

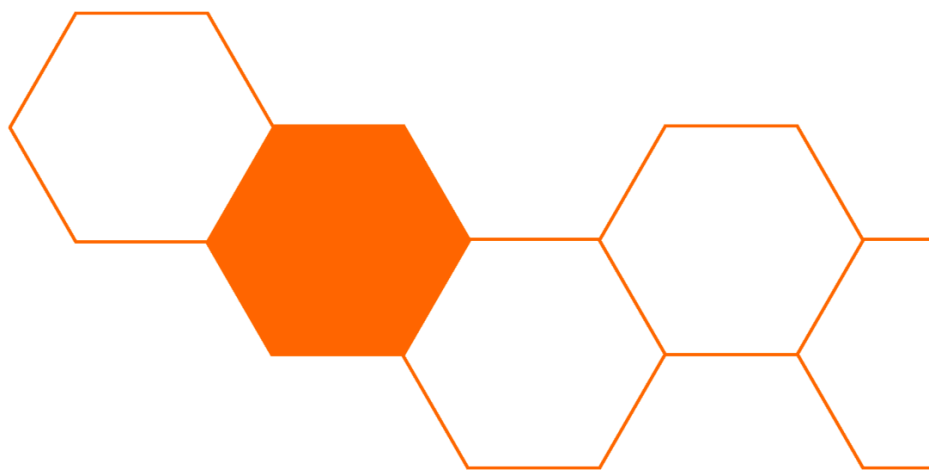
**Slutrapport utifrån projektet: ”Mer säker och effektiv mödrahälsovård med fokus på att identifiera och stödja gravida kvinnor med risk för ohälsa och komplikationer”.**

---

## AVRAPPORTERING AV DELUPPDRAG STATLIG SATSNING PÅ HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER FÖR KVINNORS HÄLSA

ALEXANDER VON SCHUPPLER

ANNA LINDAHL



# Innehållsförteckning

Förord .....	2
Slutrapport .....	3
Sammanfattning .....	3
Bakgrund .....	4
Projektets uppdrag .....	4
Uppdragets bakgrund .....	4
Angående mödrahälsovårdens organisering .....	5
Frågeställning .....	5
Metod .....	5
Resultat .....	6
Framtagande av ny och kompletterande besöksstatistik .....	6
Resultat beträffande orsak till skillnad i antal besök på kvinnoklinik .....	7
Kartläggning av omhändertagandet av psykisk ohälsa inom mödrahälsovården .....	12
Bakgrund .....	12
Kartläggning utifrån remisser till MBHV-psykologer .....	12
Kartläggning utifrån registerdata .....	13
Kartläggning utifrån intervjuer .....	14
Sammanfattning och rekommendationer .....	14
Referenser .....	16

# Förord

Som ett led i en femårig regeringsåtgärdsplan som genomförs tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som syftar till förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, tilldelade Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne ekonomiska medel till Kunskapscentrum kvinnohälsa i maj 2016. Kunskapscentrum kvinnohälsa är ett regionalt kunskapscentrum som bland annat har uppdraget att stödja mödrahälsovården (MHV), erbjuda fortbildning och utarbeta riktlinjer och rekommendationer för arbetet på barnmorskemottagningarna (BMM) vad gäller graviditet, antikonception, cervixcancerprevention och sexuellt överförbara sjukdomar (STI).

De medel som anslogs till Kunskapscentrum kvinnohälsa gällde bland annat projektet "Mer säker och effektiv mödrahälsovård", som redovisas i föreliggande rapport. Fokus i projektet har legat dels på så kallat sökmönster och dels på psykisk ohälsa under graviditet.

Projektet har genomförts under september till december 2016. För sammanställningen av rapporten står Alexander von Schuppler, psykolog och utvecklare, och Anna Lindahl, projektanställd barnmorska. För layout står Ida Gunge, vikarierande administratör. Samtliga är anställda på Kunskapscentrum kvinnohälsa, Region Skåne.

Malmö

161215

Marie Köhler

Enhetschef

Kunskapscentrum kvinnohälsa

Region Skåne

Karin Hallstedt

Mödrahälsovårdsöverläkare/teamledare

Kunskapscentrum kvinnohälsa

Region Skåne

# Slutrapport

- utifrån projektet "Mer säker och effektiv mödrahälsovård med fokus på att identifiera och stödja gravida kvinnor med risk för ohälsa och komplikationer".

## Sammanfattning

Kunskapscentrum kvinnohälsa tilldelades genom ett beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden i maj 2016 medel för att genomföra en kartläggning av gravida kvinnors besök på kvinnoklinik. Uppdraget grundades i en rapport, vars resultat bland annat pekade på att kvinnor i Region Skåne under 2011-2012 gjorde fler besök på kvinnoklinik under graviditet jämfört med kvinnor i andra landsting. I uppdraget ingick även att särskilt kartlägga och rekommendera insatser gällande omhändertagande av gravida med psykisk ohälsa.

Under hösten 2016 har Kunskapscentrum kvinnohälsa genomfört ett antal åtgärder och insatser för att kartlägga sökmönster och främja mödrahälsovårdens arbete med psykisk ohälsa. Intervjuer har genomförts med 28 barnmorskor på tolv barnmorskemottagningar i regionen, med medarbetare på regionens kvinnokliniker samt med kontaktpersoner för det företag som tagit fram och bearbetat statistik för rapporten som uppdraget har sin upprinnelse i.

Initialt fanns också en avsikt att närmare analysera ovan nämnda besöksstatistik, men den visade sig inte längre vara tillgänglig. Sveus, som lämnat den jämförande rapporten, kommer inom kort kunna presentera besöksstatistik och andra nyckeltal löpande, vilket kommer innebära möjlighet till kontinuerlig uppföljning av måtten. Besöksstatistik från kvinnoklinikerna har efterfrågats, men har inte kunnat användas som jämförelse då tillförlitlig uppdelning mellan gravida kvinnors besök och övriga kvinnors besök inte varit möjlig utifrån tillgängliga data.

