

Olik eller ojämlik?

En analys av regionala skillnader
i graviditetsvårdkedjan



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Getty Images International

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-03-8



Olik eller ojämlig?

En analys av regionala skillnader
i graviditetsvårdkedjan

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Isabelle Carnlöf har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Hanna Sjöberg och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 29 april 2019

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Isabelle Carnlöf
Föredragande

Förord

Att vänta och få barn är en tid förenad med stor glädje, men också med oro för en del, eftersom det innebär en viss risk att föda barn. Hur vården fungerar i samband med graviditet och förlossning har stor betydelse för kvinnorna, deras partners och barnen som föds på både kort och lång sikt.

Alla ska få vård efter behov utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och vården ska vara av god kvalitet. Samtidigt ska det finnas skillnader i vården, till exempel med hänsyn till olika kvinnors behov och preferenser. Men det ska inte finnas omotiverade skillnader och vården ska vara jämlik i hela landet.

Syftet med den här rapporten är att erbjuda ett kunskapsunderlag för vidare analyser och diskussion om vad som är omotiverade regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan, vad som kan ligga bakom dem och hur de kan minskas.

Vi vill tacka alla intervjupersoner som tagit sig tid att prata med oss och alla som hjälpt oss samordna intervjuerna. Vi vill också särskilt tacka Olof Stephansson (docent, överläkare) och Kerstin Petersson (med dr, barnmorska) för värdefulla synpunkter under arbetets gång samt Jonas Söderling (statistiker Graviditetsregistret) för stöd i användningen av Graviditetsregistrets data.

Arbetet med rapporten har bedrivits av Isabelle Carnlöf (projektledare), Sofia Almlöf (utredare), Kerstin Gunnarsson (analytiker), Emilia Eldh (analytiker), Agnes Lindvall (analytiker) och Hanna Sjöberg (projektdirektör).

Stockholm juni 2019

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör



Resultat i korthet

Vi har analyserat regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan för att bidra med kunskap om varför de uppstår, om de är omotiverade och hur omotiverade skillnader kan minska.

Några av slutsatserna i rapporten är:

- ▶ Det finns väsentliga skillnader i processer och resultat mellan landsting och förlossningskliniker i graviditetsvårdkedjan.
- ▶ Flera påverkbara faktorer bidrar till att skillnaderna uppstår, till exempel vårdens styrning och organisering, kompetens och resurser samt rutiner och praxis.
- ▶ Det kvarstår väsentliga regionala skillnader även när man tar hänsyn till patientsammansättning.
- ▶ Flera av skillnaderna i graviditetsvårdkedjan är omotiverade.
- ▶ Det pågår utvecklingsarbete i verksamheterna och inom flera områden har resultaten förbättrats under senare år. Ett exempel där förbättringar skett är allvarliga bristningar under förlossning.
- ▶ Framgångsfaktorer för de förbättringar som skett har till exempel varit en sammanhängande styrning och gemensamt mål, tillgång till aktuella data, tillgängliggjorda kunskapsstöd, stärkt professionell kompetens, strukturer för förbättringsarbete samt motivation till förändring.

Vi lämnar förslag inom tre utvecklingsområden:

- ▶ Stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård
- ▶ Stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete
- ▶ Utvecklad kunskapsstyrning.

Sammanfattning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag från regeringen att följa upp den nationella satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård som pågått sedan 2015. I den här rapporten ger vi en fördjupad redogörelse av ett antal områden där det finns regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan, och analyserar dessa för att identifiera faktorer som bidrar till att skillnaderna uppstår. Vi analyserar och diskuterar också om skillnaderna är omotiverade och redogör för ett antal framgångsfaktorer för att minska omotiverade skillnader genom lärande och förbättring. De resultat och slutsatser som presenteras i rapporten bygger i stor utsträckning på intervjuer och bör därmed ses som utgångspunkt för fortsatta analyser och diskussion om regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.

DET FINNS REGIONALA SKILLNADER I GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

Det har länge varit känt att det finns regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan i både resultat och processer. Skillnaderna tyder på att vården kan bli mer jämlik över landet. Men samtidigt innebär inte alla skillnader att vården är ojämlig – det är viktigt att skilja på motiverade och omotiverade skillnader. I vår analys har vi utgått från data från Graviditetsregistret för ett antal indikatorer där det finns väsentliga skillnader mellan landsting och förlossningskliniker. Med dessa skillnader som utgångspunkt har vi bland annat intervjuat verksamma i graviditetsvårdkedjan om vad som kan ligga bakom skillnaderna och vad som är framgångsfaktorer för förbättringar. Vi har studerat följande indikatorer:



- screening av alkoholkonsumtion med AUDIT
- identifiering av våldsutsatthet
- extra stödåtgärder för förlossningsrädsla
- kejsarsnitt på moderns önskan/psykosocial indikation
- epiduralbedövning (EDA) under förlossning
- värkstimulering med oxytocin under förlossning
- allvarliga bristningar (grad III och IV) i samband med förlossning
- genomsnittlig vårdtid efter förlossning
- eftervårdsbesök i mödrahälsovården.

