

GÖR VI NÅGON NYTTA PÅ MÖDRAVÅRDSCENTRALEN?

Västeråsmodellen detaljstuderad

Som framgår av föregående artikel infördes i Västerås 1991 ett reducerat övervakningsprogram för friska gravida. Vid utvärderingen av programförändringens effekter gjordes även en kartläggning av innehållet i besöken avseende noterade symptom, fynd och åtgärder. Vissa nyckelbesök har detaljstuderats, nämligen de rutinmässiga läkarbesöken, liksom effekten av att ett antal rutinbesök togs bort. De vanligaste problemen under graviditeten presenteras och produktiviteten för de olika typerna av kontakt med mödravården diskuteras.

Hälsokontroll av gravida kvinnor avser att genom återkommande kontakter tidigt spåra eller förhindra komplikationer som kan innebära fara eller sjukdom för mor och barn. Förhoppningen är att kunna undanröja faran, eller erbjuda särskild övervakning, så att skada kan undvikas eller begränsas.

Graviditetsövervakningen inleds med en medicinsk riskbedömning och vårdplanering i slutet av första trimestern. Ungefär i 36:e graviditetsveckan görs en sammanfattning av graviditeten och en riskbedömning inför förlossningen. Därefter sker ett antal rutinkontroller med specifiserat innehåll för att symptomfria komplikationer skall kunna upptäckas i tid [1]. I Sverige har barnmorskan ansvar för den normala graviditeten och står för den dominerande delen av övervakningen. Den gravi-

da kvinnan träffar som regel läkare en eller två gånger under graviditeten. Vid varje besök på mödravårdscentralen utförs vissa medicinska kontroller, såsom mätning av blodtryck och livmodertillväxt.

Därtill uppmärksammas kvinnans egna symptom och behov, och både allmän och riktad hälsoinformation ges. Inte minst betydelsefullt är att kvinnan får diskutera sin graviditet och eventuella oro för förlossningen med en sakkunnig person.

Mycket litet systematisk kunskap finns emellertid om såväl utfallet av de olika insatserna som besökens praktiska resultat för den enskilda kvinnan [2, 3]. I samband med en utvärderingsstudie av det svenska mödravårdsprogrammet har vi därför ägnat speciellt intresse åt att kartlägga vilka problem som tar störst utrymme på MVC och vilket utbyte besöken ger.

Material och metod

År 1991 genomfördes i Västerås en förändring av mödravårdsprogrammet med en minskning av antalet rutinkontroller hos barnmorska från tolv till åtta. För att undersöka effekterna av förändringen studerades samtliga besök i mödravården inom Västerås förvaltningsområde under 1990 och 1992 retrospektivt utifrån journalerna. Sex uppgifter för varje besök matades in i ett registerprogram. Besöken klassificerades med avseende på graviditetsvecka, vårdgivare och typ av besök. Det noterades om det var ett rutinbesök eller ett extrabesök, och om det i så fall rekommenderats av vårdgivaren eller om kvinnan själv tagit initiativet till besöket, samt om besöket ägt rum på MVC. Journalförda symptom, fynd och åtgärder kodades.

Materialet omfattar 26 496 mödravårdsbesök 1990 och 21 441 besök 1992.

I Sverige har vi fördelen av en standardiserad journal för mödravårdsbesök som används överallt och i regel följs mycket samvetsgrant. I journalen noteras fynden vid kontrollerna på ett strukturerat sätt i ett besöksprotokoll, och symptom och åtgärder noteras i text i rapportdelen. I allmänhet kan man

utgå ifrån att symptom som kan vara av medicinsk betydelse journalförs oftare, särskilt om de åtföljs av positiva fynd eller motiverar en åtgärd.

Omvårdnadsåtgärder dokumenterades inte i någon särskild omvårdnadsjournal i Västmanland under försöksåren och var troligen bristfälligt angivna i den vanliga journalen. Vi har i vår studie därför inte haft möjlighet att utvärdera omvårdnadsdelen i graviditetsövervakningen.

Vad noteras vid MVC-kontrollerna?

Noteringarna i journalen kan klassificeras som symptom, iakttagelser eller undersökningsfynd, vidtagna åtgärder eller rekommendationer. I nedanstående redovisning anges resultaten från 1992 inom parentes.