Den skillnad i antal besök mellan landstingen som framkom i Sveus rapport utgår från landstingens egna definitioner av kvinnoklinik, något som kan innebära att olikheter mellan landstingen förekommit. Detta kan ha påverkat besöksstatistiken och gjort jämförelsen mindre tillförlitlig.

En trolig orsak till skillnaden i antal besök återfinns i organiseringen av mödrahälsovården. Exempelvis gäller detta ultraljudsmottagningar, där rutinultraljudsundersökningar i Region Skåne i de flesta fall genomförs på kvinnoklinik och ingår i besöksstatistiken från kvinnoklinikerna och inte som besök i mödrahälsovården. Statistik från Sveus rapport visar att kvinnor i Skåne i snitt gör 2,3 ultraljudskontroller under graviditeten, varav flertalet sker hos barnmorska. I andra regioner, där mödrahälsovården är organiserad som en del av kvinnoklinikerna, räknas rutinultraljud som basbesök i mödrahälsovården och ingår inte i kvinnoklinikernas besöksstatistik. Då Sveus har exkluderat mödrahälsovårdsbesök från den aktuella besöksstatistiken, ingår ultraljudsundersökningarna i Region Skånes, men troligtvis inte i övriga landstings statistik.

Vid intervjuer med personal på regionens kvinnokliniker har framkommit att de mest frekventa besöksorsakerna under graviditet är minskade fosterrörelser, misstänkt vattenavgång, latensfas, buksmärtor samt blödning i tidig graviditet. Det går inte att säkert säga hur stor andel av samtliga besök som dessa tillstånd står för, då en besöksorsak kan rendera i flera olika diagnoskoder. Utifrån nuvarande gränssnitt ska dock samtliga av dessa tillstånd tas omhand på kvinnoklinik.

En i intervjuerna vanligt förekommande förklaring till det relativt höga besöksnittet på kvinnoklinik i Skåne, var att datainsamlingen gjordes i samband med införandet av hälsoval för barnmorskemottagningar. Hälsovalet innebar stora organisatoriska förändringar, då mödrahälsovården gick från att vara organiserad under kvinnoklinikerna till att ligga under primärvården. Samtidigt etablerades ett 40-tal privata barnmorskemottagningar. Under hälsovalets första två år saknades ett gränssnitt mellan barnmorskemottagningarna och kvinnoklinikerna, vilket flera av de intervjuade beskriver ledde till osäkerhet hos båda parter. Omhändertagande av gravida kvinnor skedde inte alltid på rätt vårdnivå.

Intervjuer med barnmorskor gav vid handen att samverkan mellan aktörer inom området psykisk ohälsa stundtals är svår att få till stånd, men att den uppskattas när den etableras. Vidare tyder registerdata på att uppmärksammandet av psykisk ohälsa under graviditet skulle behöva öka, och att stödet och behandlingen skulle behöva nå fler. En skillnad utifrån födelseland framträdde i de studerade måtten, där kvinnor födda utomlands får mindre stödinsatser trots högre prevalens av psykisk ohälsa. Detta tyder på att vården som ges inte är jämlik. För att främja mödrahälsovårdens arbete med psykisk ohälsa har en riktlinje kring arbetet med psykisk ohälsa under graviditet tagits fram inom ramen för projektet. Utöver detta har samarbete med företrädare för primärvården samt psykiatrin initierats, för att framöver gemensamt planera för utbildningsinsatser som syftar till att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa under graviditet.

## Bakgrund

### Projektets uppdrag

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse om att genomföra en femårig satsning för en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Enligt ett beslut fattat av hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne i maj 2016 har Kunskapscentrum kvinnohälsa tilldelats medel för att genomföra två uppdrag inom ramen för denna satsning. Den aktuella projektrapporten avser ett av dessa uppdrag, som i hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsförslag beskrivs på följande sätt:

#### **1. Mer säker och effektiv mödrahälsovård med fokus på att identifiera och stödja gravida kvinnor med risk för ohälsa och komplikationer**

*Skåne har i jämförelser med andra landsting fler mottagningsbesök av gravida kvinnor på sjukhus istället för besök i mödrahälsovården. Det är oklart varför och vad som är bakomliggande orsak. Kartläggning ska göras för att sedan kunna sätta in åtgärder för rätt stöd och vård på rätt vårdnivå. Arbetet innefattar att kartlägga problemet, om befintliga riktlinjer efterföljs, identifiera eventuella behov av nya arbetssätt och/eller riktlinjer, och om så är fallet framtagande av dessa. Ett område som särskilt identifierats och ska ingå i arbetet är att kartlägga, och ta fram riktlinjer för, omhändertagandet av gravida kvinnor med tidigare eller pågående psykisk ohälsa. Kunskapscentrum kvinnohälsa tilldelas medel för uppdraget.*

### Uppdragets bakgrund

I Sveus rapport *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård* (2015) gjordes en jämförelse mellan landets kvinnokliniker vad gäller gravida kvinnors besök på kvinnoklinik under graviditeten under åren 2011-2012. Jämförelsen visade att det genomsnittliga antalet besök på kvinnoklinik under graviditeten var högre i Region Skåne än i andra regioner. I Region Skåne var medelantalet 4,8 besök, jämfört med exempelvis 2,3 i Västra Götalandsregionen och 3,1 i Stockholm Läns Landsting. Majoriteten av dessa 4,8 besök utgjordes

av besök till barnmorska (2,3 besök), följt av besök till läkare (1,7 besök) och besök till övriga yrkeskategorier (0,8 besök). För att få fram antal besök på kvinnoklinik under graviditet har alla O-diagnoser (som anger att förlossning ägt rum) kopplats till personnummer, varpå vårdkonsumtion på kvinnoklinik 210 dagar innan förlossningstillfället kunnat tas fram utifrån framtagna personnummer. I Sveus rapport anges att avgränsningen av kvinnoklinik i jämförelsen har utgått från landstingens och regionernas egna definitioner, vilka varierar och gör direkt jämförelse svår att göra. Baserat på olikheter i organiseringen av mödrahälsovård och kvinnoklinik i de olika regionerna kan skillnader i besöksstatistik därför uppkomma.