Några exempel på skillnader i processer och resultat år 2017 som vi har analyserat i rapporten:

- ▶ Andelen kvinnor som screenats för alkoholkonsumtion under graviditet varierade från 73 till 95 procent mellan landstingen. Genomsnittet i landet var 81 procent och Graviditetsregistret har satt ett nationellt målvärde på 95 procent.
- ▶ Andelen gravida kvinnor som tillfrågades om våldsutsatthet varierade från 73 till 96 procent mellan landstingen. Genomsnittet i landet var 84 procent och Graviditetsregistret har satt ett målvärde på 95 procent.
- ▶ Andelen av de kvinnor som födde barn under året och som under graviditeten fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla varierade från 4 till 9 procent mellan landstingen bland förstföderskor och från 7 till 16 procent bland omföderskor. Genomsnittet för förstföderskor var 6 procent och genomsnittet för omföderskor var 10 procent.
- ▶ Andelen i gruppen förstföderskor med fullgången graviditet och barnet i huvudbudning med spontan eller inducerad förlossningsstart, som fick smärtlindring med epidural under förlossning varierade från 33 till 77 procent mellan förlossningskliniker. Genomsnittet var 58 procent.
- ▶ Andelen kvinnor i gruppen förstföderskor med fullgången graviditet, barnet i huvudbudning med spontan eller inducerad förlossningsstart som fick oxytocinstimulering under förlossning varierade från 45 till 75 procent mellan förlossningskliniker. Genomsnittet var 58 procent.
- ▶ Andelen kvinnor som drabbades av en allvarlig bristning i samband med en vaginal förlossning som avslutats utan hjälp av instrument (till exempel sugklocka) varierade från drygt 1 procent till drygt 3 procent mellan olika landsting 2017 med ett riksgenomsnitt på 2,3 procent. Graviditetsregistret har satt ett målvärde om högst 1,9 procent allvarliga bristningar för icke-instrumentella förlossningar.
- ▶ Andelen av kvinnorna som kom på eftervårdsbesök i mödrahälsovården varierade från 74 till 94 procent mellan landstingen. Genomsnittet var 81 procent och Graviditetsregistret har satt ett nationellt målvärde på 85 procent.

DET FINNS FLERA DELFÖRKLARINGAR TILL REGIONALA SKILLNADER

Att skillnader uppstår kan bero både på faktorer på *systemnivå*, till exempel den nationella och regionala styrningen, och på faktorer på *utförarnivå*, till exempel olika arbetssätt, rutiner och ledarskap i verksamheterna. Orsaker kan också finnas i *patienternas egenskaper, behov och preferenser* och i det som händer i *mötet* mellan vården och patienten. För flera av indikatorerna ser vi i våra analyser att orsaksbilden är komplex och vi har inte kunnat isolera enskilda faktorer som förklarar skillnaderna vi ser. Vi har inte heller värderat olika delförklarings relativ betydelse.

Styrning, vårdtraditioner och arbetssätt har betydelse för flera av skillnaderna

Det finns flera påverkbara faktorer på system- och utförarnivå som har betydelse för att skillnaderna uppstår. Våra analyser visar att det finns en variation i vårdtraditioner, arbetssätt, styrning och rutiner mellan landsting och klinker. Några skillnader kan också spegla att olika landsting och vårdgivare har organiserat verksamheterna på olika sätt eller tillfört dem olika mycket resurser. Variationen i arbetssätt under förlossningar uppges i intervjuer delvis bero på att den nationella styrningen av förlossningsvården lämnar utrymme för lokal och regional variation.

Det finns väsentliga skillnader även när man tar hänsyn till patientsammansättningen

Med hjälp av så kallad case-mixjustering kan enskilda klinikers utfall värderas i relation till klinikens patientsammansättning. Graviditetsregistrets modell för case-mixjustering visar att det kvarstår väsentliga skillnader mellan landsting och kliniker även efter att hänsyn tas till ett antal olika faktorer i patientsammansättningen. Skillnader i patientsammansättning verkar därför ha begränsad betydelse som förklaring till de regionala skillnaderna, även om det kan vara en betydelsefull aspekt att beakta när enskilda klinikers utfall ska tolkas och jämföras med andras. Modellen justerar till exempel för ålder, vikt, utbildningsnivå, födelse land, och graviditetsrelaterade förutsättningar som förekomst av tidigare kejsarsnitt och samsjuklighet.

