinnor per åldersgrupp.⁸⁶

Medelåldern för klamydiafallen i Skåne ökar långsamt för båda könen och har på tio år stigit från 21,7 till 24,2 år för kvinnor. En viktig faktor att ta hänsyn till är att tillgängligheten till testning via 1177 har ökat provtagningen hos personer över 24 år. Bland kvinnor har testning via nätet ökat med 25 procent 2016, jämfört med första halvåret 2015 (2 368 prov 2015; 2 963 prov 2016). Denna ökning i provtagning via nätet har inneburit att 17 fler fall diagnosticerats

⁸⁵ Smittskydd Skåne

⁸⁶ Smittskydd Skåne

bland kvinnor (en ökning på 23 procent), det vill säga ökad provtagning har gett motsvarande andel nya fall.

Gonorré

Antalet fall av gonorré i Skåne har ökat sedan provtagningen förenklades och gonorré började samanalyseras med klamydia hösten 2013. Första halvan 2016 diagnosticerades 104 fall, vilket är en ökning med drygt fem procent jämfört med motsvarande period i fjol. Samtidigt har provtagningarna ökat med 4,4 procent från cirka 45 700 till cirka 47 700 från första halvåret 2015 till första halvåret 2016. Under det första halvåret av 2016 har det bland kvinnor som är 25 år och äldre skett en viss ökning av antal fall, medan man ser en viss tillbakagång bland kvinnor i åldersgruppen 20-24 år (Diagram 19).

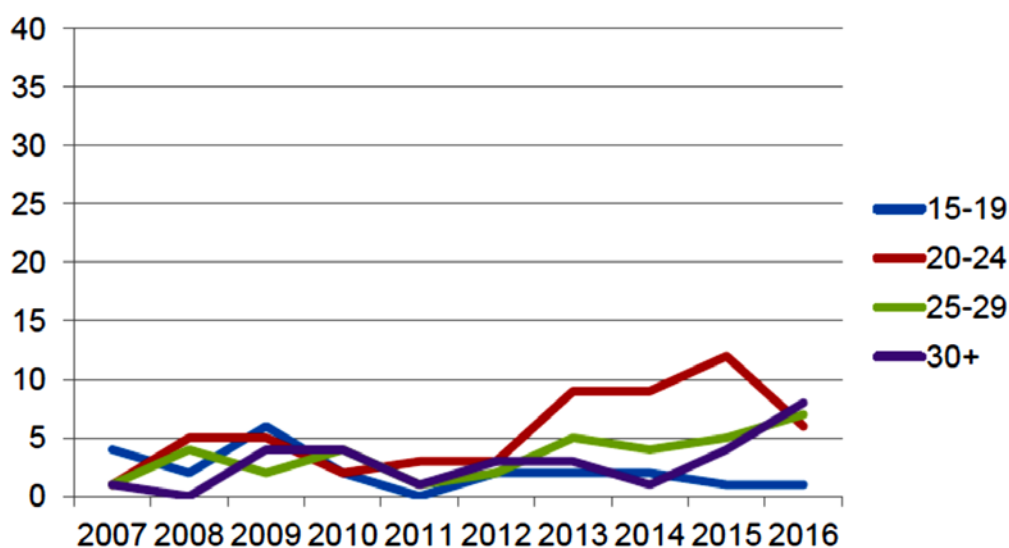


Diagram 19. Gonorréfäll i Skåne per åldersgrupp 1:a halvåret 2007-2016, kvinnor⁸⁷ (Källa: Smittskydd Skåne).

Syfilis

En stigande tendens anmälda syfilisfall i Skåne noteras totalt. Ökningen återfinns dock mestadels i gruppen män som har sex med män (MSM), där majoriteten är smittade i utlandet. För de skånska kvinnorna är incidensen av syfilis väldigt låg och har inte ökat för de senaste fem åren.

Hepatit B

Incidensen i Skåne för hepatit B är 20 per 100 000 för 2015, vilket är lägre än riket där incidensen är 24 fall per 100 000. 255 fall av kronisk hepatit B rapporterades under 2015, vilket är en ökning med 90 fall jämfört med 2014. En majoritet av dessa har smittats som barn i länder där hepatit B är mer vanligt förekommande. Ökningen av kronisk hepatit B avspeglar därmed migrationen från dessa länder. Screening för hepatit B av gravida kvinnor syftar till att förhindra spridning av sjukdomen till det nyfödda barnet, eftersom barn som smittas i samband med förlossningen löper upp till 90 procent risk att utveckla kronisk hepatit B. För att minska risken för överföring av hepatit B har alla gravida kvinnor med hepatit B-bärarskap, oavsett om smittan är tidigare känd eller nyupptäckt under graviditeten, kontakt med en infektionsläkare under graviditeten för information, bedömning av smittsamhet samt ställningstagande till profylax till det nyfödda barnet.

⁸⁷ Smittskydd Skåne

Hepatit C

Prevalensen för hepatit C ökade under 2014 och men ytterligare ökning fanns inte 2015. 207 fall rapporterades i Skåne, 30 procent av dessa var kvinnor. Okända smittvägar är ett problem och enbart tio fall var kopplade till sexuell smitta.

HIV

Under 2015 anmäldes 41 nya fall av HIV i Skåne, varav 14 kvinnor, en minskning från föregående år. Fram till 2009 ökande antalet nya fall, därefter har minskning skett i Skåne. Dock kan det finnas problem med redovisning av data, eftersom HIV-fall anmäls med så kallad rikskod i stället för fullt personnummer, vilket innebär att fall kan flytta mellan landsting.