### Angående mödrahälsovårdens organisering

I Region Skåne är basmödrahälsovården organiserad under primärvården. Sedan vårdval infördes inom mödrahälsovården 2011, bedrivs basmödrahälsovård både i offentlig och privat regi. De tjänster som mottagningarna måste erbjuda regleras i ackrediteringsvillkoren, vilka revideras årligen. Specialistmödravård återfinns på regionens tre kvinnokliniker. Kvinnoklinikerna består av obstetrisk mottagning samt gynekologisk mottagning, där ultraljudsmottagning också ingår. I Region Skåne finns även privata ultraljudsmottagningar, men under perioden 2011-2012 utförde dessa endast en mycket liten del av de totala rutinultraljudsundersökningarna. De första privata ultraljudsmottagningarna startade i mitten av 2012.

### Frågeställning

Utifrån projektets förutsättningar har ovanstående uppdrag fokuserats och formulerats som följande punkter:

- att kartlägga gravida kvinnors besök på kvinnoklinik i Region Skåne undersöka om befintliga riktlinjer efterföljs
- att kartlägga omhändertagandet av gravida kvinnor med tidigare eller pågående psykisk ohälsa
- att föreslå förändringar i arbetssätt och riktlinjer utifrån kartläggningen

## Metod

I projektets inledning kontaktades företrädare för Sveussamarbetet samt för Ivbar, som är det företag som beställt och bearbetat besöksstatistik från kvinnoklinikerna för Sveus räkning. Vidare kontaktades chefer och utvecklare inom regionens kvinnokliniker för att undersöka möjligheter att ta fram besöksstatistik direkt från klinikerna.

Utöver detta har Kunskapscentrum kvinnohälsa under hösten genomfört ett antal åtgärder för att kartlägga sökmönster till de sjukhusbaserade kvinnoklinikerna.

En genomgång har gjorts av de riktlinjer och gränssnitt som är fastställda att gälla för mödrahälsovården i Skåne. Jämförelser med riktlinjer och gränssnitt från andra jämförbara regioner har gjorts. För att få ta del av riktlinjerna har samordningsbarnmorskor i andra regioner kontaktats. Flera av riktlinjerna finns publicerade på webben och är tillgängliga även för allmänheten.

Öppna intervjuer ute på mottagningarna har genomförts med 28 barnmorskor fördelat på tolv barnmorskemottagningar i regionen. Intervjuerna tog upp frågor kring gränssnitt och riktlinjer, hur lätta de är att följa, i vilken omfattning undantag görs och av vilken anledning samt om någon riktlinje saknas. Samtal fördes också kring hur samarbetet med kvinnoklinikerna kan utvecklas. De minsta mottagningarna som studerades har endast en barnmorska anställd och ett 50-tal inskrivna gravida, medan andra

mottagningar har upp till åtta barnmorskor och flera hundra gravida kvinnor listade. Mottagningarna är lokaliserade över hela Skåne med olika avstånd till närmaste förlossningsavdelning.

Intervjuer angående besöksorsaker och efterlevande av gränssnitt via telefon och e-post fördes med barnmorskor, sekreterare och läkare på regionens kvinnokliniker.

I projektets uppdrag ingick även att kartlägga och ta fram riktlinjer för omhändertagandet av gravida kvinnor med tidigare eller pågående psykisk ohälsa. Kartläggning har skett genom framtagande av registerdata från Graviditetsregistret samt genom intervjuer med barnmorskor och personal inom specialistpsykiatrin. För att undersöka i vilken utsträckning gravida kvinnor omhändertas utöver besöken på barnmorskemottagningar har tillgänglig statistik studerats. Den statistik som funnits tillgänglig för det aktuella projektet har varit verksamhetsberättelser från MBHV-psykologmottagningar i regionen. Resultat från denna kartläggning presenteras i en separat del av denna rapport.

## Resultat

Resultatet från projektet är indelat i två delar. Dels en redovisning av vad som framkommit gällande besöksstatistik och framtagandet av ny sådan, dels en redovisning av vad som framkommit under intervjuerna som genomförts med medarbetare på barnmorskemottagningarna.

### Framtagande av ny och kompletterande besöksstatistik

Inom ramen för det aktuella projektet har motsvarande besöksstatistik från efter 2012 efterfrågats, men framtagandet av sådan statistik har inte varit möjlig enligt företrädare från Ivbar. Enligt Johan Mesterton, projektledare på Ivbar Institutet, kommer det från och med våren 2017 vara möjligt att kontinuerligt följa utvecklingen i de mått som ingått i Sveus rapport, däribland den besöksstatistik som ligger till grund för det aktuella projektet. I samband med det kommer jämförelser mellan Region Skåne och övriga landsting vara möjlig även utifrån besöksstatistik från perioder efter 2012.

Kompletterande besöksstatistik uppdelat på de olika kvinnoklinikerna i Region Skåne har också efterfrågats, detta för att kunna göra jämförelser inom regionen och mellan kvinnoklinikerna. Sådan uppdelning har dock inte varit möjlig att göra, enligt företrädare för Sveus och Ivbar. Jämförelse mellan Region Skånes kvinnokliniker utifrån den besöksstatistik som uppdraget grundar sig på har därför inte varit möjlig under projektets gång.