Regionala variationer i preferenser kan vara en delförklaring - men mer kunskap behövs

Det är möjligt att kvinnor och deras partners har olika preferenser och önskemål kring vården i olika delar av landet, till exempel kring smärtlindring, vårdtid efter förlossning och förlossnings sätt. Enligt en del av intervjupersonerna kan det också vara en förklaring till skillnaderna på dessa områden. Det kan också finnas regionala variationer i behov, till exempel i andelen förlossningsrädda. Det framstår överlag som osannolikt att behoven och preferenserna skulle variera på ett sådant sätt att de skulle förklara hela den regionala variationen. Men mer kunskap om preferenser och behov under graviditet och förlossning samt uppföljning av vården ur ett patientperspektiv behövs för att kunna avgöra betydelsen av preferenser och behov för de regionala skillnaderna.

Variationer i hur personcentrerad vården är kan vara en delförklaring

Flera av de påverkbara faktorer som i intervjuerna framkommit som bidragande till skillnaderna rör olika aspekter av en personcentrerad vård. Det finns till exempel regionala variationer i hur vården anpassas till olika gruppers och individers behov, patientinvolvering i och inflytande över beslut samt informationen till och kommunikationen med patienter. Personcentrering innebär att utgå från individens medicinska behov och andra förutsättningar, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess.

Slumpmässig variation och kvalitet på data behöver också beaktas

Slumpmässiga variationer kan vara en delförklaring till skillnader i resultat som baseras på få observationer och små skillnader mellan enskilda kliniker. Vidare kan variationer i inrapportering, diagnosticering och journalföring vara en delförklaring till vissa skillnader enligt våra intervjuer.

FLERA OMOTIVERADE SKILLNADER I GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

Alla skillnader i vården innebär inte att vården är ojämlig. Eftersom patienten ska få god och säker vård utifrån behov, individuella förutsättningar och preferenser, behöver vården skilja sig åt mellan patienter. Landstingen och vårdgivarna har också förhållandevis stort utrymme att forma sina verksamheter, under förutsättning att kraven i hälso- och sjukvårds-

lagstiftningen, såsom kravet på god vård, uppfylls. Flera olika aspekter behöver därmed beaktas för att kunna bedöma om skillnader mellan olika landsting och vårdgivare är omotiverade, bland annat aspekter av rättslig karaktär.

I vår analys har vi utgått från att en skillnad är omotiverad om den inte kan motiveras av att patienter har skilda behov, medicinska förutsättningar eller preferenser. Men vi väger också in om skillnaden är väsentlig och om den kan spegla att landstingen eller klinikerna arbetar på olika sätt inom ramen för kraven på god vård. Att skilja på motiverade och omotiverade skillnader är med andra ord komplext, men också ett viktigt steg i arbetet mot en jämlik vård.

Några skillnader är mer tydligt omotiverade än andra

Vi konstaterar att några skillnader är uppenbart omotiverade, det gäller till exempel skillnader i andelen som screenas med AUDIT, tillfrågats om våldsutsatthet, kommer på eftervårdsbesök och som får en allvarlig bristning under förlossning. Men för några skillnader krävs mer fördjupade analyser för att avgöra om skillnaderna är omotiverade, till exempel skillnader i extra stödåtgärder för förlossningsrädsla, epiduralbedövning, oxytocinstimulering och kejsarsnitt på moderns önskan. Dessa är processindikatorer som behöver värderas i förhållande till utfall för mor och barn. Skillnaderna kan därför spegla att klinikerna arbetar på olika, men kvalitetsmässigt likvärdiga sätt. Det är också möjligt att skillnaderna delvis förklaras av olika behov och preferenser. Det är viktigt att säkerställa att olika arbetssätt är likvärdiga i relation till det övergripande målet om god vård på lika villkor, den patientupplevda kvaliteten och möjligheterna att erbjuda alla kvinnor en personcentrerad vård.

MÖJLIGT ATT MINSKA OMOTIVERADE SKILLNADER GENOM LÄRANDE OCH FÖRBÄTTRING

En mer jämlik vård är ett av målen med satsningen på kvinnors hälsa. Både våra intervjuer och landstingens redovisning av vilka insatser de genomfört med medel från satsningen på kvinnors hälsa visar att det pågår utvecklingsarbete inom flera områden där det finns regionala skillnader. Av de områden som ingår i den här rapporten har landstingen främst använt medel från satsningen till insatser kring bristningar, kejsarsnitt och förlossningsrädsla. Det har också skett nationella förbättringar för flera indikatorer under de senaste fem åren.