Förebyggande arbete

Forskning pekar på att sexuell hälsa hänger samman med grad av social utsatthet och delaktighet i samhället,⁸⁸ vilket understryker vikten av att det förebyggande arbetet når de mest risktagande och riskutsatta unga. En svensk studie visar exempelvis att klamydiafallen inte är jämt fördelade bland unga, utan att en liten grupp unga står för en stor andel av klamydiafallen.⁸⁹ I Region Skånes basprogram för graviditetsövervakning/hälsovård erbjuds den gravida kvinnan screening för flera olika sexuellt överförbara infektioner (STI). Screening för syfilis, HIV, hepatit B, klamydia erbjuds alla gravida kvinnor, medan hepatit C sker som riktad åtgärd.

4.3.1 Sammanfattning av STI

Antalet sexuellt överförbara infektioner har ökat i Sverige de senaste fem åren, med undantag för HIV och syfilis. Detta återspeglas i epidemiologin av STI i Skåne, även om ökningen av klamydia ser ut att ha planat ut första halvan av 2016 (se Tabell 2). Samtidigt som ökningen av hepatit B kan förklaras av ökande migration föreligger det en osäkerhet kring hur stor del av ökningen av övriga STIs som kan förklaras av förbättrade testtekniker och ökad provtagning. Den ökande trenden av STI-incidens motiverar därför kontinuerlig övervakning, ökad provtagning samt riskupplysning till befolkningen och preventiva åtgärder

Tabell 9. Antal fall av STI i Skåne 2011-2015, samt trend.⁹⁰

Diagnos	2011	2012	2013	2014	2015	2016 1:a halvåret	Trend
Hepatit B (akuta)	9	9	6	5	10	Ingen data ännu	→
Hepatit B (kroniska)	147	146	137	165	255	Ingen data ännu	↑
Hepatit C	275	199	179	220	207	Ingen data ännu	↓
Gonorré	85	123	116	181	198	+5 % jmf 2015	↑
Klamydiainfektion	4753	4522	4236	4294	4750	-10 % jmf 2015	→
Syfilis	29	22	23	23	28	Ingen data ännu	→
HIV-infektion	59	53	28	48	41	Ingen data ännu	→

⁸⁸ Lindroth et al, 2013.

⁸⁹ Hammarström et al, 2015.

⁹⁰ Smittskydd Skåne.

4.4 ABORT OCH ANTIKONCEPTION

Preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel sker i stor utsträckning på BMM av barnmorskor. Även om aborter inte sker här kan aborttalen till viss del ses som en reflektion på hur väl preventivmedelsrådgivningen fungerar.

4.4.1 Abort

Den nuvarande svenska abortlagen (1974:595) trädde i kraft 1975 och tillåter kvinnan att själv besluta om abort till och med den 18:e graviditetsveckan. Efter den 18:e veckan får abort endast ske efter prövning av Socialstyrelsens rättsliga råd. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om hur abortlagstiftningen ska tillämpas⁹¹. Sedan den 1 januari 2008 får också utländska kvinnor göra abort i Sverige även om de inte är bosatta, folkbokförda eller asylsökande i landet eller är svenska medborgare.⁹² Uppgifter om utländska kvinnor som genomgått abort i Sverige efter år 2009 ingår i den ordinarie rapporteringen av abortstatistik.

Rapporteringen av abortstatistik har varierat mycket de senaste åren varför siffrorna är svåra att jämföra över tid. Under 2013 var all insamling av abortstatistik tillfälligt indragen för att man ville utreda om insamlingen var för detaljerad. 1 januari 2014 återupptogs insamlingen, men datainsamlingen är förenklad avseende ålder, hemort, antal tidigare aborter och förlossningar, vilken klinik aborten utförs på samt angivelse av graviditetsvecka vid abortens genomförande. Förenklingarna är gjorda på Datainspektionens inrådan. Det har tillkommit uppgifter om huruvida ett medicinskt avbrytande av graviditeten avslutas på sjukhus eller i hemmet, samt om en kompletterande kirurgisk metod har använts.

Sedan den 1 oktober 2016 tillåts att personnummer registreras för aborter i patientregistret, vilket ger nya möjligheter för vården att följa upp aborter. Abortstatistiken kommer dock tillsvidare att fortsätta baseras på en särskild inrapportering av avidentifierade uppgifter. Eftersom det saknas koppling mellan inrapporterade aborter och klinik kan ingen statistik brytas ner på län eller kommun framöver. Inte heller håller variabeln kvinnans hemort för nedbrytning av siffrorna. Regional uppföljning blir därmed omöjlig med nuvarande rapportering.

Socialstyrelsen har gjort bedömningen att statistiken för 2014 är tillräckligt tillförlitlig för att presenteras på riksnivå. Jämförelser mot tidigare år ska emellertid göras med försiktighet eftersom insamlingsmetoden förändrats.

I Sverige utförs årligen mellan 35 000 och 38 000 aborter. År 2015 utfördes ungefär 38 000 inducerade aborter (Diagram 20). Det motsvarar 20,9 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Det är stora regionala skillnader i landet, mellan drygt 30 till 15 per 1000 kvinnor i åldern 15-44 år i riket år 2011. Det finns inte tillförlitliga siffror för senare år.