Symtom som kan tala för medicinska graviditetsproblem är i första hand gynekologiska, som sammandragningar eller blödningar, vilka förekom i 3 procent (3 procent). Illamående eller trötthet är vanligast i början av graviditeten, totalt 3 procent (3 procent). Ryggbesvär noteras oftast mitt i graviditeten, då var tionde kvinna anger besvär. Svår oro noterades i drygt 1 procent, och totalt journalfördes besvär vid 15 procent (15 procent) av vårdkontaktarna, mer sällan i slutet av graviditeten.

Avvikande undersökningsfynd registrerades totalt vid 14 procent (12 procent) av alla besök på MVC, med blodtrycksförhöjning som helt dominerande fynd i 6 procent (4 procent); under den sista graviditetsmånaden i 10 procent av alla besök. Avvikande uterusstorlek i förhållande till graviditetslängden noterades i ca 6 procent (4 procent) av besöken.

Av de *åtgärder* som vidtogs dominerade rekommendation om extra kontrollbesök, som förekom i 4 procent (4 procent), ultraljudsundersökning 5 procent (3 procent) och sjukskrivning 6 procent (4 procent). Läkemedel förskrevs vid 3 procent (4 procent) av alla besök.

Minskningen av sjukskrivningarna i

Författare

ANNA BERGLUND

överläkare, kvinnokliniken, Västerås lasarett; mödrahälsovårdsöverläkare, Landstinget Västmanland

GUNILLA LINDMARK

docent, universitetslektor, institutionen för obstetrik och gynekologi, Uppsala universitet.

mödravården kan bero dels på ändrade ersättningsbestämmelser, dels på att en omorganisation av primärvården ledde till att andelen kvinnor som blev sjukskrivna av annan läkare än mödravårds-läkaren ökade från 25 till 56 procent.

Besöksutbyte

Det samlade utbytet av ett enskilt mödravårdsbesök definierade vi enligt följande: Ett besök ansågs ha haft mätbart utbyte om man vid besöket journalfört något symptom och/eller någon avvikelse och/eller någon åtgärd.

Andelen besök som gav något utbyte varierade, beroende dels på om besöket var ett rutinbesök eller ett extrabesök, dels på om extrabesöket initierats av vårdgivaren eller av kvinnan själv. I Tabell I visas utbytet av olika kategorier av besök i olika perioder av graviditeten.

Av alla *rutinbesök* gav drygt 20 procent av besöken registrerat utbyte. Andelen angivna symptom var liten båda åren, endast 2 procent. Den viktigaste av de avvikelser som noterades är blodtrycksförhöjning: i 14 procent (8 procent) av rutinbesöken. Minskningen från 1990 till 1992 berodde på det minskade antalet observationstillfällen. Detta ledde i sin tur till färre åtgärder i form av extrabesök eller remiss till kvinnokliniken för bedömning. Andelen planerade interventioner i form av induktion av förlossningen eller elektiva kejsarsnitt var dock densamma 1990 som 1992, liksom utfallet för barnen. Inte heller antalet akuta kejsarsnitt eller hypertonier i samband med förlossningen förändrades.

Vid *planerade extrabesök* som initierats av mödravården var utbytet 1990 i alla perioder av graviditeten större än 1992. Detta är en effekt av att rutinbesöken var tätare 1990; bara de med verkligt komplicerade graviditeter hade då behov av ytterligare kontroller.

Vid *oplanerade extrabesök* togs initiativet av kvinnan själv. Utbytet här är givetvis högt, eftersom kvinnans besök beror på ett symptom eller ett behov som noterats i journalen. Förhållandevis många fynd noterades. Kolpit var vanligast och fanns angivet vid drygt 25 procent av de oplanerade extrabesöken.

Av de åtgärder som journalförts var sjukskrivning allra vanligast och förekom i 50 procent (42 procent) av besöken, med undantag för tiden efter 35 veckor då sjukskrivning var mindre vanlig: 19 respektive 18 procent.