Alla landsting har till exempel genomfört insatser för att förebygga, upptäcka och behandla bristningar vid förlossning, både inom ramen för satsningen och i annat utvecklingsarbete. Det har också skett en positiv utveckling på nationell nivå över tid när det gäller förekomst av allvarliga bristningar. Andelen kvinnor som drabbas av en allvarlig bristning i samband med en icke instrumentell vaginal förlossning har minskat från 2,9 till 2,1 procent mellan 2014 och 2018. Vi har använt allvarliga bristningar som ett exempel på ett område där det skett förbättringar för att identifiera framgångsfaktorer.

Några faktorer som främjat en positiv utveckling när det gäller allvarliga bristningar

Minskade skillnader kan uppnås genom lärande och förbättringsarbete. Utifrån våra intervjuer och tidigare studier har vi identifierat ett antal främjande faktorer som sammanfallit med den positiva utvecklingen när det gäller allvarliga bristningar. Flera av dem är också faktorer som brukar lyftas som viktiga för ett framgångsrikt utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården generellt. Faktorerna är viktiga var och en för sig, men en övergripande framgångsfaktor kan vara att de funnits på plats samtidigt och därmed tillsammans skapat goda förutsättningar för den utveckling som skett. Faktorerna som främjat utvecklingen för minskningen av allvarliga bristningar kan utgöra underlag för förbättringar och minskade skillnader på fler områden. För de förbättringar som skett vad det gäller allvarliga bristningar verkar följande framgångsfaktorer ha bidragit till utvecklingen:

- Det har funnits ett förändringstryck från patienter och från befolkningen och motivation för förändring hos professionerna i vården.
- Det har funnits en gemensam bild av utvecklingsbehovet bland vårdens professioner och beslutsfattare. Styrningen har därför hängt samman på nationell, regional och professionsnivå.
- Det har funnits tillgång till uppdaterad data av god kvalitet för att följa upp och jämföra resultat, som möjliggjort identifiering av förbättringsbehov och uppföljning av förbättrings- och utvecklingsinsatser.
- Det har funnits tillgängliggjorda kunskapsstöd om vilka metoder och arbetssätt som fungerar för att förebygga bristningar, medarbetarna har fått fortbildning och det har skapats förutsättningar för kollegialt lärande.
- Det har funnits en lärande organisationskultur samt strukturer för och långsiktighet i förbättringsarbetet.

REGERINGEN, LANDSTINGEN OCH PROFESSIONERNA KAN STÄRKA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR MINSKADE SKILLNADER

Vården bör sträva efter att utjämna omotiverade skillnader. För det behöver vården anpassas till varje kvinnas förutsättningar, behov och preferenser. En sådan utveckling kan stärkas av regionalt och lokalt utvecklingsarbete med fungerande strukturer och långsiktiga förutsättningar. Nationell kunskapsstyrning kan bidra med gemensam riktning i utvecklingsarbetet, till exempel genom utvecklade kunskapsstöd och nationella målvärden. Det pågår utvecklingsarbete både inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa och inom ramen för annat lokalt och regionalt utvecklingsarbete. Men för att öka utvecklingstakten kan insatser på flera nivåer övervägas. Ett sätt att göra det kan vara att regeringen och landstingen stärker sitt fokus på jämlik vård i graviditetsvårdkedjan inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa. Vi har identifierat tre utvecklingsområden där olika aktörer kan bidra till att stärka förutsättningarna för minskade omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan.

► *Stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård*

Personcentrerad vård är en strategi för att nå ökad jämlikhet i vården genom att utgå från individens behov och försöka kompensera för skillnader i förutsättningar på olika sätt. För att göra vården mer personcentrerad behövs generell kunskap om patienters behov och om vad som är viktigt ur patienternas perspektiv, verktyg och arbetssätt för att möjliggöra för patienter och anhöriga att vara medskapare i vården och uppföljning av vårdens resultat ur patientperspektiv. Vi rekommenderar:

- Regeringen att i överenskommelser ställa krav på sjukvårdshuvudmännen och SKL att Graviditetsenkäten införs enligt plan och att den genomförs regelbundet.
- Landstingen att tillsammans arbeta för att Graviditetsenkäten genomförs regelbundet.
- Landstingen att stärka förutsättningarna för en mer personcentrerad vård i sina egna verksamheter genom att
 - följa upp patienternas erfarenheter av vården kontinuerligt, och använda resultaten för att identifiera förbättringsbehov och bedriva förbättringsarbete
 - säkerställa att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att anpassa sig till kvinnors olika preferenser inom ramen för en god vård och prioriteringsprinciperna för hälso- och sjukvården.