⁹¹ SOSFS 2009:15

⁹² SFS 2007:998

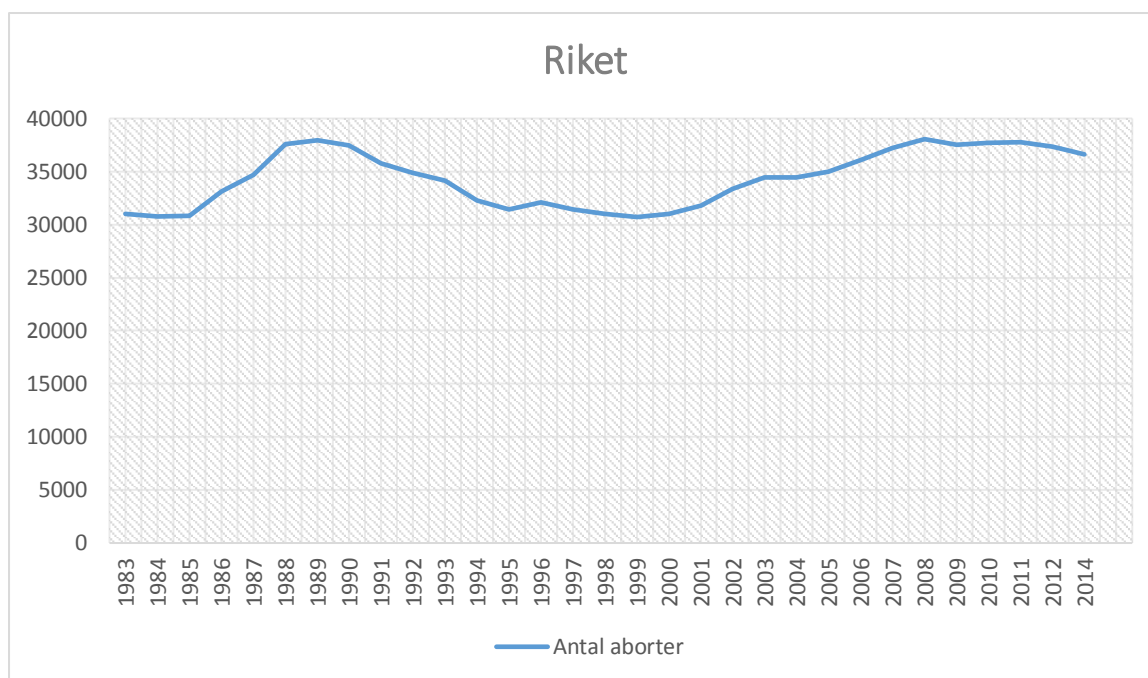


Diagram 20. Antal aborter i Sverige, 1983-2014.⁹³

*Statistikinsamlingen stoppad under 2013

** Ny metod för statistikinsamling från 2014

De flesta aborter utförs tidigt i graviditeten, vilket är eftersträvansvärt. Under 2015 utfördes 93 procent av aborterna före vecka 12 och 83 procent före vecka 9 i riket.

Andelen aborter före graviditetsvecka 7 har ökat betydligt sedan i början av 1990 talet, och så även i Skåne (Diagram 21) och det är främst aborter som utförs vid en graviditetslängd på 9–11 veckor som minskat. Enligt rapporterade uppgifter för 2015 utfördes 51 procent av alla aborter före vecka 7 och 93 procent före vecka 12. En förklaring till att aborter görs allt tidigare under graviditeten är införandet av medicinsk abort som kan användas vid tidigare graviditetsvecka än kirurgisk metod. En bidragande förklaring skulle kunna ligga i ökad tillgänglighet och förkortade väntetider i och med möjlighet till barnmorskeledda aborter.

⁹³ Socialstyrelsens abortstatistik.

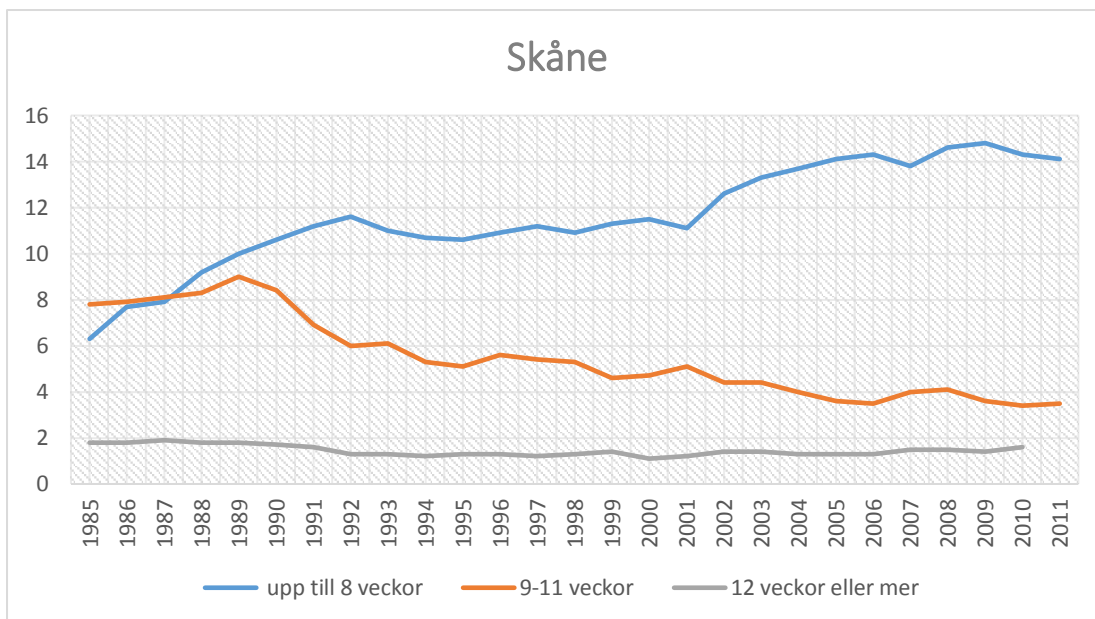


Diagram 21. Antal aborter per 1 000 kvinnor i Skåne i samtliga åldrar, 1985-2012.⁹⁴

Medicinsk metod har blivit allt vanligare sedan metoden infördes i början av 1990-talet (Diagram 22) och 2015 var 91 procent av de rapporterade aborterna utförda med medicinsk metod. Sedan år 2004, när det blev tillåtet med hemabort, har det blivit allt vanligare att tidiga medicinska aborter avslutas i hemmet eller på annan plats. Under 2015 var 68 procent av aborterna som utfördes före vecka 9 hemaborter.