Sjukskrivningsbesök motiverade i första hand av att kvinnan vill bli sjukskriven har behandlats för sig. Journal-

Tabell I. Procentuell andel besök med mätbart medicinskt utbyte. Rutinbesök, planerade extrabesök, oplanerade extrabesök och sjukskrivningsbesök på mödravårdscentralen 1992 i Västerås.

Vecka	Total registrerat utbyte, procent	
	1990	1992
Rutinbesök (n=21 572/16 030)		
<20	25	22
20–29	19	20
30–34	20	20
35–39	21	22
≥40	44	29
Planerade extrabesök (n=1 878/2 646)		
<20	61	50
20–29	74	64
30–34	82	70
35–39	64	41
≥40	79	39
Oplanerade extrabesök (n=704/564)		
<20	95	98
20–29	99	99
30–34	99	99
35–39	99	99
≥40	–	–
Sjukskrivningsbesök (n=543/343)		
<20	100	100
20–29	100	100
30–34	100	100
35–39	100	100
≥40	100	–

föringen är mycket god. Symtom fanns angivna i 100 procent. Vanligast var belastningsbesvär från rygg och bäcken, som angavs i två tredjedelar av besöken. Av obstetriska–gynekologiska symptom var sammandragningar det vanligaste; det noterades i 8 procent av sjukskrivningsbesöken båda åren. Vid ca 14 pro-

cent av kontrollerna hade man registrerat någon avvikelse, vilket är mindre än vid rutinbesöken. Sjukskrivningen var i stället starkt relaterad till subjektiva symptom, där belastningssymtomen dominerade. Vid 97 procent av besöken båda åren bifölls kvinnans önskan om sjukskrivning, trots att man noterat tämligen sparsamt med objektiva fynd.

Figur 1 visar förhållandet mellan angivna besvär från rörelseapparaten, »objektiv funktionsnedsättning» och sjukskrivning.

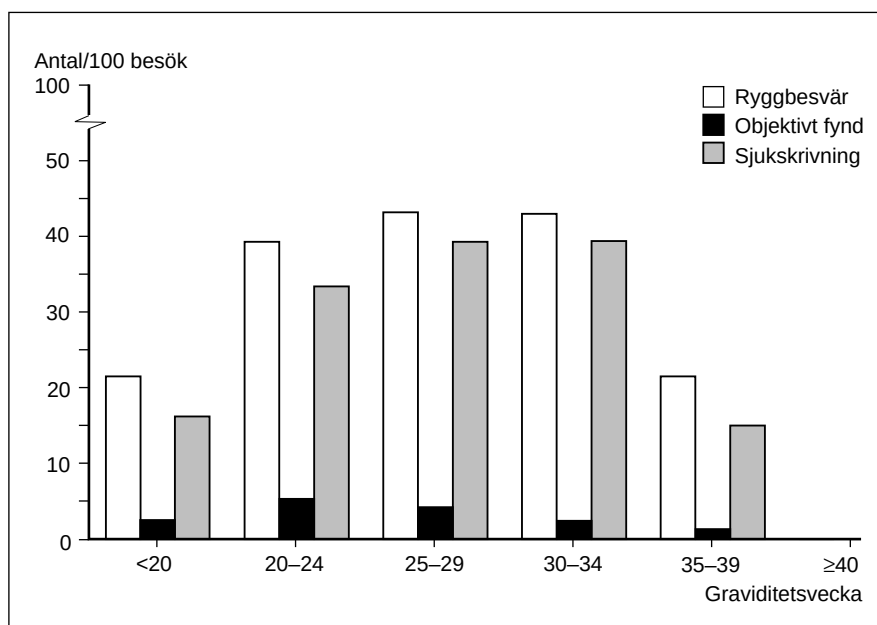
Några enskilda besök i detalj

Några av de enskilda rutinbesöken har granskats i detalj; läkarbesöken eftersom de har varit föremål för diskussion, och barnmorskebesöken i graviditetsvecka 20, 37 och 39 som togs bort vid programförändringen. För läkarbesöken och inskrivningsbesöket har materialet från 1992 använts, i övriga fall kommer siffrorna från 1990 (Tabell II).