- stödja verksamheterna med metoder och strategier för en personcentrerad vård
- efterfråga att verksamheterna involverar patienter i vårdens utvecklingsarbete.

► *Stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete*

Vägen till minskade omotiverade skillnader går både via regionala och lokala analyser och utvecklings- och förbättringsarbete och via nationell uppföljning och analys. Genom att stärka förutsättningarna för utvecklingsarbete och uppföljning stärks också förutsättningarna för minskade omotiverade skillnader i vården. Vi rekommenderar:

- Landstingen att gemensamt på nationell nivå tillsammans med professionerna och kvalitetsregistren:
 - fortsätta att utveckla nationella mål för graviditetsvårdkedjan
 - följa upp resultaten för kvalitetsindikatorer som är särskilt viktiga för att följa utvecklingen av vårdens jämlikhet vad gäller graviditetsvårdkedjan.
- Landstingen att stärka sina egna verksamheters förutsättningar för förbättringsarbete med sikte på ökad nationell jämlikhet genom att
 - fortsätta förbättra inrapporteringen till nationella kvalitetsregister
 - säkerställa tillgång till kompetens och stödstrukturer för systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete
 - fokusera förbättringsarbetet på områden som är angelägna ur patientperspektiv och för att nå nationella mål
 - följa upp resultat i graviditetsvårdkedjan, inklusive resultat som visar hur vården fungerar ur ett patientperspektiv
- Regeringen att
 - säkerställa att det görs återkommande nationell uppföljning av jämlikhet och kvalitet i graviditetsvårdkedjan genom uppdrag till myndigheter.

► *Utvecklad kunskapsstyrning*

Det behövs också nationell styrning som skapar förutsättningar för en gemensam riktning i utvecklingsarbetet. Vår övergripande bedömning är att en utvecklad styrning bör föregås av en behovsanalys och inventering, eftersom arbete pågår med att utveckla nya kunskapsstöd för flera delar av vårdkedjan. Vi rekommenderar:

- Landstingen att gemensamt och tillsammans med professionerna
 - analysera vilka specifika kunskapsstöd som behöver utvecklas för graviditetsvårdkedjan
 - analysera och klargöra vilka variationer i arbetssätt och utbud som ryms inom ramen för en jämlik vård.
- Regeringen att
 - ge de kunskapsstyrande myndigheterna de förutsättningar som behövs för att bidra till utvecklingen av kunskapsstöd utifrån behoven i graviditetsvårdkedjan.





Innehåll

1	Vi har analyserat regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan	23
1.1	En delrapport inom uppföljningen av satsningen på kvinnors hälsa	24
1.2	Syfte, frågor och genomförande	24
1.3	Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård	28
1.4	Rapportens disposition	34
2	En fördjupad bild av nio skillnader i vården	37
2.1	Att tänka på i tolkningen av resultaten	37
2.2	Nio skillnader i vården av kvinnor under graviditetsvårdkedjan	40
3	Vår samlade analys av skillnaderna	77
3.1	Flera påverkbara faktorer i vården bidrar till skillnaderna	78
3.2	Patientsammansättningen förklarar inte den regionala variationen	84
3.3	Slumpmässig variation och skillnader i datakvalitet behöver beaktas ...	87
3.4	Omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan	88
4	Minskade omotiverade skillnader genom lärande och förbättring	97
4.1	Minskade skillnader genom förbättring kräver analys, uppföljning och utvecklingsarbete	98
4.2	Utvecklingsarbete pågår på flera områden	98
4.3	Positiv utveckling när det gäller allvarliga bristningar	103
4.4	Framgångsfaktorer för minskade omotiverade skillnader	106
4.5	Tre utvecklingsområden för att minska omotiverade skillnader	115



5 Referenser	123
Bilagor	131
Bilaga 1 – Metod och data.....	131



Vi har analyserat regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan

Svensk förlossnings- och mödrahälsovård vård håller hög medicinsk kvalitet. Både mödradödligheten och barnadödligheten är låg och allvarliga skador på barn till följd av förlossningen är ovanligt (SKL 2019a, Världsbanken 2018). Men det finns förbättringspotential. Sverige har till exempel under lång tid haft, och har fortfarande, en högre andel allvarliga bristningar under förlossning än Norge, Finland och Danmark (Institutet för hälsa och välfärd 2018). Dessutom finns regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan som tyder på att det finns potential för förbättringar och ökat lärande mellan verksamheter. (SVEUS 2015, Graviditetsregistret 2018). Skillnaderna tyder också på att vården kan bli mer jämlik i meningen att alla ska ha tillgång till en vård av god kvalitet på lika villkor.