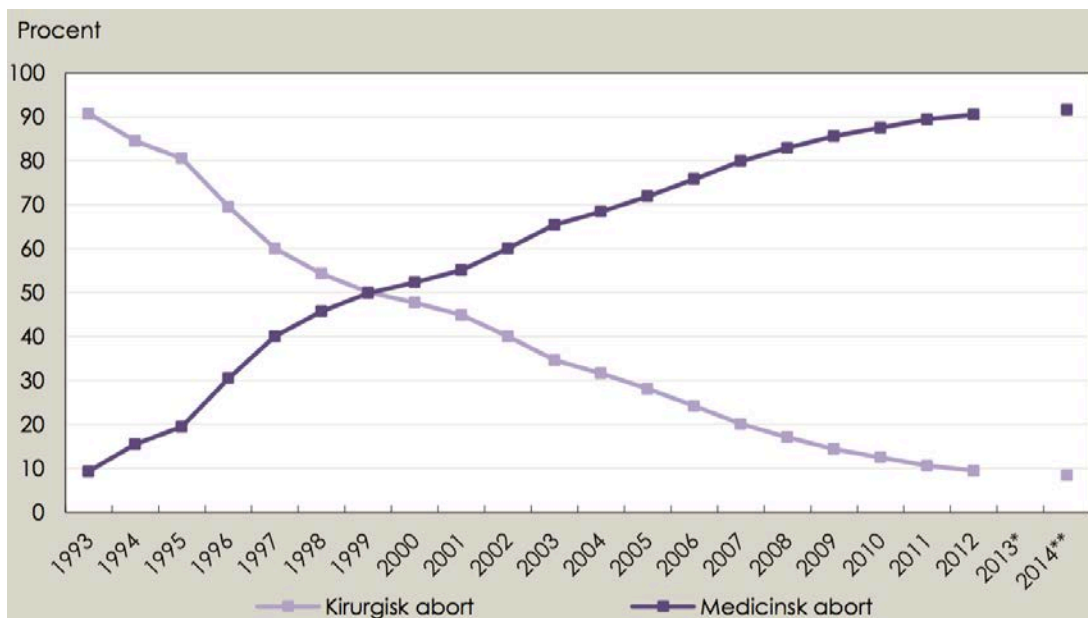


Diagram 22. Andel aborter vid graviditetslängd $\leq 9+0$ veckor+dagar utför med medicinsk eller kirurgisk metod, 1993-2014⁹⁵.

*Statistiksamlingen stoppad under 2013

** Ny metod för statistiksamling från 2014

⁹⁴ Socialstyrelsens abortstatistik.

⁹⁵ Socialstyrelsens abortstatistik.

Tonårsaborterna har minskat stadigt i Sverige de senaste tio åren (Diagram 23). Sedan 2006 har aborter bland flickor i åldern 15–19 minskat från 25 till 14 per 1 000 flickor. Minskningen antas bero på mer utvecklade preventivmetoder och subventioneringar av preventivmedel. Aborter har länge varit vanligast i åldersgruppen 20–25 år, följt av åldersgruppen 25–29 år. År 2015 ökade aborterna i åldern 25–29 år och det gjordes ungefär 30 aborter per 1 000 kvinnor i dessa båda åldersgrupper.