Kvinnoklinikerna har själva tillgång till besöksstatistik liknande sådan som ligger till grund för det aktuella projektet, dock föreligger svårigheter vad gäller att utifrån endast diagnos- eller besökskod separera besök som gjorts av gravida kvinnor från övriga besök. Detta gäller framförallt besök på gynekologisk mottagning, där det utifrån den statistik som är tillgänglig direkt från kvinnoklinikerna inte är möjligt att skilja besök gjorda av kvinnor i tidig graviditet från övriga besök. Det har inom det aktuella projektet därför inte varit möjligt att jämföra besöksstatistiken från 2011-2012 med besöksstatistik från efterföljande år.

Således har det inom det aktuella projektet visat sig vara svårt att erhålla besöksstatistik som kan användas som jämförelse med besöksstatistiken från 2011-2012. Likaså har det visat sig vara svårt att få fram kompletterande uppgifter utifrån den statistik som uppdraget utgår ifrån. Utifrån detta har projektets huvudfokus istället legat på att undersöka huruvida aktuella gränssnitt mellan mödrahälsovård och kvinnoklinik efterlevs, samt vilket eventuellt ytterligare stöd som behövs inom

mödrahälsovården för att gravida kvinnor ska få insatser och vård på rätt vårdnivå. Jämförelse och analys utifrån besöksstatistik har gjorts när sådan varit möjlig.

Resultat beträffande orsak till skillnad i antal besök på kvinnoklinik Nedan presenteras tänkbara förklaringar till den skillnad i antal besök på kvinnoklinik som framkom i Sveus undersökning. Dessa delas in i fem huvudsakliga kategorier. Därefter följer en sammanfattning av det önskemål om stöd som framkommit i intervjuer med barnmorskor.

### *Orsaker relaterade till organiseringen av mödrahälsovård*

En trolig orsak till skillnaden i antal besök återfinns i organiseringen av mödrahälsovården. Exempelvis gäller detta ultraljudsmottagningar, där rutinultraljudsundersökningar i Region Skåne i de flesta fall genomförs på kvinnoklinik och ingår i besöksstatistiken från kvinnoklinikerna och inte som besök i mödrahälsovården. Statistik från Sveus rapport visar att kvinnor i Skåne i snitt gör 2,3 ultraljudskontroller under graviditeten, varav flertalet sker hos barnmorska. I andra regioner, där mödrahälsovården är organiserad som en del av kvinnoklinikerna, räknas rutinultraljud som basbesök i mödrahälsovården och ingår inte i kvinnoklinikernas besöksstatistik. Då Sveus har exkluderat mödrahälsovårdsbesök från den aktuella besöksstatistiken, ingår ultraljudsundersökningarna i Region Skånes, men troligtvis inte i övriga landstings statistik.

Detta gäller också gravida kvinnor med diabetes tillhörande kvinnokliniken i Lund, som gör samtliga sina barnmorskebesök på kvinnoklinik istället för på BMM. 2015 handlade det om 153 gravida, som vardera gjorde cirka tolv besök på kvinnoklinik, alltså knappt 2 000 besök. I snitt utgör detta dock endast cirka 0,1 besök per totala antalet gravida kvinnor.

Sekreterare och barnmorskor på kvinnoklinikerna uppger att de upplever en ökande andel oplanerade polikliniska besök, ibland hänvisade från barnmorskemottagning (BMM) eller 1177, men också spontana besök utan föregående rådgivning.

Fullständig statistik kring besöksorsak har alltså inte varit möjlig att ta fram, men i intervjuer med barnmorskor, sekreterare samt läkare på kvinnoklinik har följande dock framhållits som de vanligaste besöksorsakerna under graviditet:

- Minskade fosterrörelser
- Misstänkt vattenavgång
- Latensfas
- Blödning i tidig graviditet
- (Buk)smärta

För samtliga ovanstående tillstånd finns i det regionala gränssnittet mellan mödrahälsovården och kvinnoklinik tydligt angett att de ska handläggas på kvinnoklinik. Utifrån tillgänglig besöksstatistik går det inte att dra säkra slutsatser kring hur stor del av besöken som beror på ovanstående orsaker, detta då flera diagnoskoder kan kopplas till de olika tillstånden.



## *Omständigheter relaterade till införandet av hälsoval*

Året 2011 var väntetiden för inskrivning på mödrahälsovård i sydvästra Skåne lång och ofta fick kvinnorna inte sitt första besök på barnmorskemottagning förrän i graviditetsvecka 15 – 20. Om de sökte vård före inskrivningen, gjordes det troligast på kvinnoklinik.

År 2011-2012 var ackrediteringen av basmödrahälsovården alldeles ny och inget gränssnitt mot kvinnoklinikerna fanns att tillgå. Inte heller fanns några regionala riktlinjer för mödrahälsovård. I intervjuerna framkom att kvinnor då hänvisades till kvinnoklinik av orsaker, som inte skulle medföra motsvarande besök idag.

Under intervjuer framkom att tillgången på specialistläkare på barnmorskemottagningarna var låg vid införandet av hälsovalet. Flera av de intervjuade barnmorskorna uppgav att ärenden i ”gråzonen” därför hade en tendens att hamna på klinik istället för mottagning.

## *Orsaker relaterade till tillgänglighet*

I intervjuer med personal på kvinnoklinik framkom bristande tillgänglighet på barnmorskemottagningarna som en påverkansfaktor gällande antal besök på kvinnoklinik under graviditet. Med tillgänglighet åsyftades då både möjligheten att nå sin barnmorska per telefon eller mejl, möjlighet till barnmorskebesök utöver basprogrammet samt tillgång till läkare på barnmorskemottagning. I ackrediteringsvillkoren anges att mottagningen ska kunna tillhandahålla läkare tre timmar varje vecka per 100 listade gravida kvinnor. I övrigt är krav på tillgänglighet inte specificerat.

Tillgängligheten varierar mycket på de skånska barnmorskemottagningarna. Det är inte alla som kan erbjuda läkartider i den utsträckning som anges i ackrediteringsvillkoren, men i intervjuerna framkommer att läkartider inte alltid efterfrågas i den utsträckningen. Man upplever också att god erfarenhet hos barnmorskan och/eller hennes kollegor i vissa fall kan vara mer värdefull än mer läkartid.