Vid 3 procent av *inskrivningsbesöken* hos barnmorskan hade kvinnan något symptom som journalförts, vid drygt 2 procent av besöken registrerades avvikande laboratoriefynd, vid 1 procent av besöken hypertoni. Den vanligaste åtgärden var extrabesök på MVC i 3 procent och remiss till kvinnokliniken för bedömning i drygt 2 procent. Det sammanlagda utbytet av inskrivningsbesöket hos barnmorska blev 3 procent för förstföderskor och 8 procent för omföderskor.

Kvinnan återkommer vanligen till MVC någon vecka efter inskrivnings-

Figur 1. Ryggbesvär, objektiva fynd och sjukskrivning vid extra läkarbesök på mödravårdscentralen i Västerås 1992.



Tabell II. Registrerat utbyte av enskilda besök på mödravårdscentralen 1990 och 1992.

	Symtom, procent	Fynd, procent	Åtgärd, procent	Totalt, procent
1990				
Barnmorska ~ v 20	7	5	9	14
Barnmorska ~ v 37	2	14	9	19
Barnmorska ~ v 39	2	16	6	19
1992				
Inskrivning (barnmorska)	3	4	9	8
Inskrivning (läkare)	16	17	30	37
Läkarbesök ~ v 36 (förstföderskor)	14	22	26	37

besöket för det första besöket hos läkare. Syftet då är i första hand att göra en riskbedömning och en medicinsk planering av graviditeten. I Västeråsområdet fann vi att kronisk sjukdom förekom i 4 procent hos både förstföderskor och omföderskor; 27 procent av omföderskorna hade någon tidigare graviditetskomplikation att diskutera. När upprepade missfall och åldersrelaterade faktorer inkluderades blev resultatet att 40 procent av omföderskorna hade någon anamnesfaktor som kunde påverka den aktuella graviditeten eller förlossningen.

Hos förstföderskorna fanns på samma sätt hos 14 procent någon anamnesfaktor att ta ställning till.

Vid 16 procent av de tidiga läkarbesöken fanns något symtom angivet, varav illamående var vanligast (9 procent), följt av oro (2 procent) och underlivsbesvär (2 procent). Det vanligaste fyndet var avvikande uterusstorlek, vilket förekom i 10 procent. Mindre än en procent av kvinnorna hade blodtrycksstegring eller behövde remiss till annan instans, oftast sjukgymnast, för ryggbesvär.

Vid det första läkarbesöket ingår en gynekologisk undersökning. Denna utfördes i 97 procent av fallen. År 1990 utföll den normalt i 70 procent. Avvikelserna utgjordes i 26 procent av att uterus storlek inte stämde med graviditetens längd. Tecken till infektion fanns i 3 procent, mindre än 1 procent hade en adnexresistens. Den gynekologiska undersökningen noterades 1992 utan anmärkning i drygt 80 procent av fallen. Avvikande uterusstorlek angavs i 11 procent, medan övriga fynd förekom i samma utsträckning som 1990. Sannolikt har detta samband med att rutinmässig ultraljudsdatering infördes 1991.

Vid 30 procent av dessa tidiga läkarbesök vidtogs någon åtgärd. Vanligast var extra ultraljudsundersökning, vilket ordinerades vid 17 procent av besöken. Planering för resten av graviditeten i form av extrabesök förekom i 3 procent och remiss till kvinnokliniken i 0,5 procent; 6 procent fick medicin, 2 procent blev sjukskrivna. Det sammanlagda registrerade utbytet blev på så sätt 34

procent för förstföderskor och 40 procent för omföderskor.

Trots att besöken hos barnmorska och läkare ligger så nära varandra i tiden är det stora skillnader i besökens innehåll och utbyte. Kvinnornas olika förväntningar på vårdgivarna återspeglas sannolikt i skillnaderna i journalförda symtom och åtgärder.

Den viktigaste extra åtgärden vid läkarbesöket är den gynekologiska undersökningen. Motivet för rutinmässig gynekologisk undersökning har diskuterats. Andelen noterade avvikelser är visserligen liten, men kan ha stor betydelse för den enskilda kvinnan. En anomaly kan upptäckas hos en förstföderska, vilket är viktigt framför allt när det gäller invandrarkvinnor som ofta aldrig tidigare blivit undersökta. I denna grupp är det också viktigt att uppmärksamma resttillstånd efter omskärelse. En »missad abortion» kan upptäckas tidigare än vid dateringsultraljudet i graviditetsvecka 17. Detta har kanske inte så stor medicinsk betydelse, men är säkerligen av högsta vikt för den drabbade kvinnan.