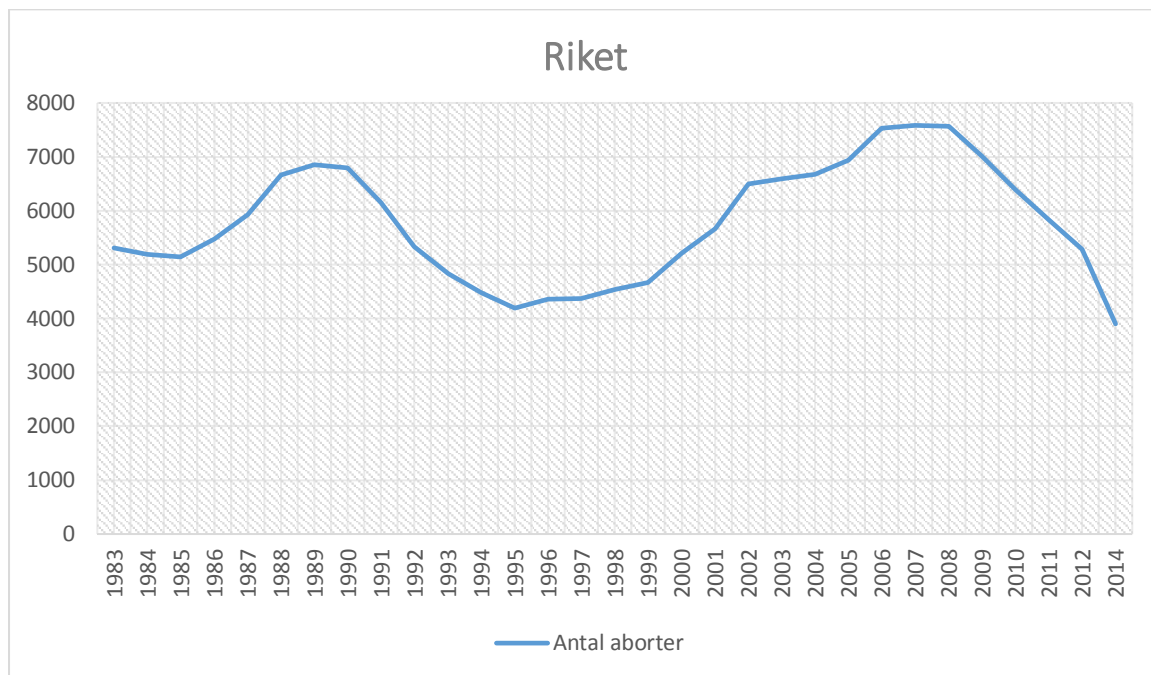


Diagram 23. Antal aborter i åldersgruppen -19 år, 1983-2014⁹⁶.

*Statistikinsamlingen stoppad under 2013

** Ny metod för statistikinsamling från 2014

4.4.2 Preventivmedel

Barnmorskemottagningarna och ungdomsmottagningar är de som förskriver majoriteten av preventivmedel i Sverige. Syftet med preventivmedel är att förhindra uppkomsten av oönskade graviditeter och att bevara fertiliteten fram till den tidpunkt en graviditet är aktuell. Preventivmedelsrådgivningen syftar även till att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Barnmorskans roll är att ge saklig, individanpassad information med för- och nackdelar samt information om risker och eventuella biverkningar så att den enskilda kvinnan kan välja det mest lämpliga alternativet av samtliga metoder. Målet ska vara ett säkert graviditetsskydd med bästa möjliga följsamhet.⁹⁷ Barnmorskor handlägger självständigt rådgivning och förskrivning av preventivmedel till friska kvinnor på indikation antikonception. Annan förskrivning sker av läkare.

Med effektivitet menas hur väl ett preventivmedel skyddar mot graviditet. Effektiviteten är till viss del beroende på användaren, så kallad typisk respektive perfekt användning. LARC (long-acting reversible contraception), vilket innefattar p-stav, Cu- och hormonspiral, har knappast något användarfel och är därför ofta att föredra. LARC kan vara särskilt gynnsamt till unga kvinnor som har hög fertilitet och som samtidigt har svårare att komma ihåg ett

⁹⁶ Socialstyrelsens abortstatistik.

⁹⁷ Bakgrundsmaterial till Skånelistans rekommendationer 2016.

dagligt intag av tabletter jämfört med ”äldre” kvinnor. Till korttidsverkande preventivmedel räknas kombinerade p-piller, p-ring, p-plåster, mellandosgestagener samt lågdos gestagener (mini-piller).

Preventivmedelsrådgivning och förskrivning är en viktig del av barnmorskans arbete på BMM. Region Skånes riktlinje för antikonception inom MHV följer de principer och grunder för preventivmedelsförskrivning som finns fastlagda i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd⁹⁸ samt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation.⁹⁹ Antal preventivmedelsbesök per heltidstjänst barnmorska är i riket 372 per år; i Skåne är motsvarande siffra drygt 430.¹⁰⁰ Ungdomssubventionen i Region Skåne innebär att hela egenavgiften för preventivmedel med indikation antikonception och som ingår i läkemedelsförmånen subventioneras för kvinnor upp till och med 25 års ålder.

Korttidsverkande preventivmedel

I alla åldersgrupper har långtidsverkande preventivmedel ökat i användning i Skåne och i riket samtidigt som de korttidsverkande gått ner (Diagram 24). Denna förändring borde vara en viktig faktor för att minska antalet oönskade graviditeter.