Genomgång av de skånska barnmorskemottagningarnas öppettider på 1177.se visar att de flesta mottagningar har öppet för besök helgfria vardagar. Någon har besökstider bokbara även vissa lördagar, medan andra har stängt även någon vardag.

Alla mottagningar har viss telefontid, allt från 30 minuter till 2 timmar dagligen. Övrig tid finns telefonsvarare som besvaras vardagar.

Telefontjänsten *Barnmorska direkt* finns bara i Malmö/Lund. Tanken med att ha en gemensam telefonservice dagtid upplevs god, men ofta är det svårt att nå fram och långa kötider. Det kan eventuellt göra att kvinnan söker sig direkt till kliniken istället.

Få mottagningar har läkare på plats dagligen. Oftast har man planerade mottagningar till exempel en halv dag var annan vecka. Vissa mottagningar har läkare endast vid behov.

De flesta uppgav att de relativt lätt kan nå sin(a) läkare för rådgivning per telefon eller e-post och upplever inte att mer läkartid på mottagningen skulle ge färre besök på kvinnoklinik. Redan idag

anser man att man följer gällande gränssnitt och de patienter som hänvisas skulle behandlats på samma sätt även med läkare på mottagningen.

Ingen av de besökta mottagningarna hade tider avsatt för akutbesök. Man menar att om orsaken till besöket är så allvarlig att besök krävs samma dag, är det inte basmödravård. Dock görs ofta undantag och patienter "kläms in" i schemat då patienten är orolig, men barnmorskan inte tror att symtomen har en allvarlig orsak. Det kan till exempel vara vid lättare huvudvärk eller smärta från rygg/bäcken, tecken på UVI, tveksamt minskade fosterrörelser eller sammandragningar.

Flera barnmorskor uppgav att det ibland kanske hade gått att undvika besök på kvinnoklinik om barnmorska på mottagningen lätt kunnat nå kliniken för diskussion, till exempel med ett telefonnummer som är exklusivt för personal. Telefon till kvinnoklinikens rådgivning har ibland haft över en timmas väntetid. Barnmorskorna i primärvården tycker att de oftast får ett bra bemötande och råd när de väl når fram på telefon, men att det är ohållbart att vänta så länge. En del gånger har kvinnorna uttryckt önskemål om att få prata med "sin egen" barnmorska i stället för en allmän rådgivning.

### *Orsaker relaterade till ersättningsystemet*

Barnmorskemottagningarna i Region Skåne ersätts enligt ett system, där graviditeten och eftervården delas in i olika perioder. Oberoende av hur många besök kvinnan gör i varje period, är ersättningen samma.

Vissa mottagningar menar att detta begränsar deras möjlighet att erbjuda besök utöver basprogrammet för gravida. Andra anser inte att de funderar över ersättningen, utan extra besök bokas ändå. Däremot uppger alla att besökstider samma dag är svåra att tillhandahålla, eftersom ekonomin inte medger tomma tider i tidböckerna.

Flera av de intervjuade barnmorskorna anser att antalet besök enligt basprogrammet räcker för att fånga allvarliga komplikationer som preeklampsi, graviditetsdiabetes och fellägen, men att det psykosociala omhändertagandet kräver fler besök.

### *Orsaker relaterade till förändrat våldsökande*

Många barnmorskor menar att de märker av ett annat sätt att söka vård än tidigare. Dels upplevs att många av dagens unga inte vill vänta med ett besök, även om rådgivning per telefon inte ger att en akut undersökning krävs. De tar oftast kontakt per telefon, men om mottagningen bedömer att ett besök inte behövs samma dag, kan de ändå vända sig till akut mottagning, alltså kvinnoklinik.

En allt större grupp gravida kvinnor, som är födda utanför Sverige, upplevs av barnmorskorna också ha ett annat sökmönster. Dels är många ovana vid att vårdas av barnmorska och söker i högre grad på sjukhus, där det finns läkare. På barnmorskemottagningarna och kvinnoklinikerna upplever man även att kvinnor som inte har svenska som modersmål ringer mer sällan för rådgivning, utan åker direkt till sin barnmorskemottagning eller till kvinnokliniken vid behov av råd eller vård. Region Skåne har högst andel gravida kvinnor med födelseland utanför EU i hela Sveus-samarbetet, vilket skulle kunna vara en bidragande orsak till högre antal besök på kvinnoklinik under graviditet. Statistik som

behövs för att göra noggrannare undersökning av detta har inte varit möjlig att få fram till denna rapport.

### *Barnmorskemottagningarnas önskemål om stöd*

Samtalen med barnmorskorna gav att de riktlinjer som tillkommit de senaste åren är en stor hjälp. Några få helt nya riktlinjer finns på önskelistan, men också förtydligande av riktlinje/gränssnitt för minskade fosterrörelser, blödning i tidig graviditet och prematura sammandragningar. Flera av de privata mottagningarna kan inte nå förlossningsklinikernas riktlinjer på webben, men vill gärna kunna göra det för att undvika en del telefonsamtal till kvinnoklinik och kunna ge den gravida kvinnan korrekt information.

Ett annat önskemål är en mall från kvinnoklinikerna med riktlinjer för induktioner, vilka gravida kvinnor som ska hänvisas för detta i respektive graviditetsvecka. I ökad utsträckning önskar man få en vårdplan för de kvinnor som hänvisats till kvinnoklinik enligt gränssnittet, men av läkare där bedöms kunna fortsätta sina kontroller på barnmorskemottagning.