Samtidigt innebär inte alla skillnader i vården att vården är ojämlig. Vården ska variera utifrån till exempel patienternas behov, förutsättningar och preferenser. Huvudmännen och vårdgivarna får också anpassa sina verksamheter utifrån lokala och regionala förhållanden. Men omotiverade skillnader bör inte finnas.

I den här rapporten undersöker vi ett urval av skillnader i graviditetsvårdkedjan med syfte att identifiera faktorer som bidrar till att skillnader uppstår, analysera om skillnaderna är omotiverade och identifiera faktorer som är centrala för att minska omotiverade skillnader via utvecklings- och förbättringsarbete.



1.1 EN DELRAPPORT INOM UPPFÖLJNINGEN AV SATSNINGEN PÅ KVINNORS HÄLSA

Regeringen genomför sedan 2015 en satsning för att stärka kvinnors hälsa och förlossningsvården. Inom ramen för satsningen har regeringen ingått flera överenskommelser med Sveriges kommuner och landsting (SKL) genom vilka regeringen fördelar stimulansmedel till landstingen. Medlen ska användas för att förbättra förlossningsvården och annan vård för att främja kvinnors hälsa samt stärka primärvårdens insatser som rör kvinnors hälsa. Några av satsningens delmål är att vården ska bli mer tillgänglig, säker, jämlik, kunskapsbaserad och personcentrerad (SKL 2019a och 2019c). Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp satsningen på kvinnors hälsa (S2016/06724/FS). Uppdraget inkluderar en delrapport som publicerades 2018 (Vårdanalys 2018), en slutrapport (publiceras 2020) och en fördjupningsrapport som ska identifiera framgångsfaktorer inom ett eller flera av satsningens områden. Den här rapporten utgör uppdragets fördjupningsrapport.

Med stöd av de stimulansmedel som regeringen har fördelat inom satsningen på kvinnors hälsa pågår utvecklings- och förbättringsarbete i flera olika delar av graviditetsvårdkedjan i olika delar av landet. Vår förhoppning är att den här rapporten ska kunna bidra till det pågående utvecklingsarbetet. Med rapporten lägger vi också en grund för att i slutrapporten år 2020 kunna bedöma om satsningen har bidragit till minskade omotiverade regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan.

1.2 SYFTE, FRÅGOR OCH GENOMFÖRANDE

Syftet med rapporten är att fördjupa kunskapen om regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan och därigenom skapa förutsättningar för ett utvecklings- och förbättringsarbete med fokus på en mer jämlik vård. Fyra frågor har väglett arbetet:

- Hur ser situationen ut avseende omotiverade skillnader mellan landsting och kliniker i vården av kvinnor i graviditetsvårdkedjan?
- Vilka faktorer bidrar till att skillnaderna uppstår?
- Går det att urskilja framgångsfaktorer för att minska omotiverade skillnader?
- Hur kan regeringen, landstingen och andra aktörer skapa förutsättningar för att minska omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan?

1.2.1 Vi har använt en kombination av metoder

Utgångspunkten för analysen har varit data från det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret för ett urval indikatorer som avser vården under graviditet, förlossning och eftervård (i fortsättningen benämnt graviditetsvårdkedjan). Med utgångspunkt i de valda indikatorerna har vi genomfört intervjuer med verksamma i vården. Vi har intervjuat personer med olika befattningar, till exempel barnmorskor, samordningsbarnmorskor, mödrahälsovårdsöverläkare, förlossningsöverläkare, verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare. Intervjuerna har genomförts i två omgångar: inledande intervjuer med ett urval av verksamma från olika delar av landet och därefter fördjupade intervjuer i fem landsting. Vi har också studerat ett urval av nationella, regionala och lokala styrdokument som rör indikatorerna. Som komplement till de kvalitativa momenten, som utgör vårt huvudsakliga underlag, har vi använt case-mixjusterade data. Case-mixjustering är en metod för att justera olika vårdgivarens resultat i förhållande till patientsammansättningen, för att få mer rättvisande jämförelser. Vi har också beräknat konfidensintervall för några av skillnaderna för att kunna bedöma sannolikheten att de förklaras av slumpmässiga faktorer. Figur 1 ger en översikt av underlaget till våra analyser. Närmare beskrivningar av respektive moment finns i bilaga 1.

Figur 1. Metod och material.