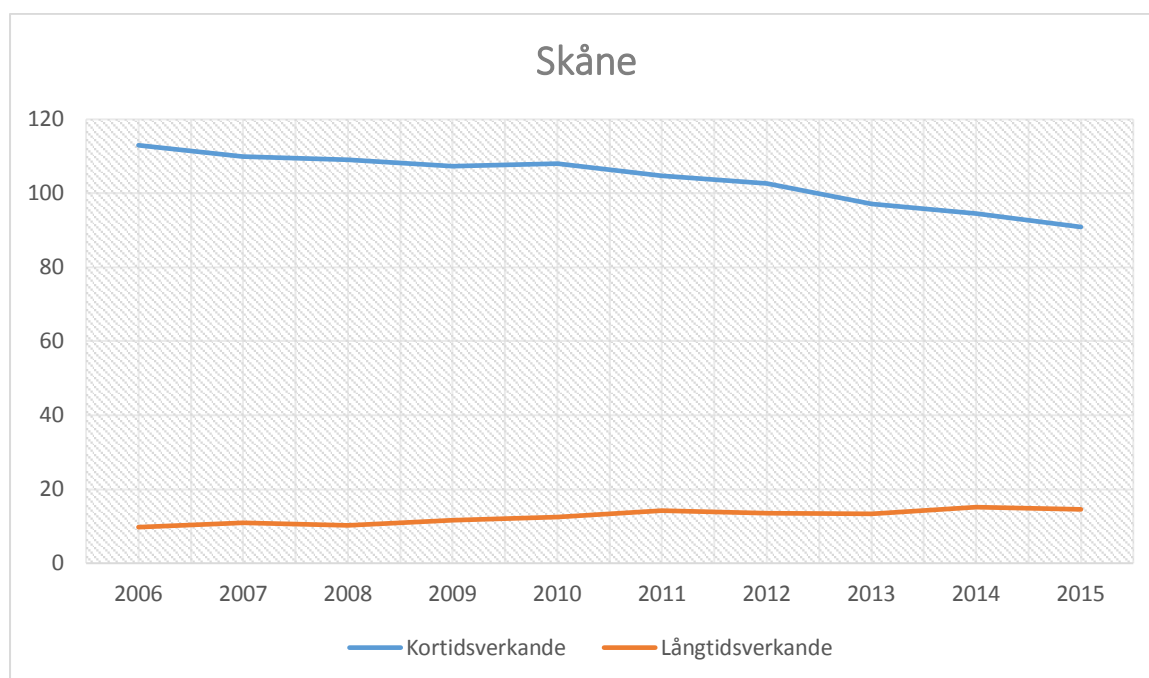


Diagram 24. Preventivmedelsanvändning i Skåne för kvinnor DDD/1000 invånare/dag i alla åldrar (0-85+) 2015, uppdelat på korttidsverkande och långtidsverkande.¹⁰¹

År 2015 skrevs ca 175 000 recept på preventivmedel i Skåne i åldersgruppen 15-44 år (Diagram 25). Knappt 7 procent av dessa var långtidsverkande preventivmedel. Beaktas bör dock att ett recept på en långtidsverkande metod kan förse kvinnan med en antikonceptionsmetod som varar i 3-5 år, medan korttidsverkande preventivmedel i regel förskrivs för 3-12 månader i taget.

⁹⁸ SOSFS 1996:21.

⁹⁹ Läkemedelsverket, 2014.

¹⁰⁰ Graviditetsregistret, 2016.

¹⁰¹ Socialstyrelsens statistikdatabas.

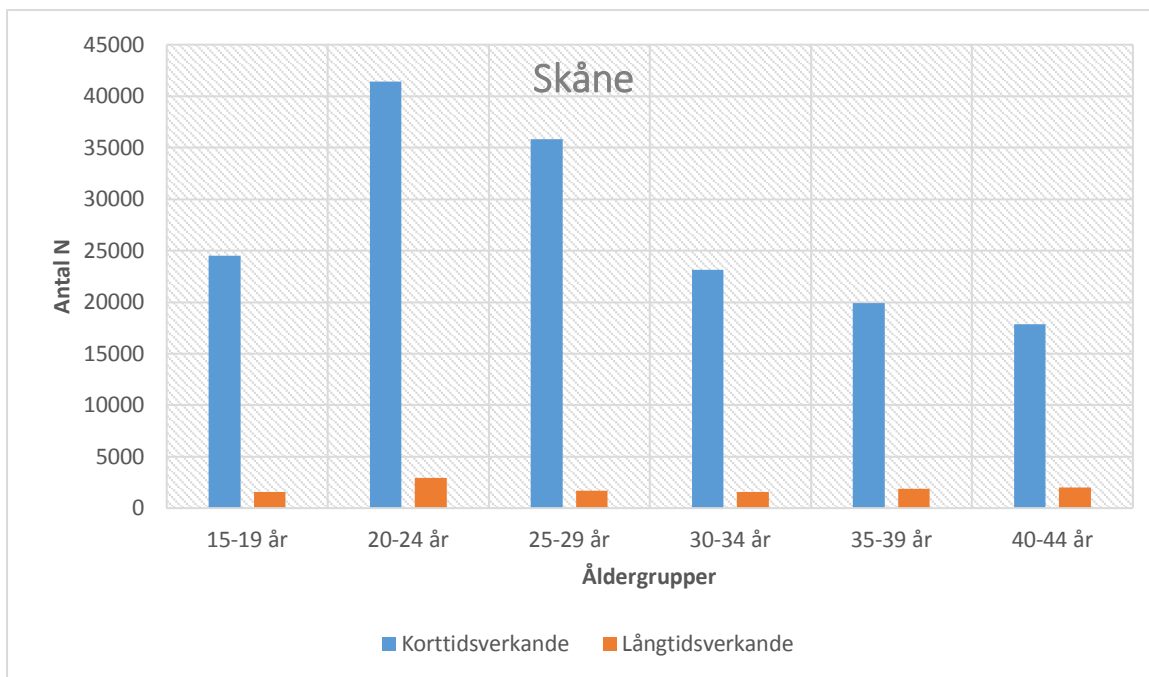


Diagram 25. Antal recept på preventivmedel i Skåne för kvinnor 15-44 år 2015, uppdelat på korttidsverkande och långtidsverkande¹⁰².

4.4.3 Abort och antikonception i sammanfattning

Tonårsaborterna har minskat stadigt i Sverige de senaste tio åren, något som antas bero på mer utvecklade preventivmetoder och subventioneringar av preventivmedel. I alla åldersgrupper har långtidsverkande preventivmedel ökat i användning i Skåne och i riket samtidigt som de korttidsverkande gått ner. Denna förändring borde vara en viktig faktor för att minska antalet oönskade graviditeter.

Aborter har länge varit vanligast i åldersgruppen 20–25 år, följt av åldersgruppen 25–29 år. År 2015 ökade aborterna i åldern 25–29 år och det gjordes ungefär 30 aborter per 1 000 kvinnor i dessa båda åldersgrupper.