Det är omföderskan som får ut mest av det tidiga läkarbesöket i form av individuell vårdplanering och möjlighet till diskussion och rådgivning på grundval av tidigare graviditeter och förlossningar. Det kan därför vara mindre välbetänkt att ta bort denna läkarkontakt just för omföderskor, vilket föreslagits. I så fall måste ytterligare ansvar läggas på barnmorskan att välja ut de minst 40 procent som har ett ökat behov av rådgivning och vårdplanering.

Förstföderskan löper alltid större risk för graviditetskomplikationer, men möjligheten att förutse dessa är relativt liten, och endast de som har någon känd riskfaktor före graviditeten kan bli föremål för vårdplanering. Här är läkarens uppgift att bekräfta att graviditeten är normal oftast det viktigaste. Läkaren har också möjlighet att diskutera eventuella riskbeteenden och hjälpa barnmorskan i det förebyggande arbetet.

Ett rutinmässigt andra läkarbesök i graviditetsvecka 36 görs i Västeråsprogrammet endast av förstföderskor; det är avsett för riskbedömning, information och planering inför förlossningen.

Det sammanlagda utbytet av detta besök var visserligen högt (37 procent), men de avvikelser som noterades var alla av den art att barnmorskor förväntas reagera adekvat på dem, nämligen hypertoni, avvikande fosterläge, avvikande laboratorievärden etc. För de symtomfria kvinnorna var det sammanlagda utbytet bara 25 procent.

Barnmorskebesöket i graviditetsvecka 20 gav ett journalfört utbyte i 14 procent, vilket är något mindre än vad som gäller för rutinbesök överhuvudtaget. Få symtom är journalförda. Barnmorskorna har emellertid varit tveksamma till att ta bort detta besök, eftersom man förlorar ett kontakttillfälle i början av graviditeten.

Barnmorskebesöken i vecka 37 och 39, som tagits bort i det nya programmet, hade ett sammanlagt utbyte som stämmer med rutinbesöken i övrigt. De fynd som görs under de sista veckorna av graviditeten tycks vara relativt konstanta. När det gäller avvikande fosterläge är det av vikt att sätesläge uppmärksammas i tid för att man skall kunna planera förlossningen. Eftersom försök till yttre vändning görs först i vecka 36–38 räcker det med kontroll vecka 36 och vecka 38.

Merparten av de hypertonier som noteras under denna period är okomplicerade. En närmare analys krävs för att fastställa om tidsintervallet mellan den tidpunkt då en lätt stegring först noteras och eventuell åtgärd är så kort att kontroll med två veckors intervall inte räcker. Vid en preliminär genomgång av materialets laggradda hypertonier visade det sig emellertid att det är ytterst sällan det anses nödvändigt att avsluta graviditeten inom två veckor; i de fallen har som regel andra symtom tillstött. Det minskade antalet rutinbesök för symtomfria kvinnor ledde inte heller till något ökat antal förbisedda fellägen eller överraskande hypertonikomplikationer i vårt material [4].

Läkarens insatser på mödravårdscentralen

Läkarens roll på MVC diskuteras för närvarande. Vår studie tycks bekräfta att den viktigaste insatsen för patienten görs vid besöket tidigt i graviditeten. Under den fortsatta graviditeten är en stor del av de bedömningar som görs av läkare relaterade till allmänna belastningssymtom och ospecifika besvär, men obstetriska symtom föranleder också konsultationer. Vid granskning av innehållet i läkarbesöken förefaller det finnas anledning att rekommendera gynekologisk kompetens för läkarinsats tidigt i graviditeten. Eftersom det rutinmässiga besöket inför förloss-

ningen inte i allt väsentligt tycks skilja sig från ett barnmorskebesök kan det troligen undvaras, framför allt om läkaren inte arbetar i nära samarbete med den aktuella förlossningsavdelningen och därför inte har kunskap om dess rutiner.