### *Förslag på förbättringar*

#### Vård av gravida med diabetessjukdom

Idag finns en regional riktlinje för utförandet av OGTT, oral glucose tolerance test. Dock finns ingen regional rekommendation för var de gravida med utfall på testen, eller de som går in i graviditeten med en känd diabetes, ska tas om hand. En regional riktlinje där även gravida kvinnor med diabetes är inskrivna på en barnmorskemottagning för den basala delen av mödrahälsovården, men gör de kontroller som tillkommer till följd av diabetessjukdom på kvinnoklinik, skulle minska antalet klinikbesök med upp till 1 500 besök per år.

#### Tydliggörande av nuvarande riktlinjer

Redan idag finns gränssnitt och riktlinjer kring bland annat gravida kvinnor med minskade fosterrörelser, blödning och prematura sammandragningar.

Vid intervjuer med barnmorskor såväl på mottagningar som inom slutenvården, har det dock efterfrågats förtydligande av anvisningarna. Alla tre tillstånden kan vid en viss grad av besvär vara lämpliga att handlägga i primärvård, medan mer uttalade problem ska undersökas på kvinnoklinik. Däremellan finns en gråzon, som kan vara svår att reglera. Riktlinjer där diagnoserna tydligare delas upp i svårighetsgrad, skulle kunna medföra att fler kvinnor vårdas på rätt nivå.

#### Förstärkt vårdkedja i tidig graviditet

Ett regionalt gränssnitt finns idag mellan barnmorskemottagningarna och förlossningsavdelningarna för kvinnor som nått 23:e graviditetsveckan (22+0). Vid komplikationer under graviditetens första 22 veckor hänvisas kvinnan till de gynekologiska mottagningarna.

Här saknas ett regionalt förtydligande om synkronisering av vårdkedjan. Framför allt gäller det blödning i tidig graviditet, oro på grund av tidigare missfall och hyperemesis.

Precis så som gränssnitt mot förlossningsavdelning hjälpt barnmorskor i primärvård att lotsa gravida kvinnor i senare delen av graviditeten till rätt vårdnivå, skulle en förtydligad vårdkedja gentemot gynekologin kunna underlätta för dem i tidig graviditet att hamna på rätt vårdnivå.

### Hälsofrämjande besök i graviditetens mitt

I gällande basprogram för mödrahälsovården i Region Skåne finns en längre period utan barnmorskebesök mellan inskrivningen vanligtvis i graviditetsvecka 10 – 12 och nästa besök hos barnmorska i graviditetsvecka 24. Endast vid misstanke om psykosocial ohälsa eller problem, rekommenderar basprogrammet extra besök hos barnmorska tidigare än så. Det överensstämmer också med den rekommendation som finns angiven i den så kallade Blå boken, en rapport kring mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa skriven av företrädare för Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas förening.

De intervjuade barnmorskorna framhåller dock, att många gravida kvinnor ungefär mitt i graviditeten behöver ett besök utöver basprogrammet för extra stöd. Både fysiskt och psykiskt börjar graviditeten bli mera verklig. Vissa har besökt kvinnokliniken en eller flera gånger för olika former av fosterdiagnostik och har frågor kring det. Andra börjar känna kroppsliga symtom på att graviditeten fortskrider. Ytterligare några har börjar känna fosterrörelser och behöver mer information. Likaså kan frågorna vara många från de som inte börjat känna barnet i magen, men tycker att de borde. Ett rutinemässigt, hälsofrämjande besök på barnmorskemottagning runt graviditetsvecka 20 skulle kunna ge utrymme för frågor kring rutinultraljud och annan fosterdiagnostik, information om bland annat fosterrörelser och sammandragningar, påminnelse om sökvägar för kontakt med vården i akuta frågor med mera. Det skulle också ge ytterligare en chans för barnmorskan att i tid upptäcka tecken på psykisk ohälsa. Med ökad kunskap om graviditetens normala utveckling, kan oron hos den gravida kvinnan och hennes familj minskas och onödiga besök i vården undvikas.

### Introduktionsutbildning

Inom barnhälsovården i Skåne finns sedan ett antal år obligatoriska utbildningsdagar för nya medarbetare. Motsvarande dagar för barnmorskor och läkare i primärvården, kan ge ett mera enhetligt omhändertagande över regionen, en mer jämlik vård, en mer jämlik hälsa samt öka möjligheterna till att ge kvinnan rätt vård på rätt vårdnivå.

Sådana utbildningsdagar skulle bland annat innehålla avsnitt där vårdkedjan kring den gravida kvinnan och de regionala riktlinjerna diskuteras, förklaras och förtydligas. Andra viktiga områden att beröra för barnmorskor som inte tidigare jobbat inom den skånska mödrahälsovården, skulle kunna vara jämställt föräldraskap, våld i nära relationer och främjande av psykisk hälsa och sunda levnadsvanor.

### Ökat samarbete med 1177

I intervjuer med såväl personal från kvinnoklinikerna som barnmorskemottagningarna har framkommit, att personal på 1177 vid samtal för rådgivning i många fall hänvisar gravida kvinnor att vända sig till kvinnokliniken även då saken skulle kunna ha handlagts på primärvårdsnivå i mödrahälsovården. Samarbete med 1177 för att synkronisera rekommendationerna om omhändertagande och adekvat vårdnivå tros kunna ge mer jämlikt vårderbjudande.

## Kartläggning av omhändertagandet av psykisk ohälsa inom mödrahälsovården

Nedan följer en kartläggning av omhändertagandet av gravida med tidigare eller pågående psykisk ohälsa inom Region Skåne, samt rekommendationer för fortsatta insatser.

### Bakgrund

I barnmorskornas uppdrag inom mödrahälsovården ingår att

- *stärka det friska, förebygga, tidigt uppmärksamma och lindra problem av medicinsk, psykologisk och social karaktär som är av betydelse för den gravida kvinnan och familjen*
- *medverka till tidig upptäckt av somatisk och psykisk ohälsa hos föräldrar med risk för påverkan på det växande fostret och/eller föräldrafunktionen och anknytningsutvecklingen* (Region Skånes ackrediteringsvillkor för BMM, 2016).