Rapporteringen av abortstatistik har varierat mycket de senaste åren varför siffrorna är svåra att jämföra över tid. Under 2013 var all insamling av abortstatistik tillfälligt indragen för att man ville utreda om insamlingen var för detaljerad. Sedan den 1 oktober 2016 tillåts att personnummer registreras för aborter i patientregistret. Det ger nya möjligheter för vården att följa upp aborter, men abortstatistiken kommer fortsätta att baseras på en särskild inrapportering av avidentifierade uppgifter och kommer att fortsätta så tills vidare. Eftersom det saknas koppling mellan inrapporterade aborter och klinik kan ingen statistik brytas ner på län eller kommun framöver. Inte heller variabeln kvinnans hemort håller för nedbrytning av siffrorna. Regional uppföljning blir därmed omöjlig med nuvarande rapportering.

¹⁰² Socialstyrelsens statistikdatabas.

5 Viktiga samarbetspartners

Inom området sexuell och reproduktiv hälsa finns ett antal viktiga samarbetspartners för Kunskapscentrum kvinnohälsa. Primära samarbetspartners är barnmorskemottagningarnas medarbetare, verksamhetschefer och medicinska rådgivare. Dessutom sker nära samarbete med representanter för Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling och Enheterna för uppdragsstyrning. KC KH är en del av Kompetenscentrum Primärvård, Skånevård Sund.

I nuläget är KC KH representerat i följande grupper:

- Mödrahälsovårdsöverläkargruppen SFOG, Sverige
- Samordningsbarnmorskornas nationella nätverk
- Regionalt cancercentrum syd (RCC), Region Skåne
- Expertgruppen Förlossningsvård, Region Skåne
- Regionala nätverket för familjecentraler, Region Skåne
- Samrådsgruppen för psykologmottagningarna MBHV, Region Skåne
- Rådgivande expertgrupp till Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, NKCx

Utöver dessa samarbetar KC KH aktivt med följande:

- Kunskapscentrum barnhälsovård, Region Skåne
- Kunskapscentrum migration och hälsa, Region Skåne
- Kunskapscentrum prevention och sjukdomsförebyggande metoder, Region Skåne
- Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Region Skåne
- Expertgrupp Obesitas, Region Skåne
- Centrum för primärvårdsforskning, Region Skåne
- Smittskydd Skåne
- Lunds universitet
- Svenska Barnmorskeförbundet
- Chefsgrupp psykologmottagningar inom MBHV, Region Skåne
- EQUALIS

Att etablera samarbeten och koordinera aktiviteter inom den komplexa struktur som utgör området kvinnohälsa i Region Skåne är en central uppgift för KC KH

6 Prioriteringsområden för Kunskapscentrum kvinnohälsa

I linje med det mandat som KC KH tilldelats och som beskrivs i Kapitel 1 samt strategier för sexuell och reproduktiv hälsa genom WHO:s internationella perspektiv och Region Skånes regionala perspektiv som nämndes i kapitel 2.2 och 2.3 kommer KC KH att arbeta inom de fyra strategiska områdena i WHO:s strategi (1) hälsofrämjande insatser, (2) forskning, (3) byggande av partnerskap samt (4) förstärkning av hälso- och sjukvårdssystem (se Figur 1 på s. 8).

Ett program för åtgärder inom respektive strategisk dimension kommer att utvecklas årligen och sammanställas utifrån en kontinuerlig övervakning av hälsoindikatorer inom mödrahälsovårdens fyra huvudområden; (i) cervixcancerprevention, (ii) sexuellt överförbara infektioner (STI), (iii) graviditet, samt (iv) abort och antikonception.

6.1 MÅLSÄTTNINGAR

Kunskapscentrum kvinnohälsas arbete syftar i stort till att öka jämlikheten och förbättra hälsoutfall inom mödrahälsovårdens fyra områden. Specifika målsättningar för 2017 är:

Graviditet:

- Se över basprogrammet och föreslå anpassningar för att förbättra omhändertagandet av kvinnor födda utomlands, kvinnor med låg utbildningsgrad samt kvinnor med tolkbehov.
- Facilitera införandet av nya gränsvärden för diagnostik av GDM.
- Verka för att erbjudandet om särskilt förlossningsstöd är likvärdigt under hela kalenderåret, samt för att stödåtgärden motsvarar vårdbehov.
- Tydliggöra vårdkedjan och respektive vårdgivares ansvar inom området psykisk ohälsa under graviditet. Utarbeta kunskapsstöd i form av riktlinje, samt implementera denna.
- Facilitera införandet av NIPT som fosterdiagnostik.

Cervixcancerprevention:

- Öka täckningsgraden till 85 %
- Stärka kunskap om primärscreening med HPV.

STI:

- Etablera samarbete med relevanta aktörer.

Abort och antikonception:

- Öka medarbetares kunskap om säkra antikonceptionsmetoder och därmed minska antalet oönskade graviditeter.
- Öka förskrivningen av långtidsverkande preventivmedel (LARC).

Utifrån dessa övergripande och specifika målsättningar formuleras en handlingsplan för 2017.

Referenser

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. K. (2016). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors:-a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 327.

Finnbogadóttir, H., Dykes, A. K., & Wann-Hansson, C. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC women's health*, 14(1), 1.

Finnbogadóttir, H., Dykes, A. K., & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 228.

Gold, K. J., & Marcus, S. M. (2008). Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 3(3), 391-401.

Graviditetsregistret (2016). *Årsrapport 2015*. Hämtat från https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Årsrapport_2015_Graviditetsregistret_1.4_Webb.pdf

Graviditetsregistret (2015). *Årsrapport 2014*. Hämtat från https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport%202014_1.3_webb.pdf

Hammarström, S., Tikkanen, R., & Stenqvist, K. (2015). Identification and risk assessment of Swedish youth at risk of chlamydia. *Scandinavian journal of public health*, 43(4), 399-407.