En anledning till att man i Västerås upptagningsområde behöll det sista läkarbesöket för förstföderskor var behovet av utbildning av såväl yngre kolleger som barnmorskestuderande. Minskande resurser har nu tvingat kvinnokliniken att minska sitt engagemang i MVC, och det sista läkarbesöket har tagits bort ur rutinprogrammet. Alla kvinnor erbjuds emellertid en läkarkontakt.

Det är framför allt omföderskor som utnyttjar denna möjlighet, eftersom de oftare har specificerade frågeställningar inför förlossningen.

Håkansson och medarbetare fann i sin studie av en liten population av gravida kvinnor i Kronobergs län att en stor del (75–80 procent) av de problem som uppträdde under graviditeten med fördel handlades på vårdcentralen av allmänläkaren där [5]. Vårt material visar emellertid att riskfaktorer som kräver extra omsorg under graviditeten förekommer i 14 procent hos förstföderskor och i 40 procent hos omföderskor, vilket gör att det krävs en särskild kompetens åtminstone för den preliminära riskbedömningen.

En ny lag föreskriver sedan den 1 januari 1996 att alla gravida kvinnor skall få information om fosterdiagnostik, vilket understryker kravet på specialkunskaper för att kvinnan skall få en nyanterad information. När det gäller komplikationer som uppträder under graviditeten bör barnmorskorna ha nära tillgång till kompetent handledning.

Gör vi någon nytta på MVC?

Få hälsovårdsprogram kan förmodas ha en mätbar verkningsgrad så hög som 20 procent, vilket vi fann i vårt material. Kvinnorna uppfattar dessutom med största sannolikhet kontrollerna som nyttiga, även om de bara bekräftar att allt löper sin gilla gång, trots att de enligt definitionen i studien inte ger något mätbart utbyte.

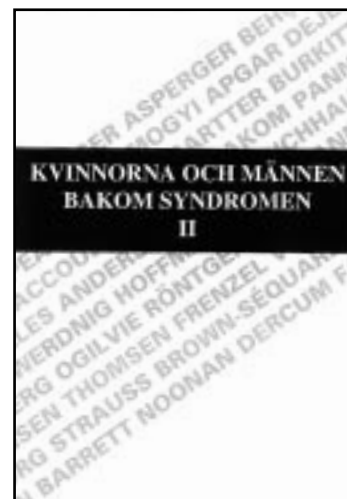
Man får inte heller glömma bort att vi inte kunnat utvärdera den psykosociala delen i graviditetsövervakningen. Ann Oakley visade i en studie att även om ett gott psykosocialt omhändertagande med kontinuitet i vården inte gav avkastning i förbättrat utfall, mätt som lägre frekvens prematurbörd eller färre lågviktiga barn, så sökte kvinnorna betydligt mindre ofta akut och var mindre ofta inlagda under graviditeten. De kände sig också tryggare som mödrar [6].

Sammantaget belastade de vårdapparat och därmed ekonomin mindre.

Merparten av det som noteras vid framför allt rutinbesöken har kanske inte direkt betydelse för graviditetsutfallet, men är av stort värde för den enskilda kvinnans trygghet under graviditeten.

Referenser

1. Lindmark G. Assessing the scientific basis of antenatal care. The case of Sweden. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 8(suppl 1): 2-7.
2. Lindmark G, Cnattingius S. The scientific basis of antenatal care. Report from a state-of-the art conference. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 105-11.
3. Villar J, Garcia P, Walker G. Routine antenatal care. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5: 688-93.
4. Berglund A, Lindmark G. Ett förändrat mödravårdsprogram. Konsekvenser för resursanvändning och diagnostisk effektivitet. Uppsala: Institutionen för obstetrik och gynekologi. Under publ.
5. Håkansson A. Antenatal care in general practice in Sweden. 1. A descriptive study of problems, measures and outcome in a defined population. *Scand J Prim Health Care* 1988; 6: 137-42.
6. Oakley A. Measuring the effectiveness of psychosocial interventions in pregnancy. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 8 (suppl 1): 129-38.



Helt ny bok om syndrom!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en helt ny efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm.
Telefax 08-20 76 19