Till sin hjälp har barnmorskor dels nationella dokument och regionala riktlinjer, dels stödfunktioner i form av samverkanspartners i närliggande organisationer. I Skåne saknas i nuläget regionala riktlinjer kring vårdkedjan vid psykisk ohälsa under graviditet. Barnmorskor på offentliga och privata barnmorskemottagningar i Skåne har enligt ackrediteringsvillkoren rätt till regelbunden konsultation av MBHV-psykolog. Denna konsultation syftar bland annat till att ge stöd i handläggningen av gravida med psykisk ohälsa. 2014 hade 40 procent av barnmorskemottagningar i nordvästra Skåne kontinuerlig konsultation med psykolog (Verksamhetsberättelse VO Sund, 2014). Motsvarande siffror från övriga områden i Skåne saknas, men samtliga barnmorskemottagningar är, enligt personlig korrespondens med respektive chefer för MBHV-psykologmottagningarna, erbjudna konsultation med psykolog. Under arbetet med denna rapport har Kunskapscentrum kvinnohälsa kommit överens med psykologmottagningarnas enhetschefer om återkommande uppföljning av antalet barnmorskor som har kontinuerlig konsultation med psykolog.

### Kartläggning utifrån remisser till MBHV-psykologer

Barnmorskor på barnmorskemottagningar har möjlighet att remittera gravida kvinnor och deras partners till MBHV-psykolog för bedömning och behandling. Remittering till vårdcentral för bedömning sker i de fall där den psykiska ohälsan inte bedöms vara direkt kopplad till föräldrabilivande eller föräldraskap. I arbetet med att kartlägga mödrahälsovårdens arbete med psykisk ohälsa har statistik kring antalet remisser som skickas från mödrahälsovård till psykologmottagningarna varit av intresse. Motsvarande information från övriga verksamheter som mottar remisser från mödrahälsovård kring gravida kvinnor med psykisk ohälsa saknas. Fullständiga registreringar av de senaste årens remisser har varit tillgänglig i endast gällande VO Sund, som är det område i Skåne där mödrahälsovården har haft etablerat samarbete med MBHV-psykologer under längst tid. Enligt psykologverksamheternas årsberättelse (verksamhetsområde Sund, 2014) remitteras cirka 5 procent av samtliga inskrivna inom mödrahälsovård till MBHV-psykolog. Fullständig statistik kring antalet remisser som skickats från mödrahälsovård till psykologmottagning finns för åren 2014 och 2015. Under dessa år hade 5,4 respektive 3,7 procent av antalet inskrivna inom mödrahälsovård kontakt med MBHV-psykolog, den största delen (cirka 70 %) efter remiss från sin

barnmorska. Resterande hade i stor utsträckning själva tagit kontakt. Detta kan jämföras med att 6,1 procent av alla gravida kvinnor i Skåne förbehandlades för psykisk ohälsa 2015, där behandling innefattar både psykologisk och medicinsk behandling. Motsvarande siffra för hela riket var 6,8 procent. Sätts dessa siffror i relation till att mellan 10-15 procent av alla gravida kvinnor uppskattas lida av depression under eller efter graviditeten (Kunskapsstöd för mödrhälsovården, 2014), så framträder en bild av att psykisk ohälsa under graviditet inte uppmärksammas och behandlas i tillräcklig utsträckning i nuläget.

### Kartläggning utifrån registerdata

Utöver detta har uttag ur Graviditetsregistret visat att kvinnor födda utanför EU i mindre utsträckning än kvinnor födda i Sverige, erhåller behandling för psykisk ohälsa, inklusive förlossningsrädsla. Under 2015 behandlades 3 procent av skånska kvinnor födda utanför EU och 7 procent av skånska kvinnor födda i Sverige för psykisk ohälsa under graviditeten (se diagram 1).

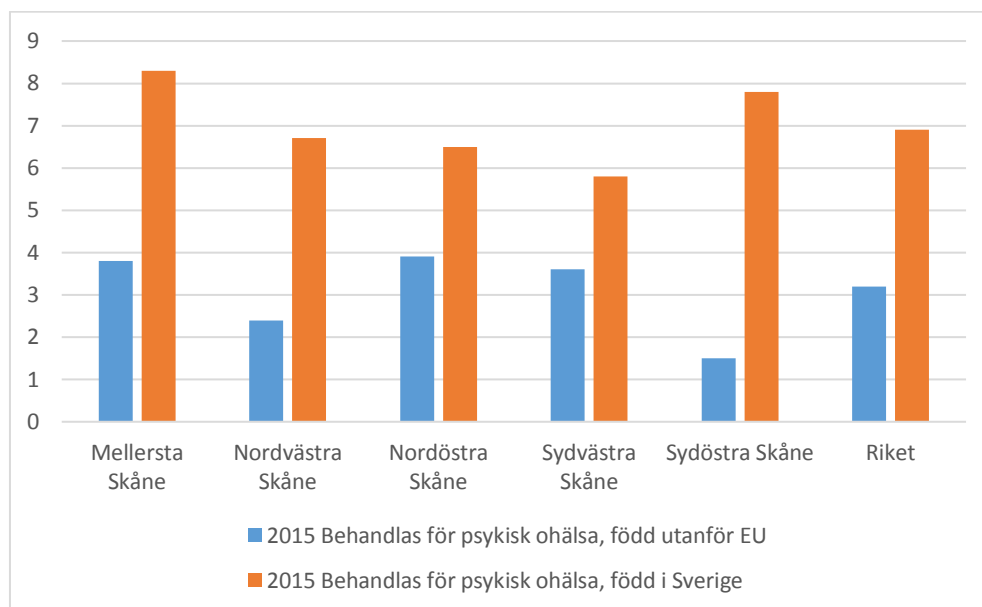


Diagram 1. Andel kvinnor som behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten 2015, uppdelat områdesvis utifrån Skånes samordningsbarnmorskors (Graviditetsregistret).