Hedin, L., Grimstad, H., Möller, A., Schei, B., & Janson, P. (1999). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(4), 310-315.

Herweijer, E., Sundström, K., Ploner, A., Uhnö, I., Sparén, P., & Arnheim-Dahlström, L. (2016). Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against high-grade cervical lesions by age at vaccination: A population-based study. *International journal of cancer*, 138(12), 2867-2874.

Lindroth, M., Tikkanen, R., & Löfgren-Mårtenson, L. (2013). Unequal sexual health—Differences between detained youth and their same aged peers. *Scandinavian journal of public health*, 41(7), 722-728.

Linné, Y., & Rössner, S. (2003). Interrelationships between weight development and weight retention in subsequent pregnancies: the SPAWN study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(4), 318-325.

Liu, C., Cnattingius, S., Bergström, M., Östberg, V., & Hjern, A. (2016). Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.

Mogren, I. (2006). Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(6), 647-656.

Molin. (2012). *Gravida kvinnor och deras barn i Malmö år 2000-2010*. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. (2015). *Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige, Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2015*.

- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502-508.
- Petersson, K., Persson, M., Lindkvist, M., Hammarström, M., Nilses, C., Haglund, I & Mogren, I. (2014). Internal validity of the Swedish Maternal Health Care Register. *BMC health services research*, 14(1), 1.
- Region Skåne. (2011). *Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne 2011 – 2015*. Hämtat från <http://utveckling.skane.se/publikationer/strategier-och-planer/strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-i-skane-2011-2015/>
- Region Skåne (2013). *Skånes befolkningsprognos 2013-2022*. Hämtat från http://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/befolkningsprognos2013_2022.pdf
- Region Skåne. (2015). *Strategi för jämlik vård 2016-2018*. Hämtat från <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4so-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingsplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf>
- Region Skåne. (2016). *Regionala riktlinjer inom mödrhälsovården för övervikt och fetma under graviditet*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/riktlinjer-graviditet-overvikt-2015-11-02-2.pdf>
- Samordningsbarnmorskorna inom Svenska barnmorskeförbundet, Intressegruppen för mödrhälsovård inom SFOG & Mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening. (2008). *Mödrhälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa. Rapport nr 59 2008*.
- SCB. (2017). *Care Need Index*. Hämtat 2017-01-20 från http://www.scb.se/sv/_Vara-tjanster/Regionala-statistikprodukter/Care-Need-Index-CNI/
- Schytt, E., & Hildingsson, I. (2011). Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 57-64.
- Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *Journal of Women's Health*, 16(3), 390-405.
- Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrhälsovården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015a). *Screening för cervixcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*.
- Socialstyrelsen (2015b). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf>
- Socialstyrelsen (2015c). *Jämlik vård*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19989/2015-12-10.pdf>
- Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M. L., Saarinen, H., & Wenker, A. (2001). The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 189-197.
- Svenska Barnmorskeförbundet & SFOG. (2016). *10 punkter för jämlik kvinnovård*. Hämtat från <https://www.sfog.se/media/286038/mdel.pdf>
- Sveus (2015). *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård*. Hämtat från http://www.sveus.se/documents/files/Vardebaserad_uppfoljning_av_forlossningsvard.pdf

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450.

Wendt. (2011). *Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor. En genomgång av internationell forskning*. Västra götalandregionen.

World Health Organization. (2001). *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Hämtat från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf

World Health Organization. (2008). *Maternal mental health & child health and development. Literature review of risk factors and interventions on Postpartum Depression*.

Bilaga 1: Uppdrag Kunskapscentrum kvinnohälsa

Uppdraget till Kunskapscentrum kvinnohälsa utgår från följande kriterier:

1. Bevaka aktuellt kunskapsområde i samverkan med universitet, högskolor och nationella myndigheter t.ex. Socialstyrelsen, SBU, TLV
2. Ta fram regionala riktlinjer och vårdprogram samt delta i framtagande av nationella riktlinjer och vårdprogram
3. Regelbundet analysera och värdera Region Skånes verksamhet och jämföra uppnådda resultat med nationella och internationella resultat
4. Samverkan med nationella kvalitetsregister
5. Arbeta aktivt med nationella kvalitetsregister på regionalnivå och återföra resultat till berörda verksamheter samt till uppdragsgivaren
6. Föreslå indikatorer och målnivåer för uppföljning av resultat inom området
7. Vara ett stöd i regionens prioriteringsarbete
8. Stödja och genomföra utbildning och fortbildning inom området
9. Vara ett stöd vid implementering av nya vårdprogram/riktlinjer och metoder samt vid avveckling av icke värdeskapande åtgärder
10. Stödja utveckling och förbättring av processer inom området
11. Samverka med andra kunskapscentra och sakkunniggrupper
12. Vid behov bidra i framtagande av underlag för politiska beslut samt efter särskilt uppdrag utföra utredningar åt Region Skåne
13. Medverka i utvecklandet av "*Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Barnmorskemottagning i Hälsoval Skåne*"
14. Medverka i den nationella utvecklingen av mödrahälsovården
15. Medverka/samarbeta med styrgrupper på uppdragsgivarens anmodan t.ex. Regionala Styrgruppen för Gynekologisk Cellprovtagning
16. Erbjuder sakkunskap i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa samt folkhälsofrågor inom mödrahälsovården

I uppdraget ingår även att säkerställa en sammanhållen vårdkedja mellan specialiserad mödrahälsovård och basmödrahälsovård. Ett uppdrag som utförs genom samordningsbarnmorskorna