1.2.2 Vi har studerat ett urval av skillnader

Analysen utgår från ett urval av indikatorer ur Graviditetsregistret. För att välja ut indikatorer satte vi upp följande kriterier:

- Det skulle finnas förhållandevis stora skillnader i utfall mellan olika landsting och kliniker.
- Indikatorerna skulle vara möjliga att studera med en i huvudsak kvalitativ och samhällsvetenskaplig ansats.
- Indikatorerna skulle avspegla skillnader som bedöms angelägna och möjliga att relatera till ur ett patientperspektiv.
- Indikatorerna skulle tillsammans täcka in både mödrahälsovården under graviditet, förlossningstillfället och vården efter förlossning.

De indikatorer vi valde ut mäter vissa aspekter av vården vid några punkter under graviditetsvårdkedjan, och ger alltså inte någon fullständig bild av de variationer som finns. Vi har valt att inte inkludera vissa indikatorer som visserligen kan anses vara mycket angelägna, som regionala variationer i barnadödlighet, förekomsten av stora blödningar med mera, men där orsaksbilden bakom dessa på förhand bedömdes alltför medicinskt komplex för att studera med en kvalitativ och samhällsvetenskaplig ansats.

För att vara en indikator på kvalitet i vården ska den ha en tydlig koppling till kvalitet eller effektivitet. Vi har valt indikatorer från Graviditetsregistret men vi har inte värderat evidensen för indikatorns betydelse för resultatet av vården. Indikatorerna som studeras avser följande aspekter av vården som ges till kvinnor under graviditetsvårdkedjan:

- screening av alkoholkonsumtion
- identifiering av våldsutsatthet
- stödåtgärder för förlossningsrädsla
- kejsarsnitt på moderns önskan/psykosocial indikation
- smärtlindring under förlossning
- värkstimulering under förlossning
- allvarliga bristningar i samband med förlossning
- vårdtid efter förlossning
- eftervårdsbesök i mödrahälsovården.

Uppgifterna som redovisas för vårdtid efter förlossning kommer från Medicinska födelseregistret (MFR). Att vi studerar flera skillnader möjliggör att identifiera övergripande faktorer som bidrar till att skillnader uppstår.

Samtidigt ingår det också i vårt uppdrag att identifiera framgångsfaktorer. För att möjliggöra den typ av djupare analys som behövs för att identifiera framgångsfaktorer behövs ett fall av förbättring. Vi har valt att studera utvecklingen av allvarliga bristningar närmare, eftersom det är ett område som alla landsting har arbetat med inom ramen för satsningen och ett område där det skett förbättringar över tid. Allvarliga bristningar får därmed lite extra utrymme i rapporten jämfört med de andra indikatorerna.

Indikatorerna speglar resultat och processer

Skillnader inom hälso- och sjukvården kan grupperas utifrån om de utgörs av skillnader i strukturer, processer eller resultat. I den här rapporten analyserar vi skillnader i processer och resultat. *Processer* syftar på aktiviteter och vårdprocesser som direkt påverkar hälso- och sjukvårdens resultat, och kan mätas med så kallade processmått. Det handlar till exempel om vårdens insatser, arbetssätt och bemötande. Exempel på processmått som vi tar upp i den här rapporten är screening för alkoholvanor och våldsutsatthet, användning av värkstimulerande medel och val av smärtlindring. När det gäller *resultat* är det i vården av gravida och födande aktuellt att tala om resultat för både barnet och modern. I vår analys har vi avgränsat oss till resultat relaterade till modern. Exempel på resultat är förekomsten av förlossningsskador. Resultatmått kan vara både resultat som uppmäts i vården – som bristningar vid förlossning – och resultat som rapporteras av patienter – patientrapporterade resultatmått (PROM) och patientrapporterade upplevelsemått (PREM).

Ett viktigt resultatmått är den patientupplevda kvaliteten. Aspekter som hur kvinnor upplever sin graviditet och förlossning i termer av bemötande och delaktighet i vården är centrala. Dock saknas i nuläget en systematisk uppföljning av graviditetsvårdkedjan ur ett patientperspektiv, och vi har därför inte möjlighet att inkludera sådana skillnader här. Ett existerande mått är skattning av förlossningsupplevelse på en skala från 1–10, den så kallade VAS-skalan. De flesta kliniker låter kvinnor skatta sin förlossningsupplevelse innan hemgång, och resultaten överförs från journal till Graviditetsregistret. På grund av problem med täckningsgrad och svårigheter att tolka resultaten har vi bedömt att VAS-skattad förlossningsupplevelse är ett otillfredsställande mått för nationella jämförelser mellan kliniker. Det pågår ett arbete med en så kallad Graviditetsenkät till gravida och nyblivna mammor. Bakom initiativet står SKL som utformar enkäten tillsammans med Nationell patientenkät, Bristningsregistret, Graviditetsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Enkäten har testats via 1177



Vårdguiden i två landsting under januari–mars 2019, och planen är att den ska lanseras i alla landsting under hösten 2019 (SKL 2019b).