Liknande skillnad finns vad gäller extra förlossningsstöd, där kvinnor födda utanför Norden erhåller extra stöd i mindre utsträckning än kvinnor födda i Sverige (se diagram 2), detta trots en högre prevalens av förlossningsrädsla hos utlandsfödda kvinnor (Ternström et al, 2015; Barnmorskeförbundet, 2015)

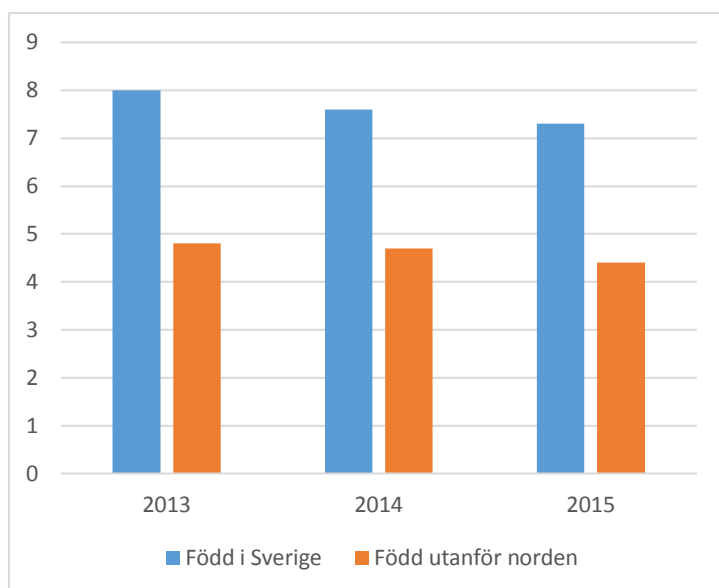


Diagram 2. Andel gravida kvinnor (%) i Skåne som fått extra stöd vid förlossningsrädsla (Graviditetsregistret).

### Kartläggning utifrån intervjuer

Kartläggning av arbetet med psykisk ohälsa under graviditet har också genomförts genom intervjuer med barnmorskor inom mödrahälsovården. I dessa har framkommit att det ibland upplevs svårt att veta vilken instans som är lämplig för remiss. Tydligare riktlinjer efterfrågades av flera, framförallt gällande lämplig remissinstans vid olika typer och grader av psykisk ohälsa. Den handledning som barnmorskorna får av MBHV-psykologer uppskattades, och upplevdes vara ett stöd i handläggningen och omhändertagandet av gravida kvinnor med psykisk ohälsa. En av de besökta mottagningarna hade inte erbjudits handledning av MBHV-psykologer, varpå kontakt mellan barnmorskemottagningen och psykologmottagningen etablerades i samband med intervjun. Nära samarbete med kurator eller socialsekreterare på familjecentral uppskattades av flera, medan andra upplevde att det var svårt att veta hur de bäst kom i kontakt med och upprättade samverkan med socialtjänsten.

Flera barnmorskor beskrev erfarenheter av att läkare inom både primärvård och psykiatri avbrutit kvinnors medicinering under graviditet. Erfarenheter av gravida kvinnor med pågående antidepressiv medicinering men utan pågående kontakt med förskrivande läkare eller annan behandlare framkom också under intervjuerna. Detta sågs som ett problem av barnmorskorna, som upplevde att dessa gravida kvinnornas vårdbehov låg utanför deras kompetensområde.

### Sammanfattning och rekommendationer

Sammanfattningsvis kan sägas att barnmorskornas uppdrag gällande psykisk ohälsa är brett och kräver nära samverkan med flera andra aktörer, däribland MBHV-psykologer, socialtjänst, primärvård och specialistpsykiatri. Intervjuer med barnmorskor ger vid handen att denna samverkan stundtals är svår att få till stånd, men att den uppskattas när den etableras. Vidare tyder registerdata på att uppmärksammandet av psykisk ohälsa under graviditet skulle behöva öka, och att stödet och behandlingen skulle behöva nå fler. Vården som ges är inte heller jämlik, då en skillnad utifrån födelse-land framträder i flera av måtten. Utifrån detta planeras följande insatser:

- Ökad samverkan mellan inblandade aktörer:  
KC kvinnohälsa kommer under våren 2017 bjuda in representanter från mödrahälsovård,

primärvård och psykiatri för samtal kring insatser som syftar till kompetensökning och förbättrad samverkan.

- Ökat uppmärksammande och förenklat omhändertagande av psykisk ohälsa inom mödrahälsovård:

KC kvinnohälsa har inom ramen för det aktuella projektet skrivit en riktlinje för arbetet med psykisk ohälsa under graviditet, som skickas till remissgranskning i slutet av 2016.



## Referenser

Basprogram för graviditetsövervakning Region Skåne

<http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/basprogram-for-graviditetsovervakning--fordjupning-2015-05-22.pdf>

Gränssnitt barnmorskemottagning – kvinnoklinik Region Skåne

<http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/medicinska-omraden/kvinnosjukvard-graviditet-och-forlossning/#12944>

Region Skåne, 2015. *Strategi för jämlik vård 2016-2018*.

Region Skåne, 2016. *Akreditering och Avtal för barnmorskemottagningar i Hälsöval Skåne*.

Samordningsbarnmorskorna inom Svenska barnmorskeförbundet, Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG och Mödrabarnhälsovårdspyskologernas förening. *Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa. Rapport nr 59 2008*.

SBF & SFOG, 2016. 10 punkter för jämlik kvinnovård.

<https://www.sfog.se/media/286038/mdel.pdf>

Socialstyrelsens nationella rekommendationer kring minskade fosterrörelser

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-9>

Socialstyrelsens kunskapsstöd för mödrahälsovården

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Sveus, 2015. *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård*.

<http://www.sveus.se/patientgrupper/forlossningsvard>

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.