Förutom skillnader i processer och resultat kan det finnas skillnader i hälso- och sjukvårdens *strukturer*. Med strukturer avses faktorer som påverkar förutsättningarna för att tillhandahålla vård, som personalförsörjning och it-infrastruktur. Sådana skillnader ingår inte i den här rapporten även om de ibland kan vara bakomliggande faktorer som påverkar de process- och resultatmätt som vi studerar.

Därutöver kan man också tala om skillnader i form av hälsa och hälsoreultat på sikt, såväl fysiska som psykiska. Eftersom den här rapporten analyserar skillnader i vården, omfattar analysen inte skillnader i hälsa. Hälsa är ett resultat av både den vård, behandling och bemötande som hälso- och sjukvården ger, men också av andra förutsättningar som ligger utanför vårdens kontroll som miljömässiga faktorer, levnadsvanor, arbetsförhållanden och biologiska förutsättningar.

Figur 2. Det finns olika typer av kvalitetsindikatorer.

Typ av mått	Exempel
Strukturmått	Antal inskrivna kvinnor per barnmorska i mödrahälsovården
Processmått	Screening för alkoholvanor, frågor om våld utsatthet
Medicinska resultatmått	Bristningar grad III och IV
Patientrapporterade resultatmått (PROM och PREM)	Skattad förlossningsupplevelse

1.3 ALLA SKILLNADER I VÅRDEN ÄR INTE OJÄMLIK VÅRD

Det finns många skillnader i vården, både vad gäller resultat och processer. Men alla skillnader som finns i vården innebär inte att vården är ojämlig. Man behöver skilja på skillnader som av olika skäl kan motiveras och skillnader som är omotiverade. Skillnader som är omotiverade bör vården sträva efter att utjämna. För att bedöma om en skillnad är omotiverad, behöver man ta hänsyn till flera olika aspekter. I de avsnitt som följer beskriver vi och resonerar om hur omotiverade skillnader kan identifieras. Vi utgår från den lagstiftning som sätter de rättsliga ramarna för hälso- och sjukvården, till exempel målen för hälso- och sjukvården och den kommunala självstyrelsen, men också reglerna om god och säker vård utifrån individuella behov, förutsättningar och önskemål. Vi formulerar utifrån det fyra frågor som vi använder oss av för att analysera om en skillnad är omotiverad eller inte.

1.3.1 Rättsliga aspekter av betydelse för bedömningen av regionala skillnader

Ett övergripande mål är att hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor, oavsett personliga och geografiska förhållanden (3 kap. 1 § HSL och prop. 1981/82:97 s. 27). Att vård ska ges på lika villkor följer även av lagstiftning om objektivitet, opartiskhet, saklighet, likabehandling och likställdhet (se t.ex. 1 kap. 9 § regeringsformen (1974:152), RF, 5 § förvaltningslagen (2017:900) och 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725), KL). Enligt diskrimineringslagstiftningen är alla former av diskriminering som huvudregel förbjudna inom hälso- och sjukvården (2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567)).

Men det finns många olika aspekter att beakta för att kunna bedöma om skillnader i vården är omotiverade eller inte, varav vissa är av rättslig karaktär. När det gäller skillnader mellan individer behöver många aspekter som har koppling till det enskilda fallet beaktas. För att förstå skillnader mellan landsting och vårdgivare, som vi studerar i den här rapporten, behöver man bland annat utgå från bestämmelserna om vård på lika villkor och på bestämmelserna om den kommunala självstyrelsen.

Alla ska arbeta mot samma mål

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Enligt förarbetena innebär detta att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster (prop. 1981/82:97 s. 27). Av det följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får hindras av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden (prop. 1981/82:97 s. 27). Möjligheterna att få vård får inte heller påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art eller varaktighet (prop. 1981/82:97 s. 28). Däremot är det angeläget att värna om vissa grupper som är särskilt utsatta och att sträva efter att jämna ut skillnader, så att alla får likvärdiga möjligheter att till exempel förstå en diagnos eller sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd (prop. 1981/82:97 s. 28 och 113). Hänsyn ska alltså alltid tas till skillnader i individuella förutsättningar (prop. 1981/82:97 s. 113–114).

I förarbetena uttrycks det att sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller hänsyn till den medicinska säkerheten i möjligaste mån bör begränsas. Behovet av vård ska, inom ramen för huvudmannens ekonomiska resurser, ensamt avgöra vårdens karaktär och omfattning (prop. 1981/82:97 s. 27).



Nära kopplat till detta är frågor om prioriteringar i vården och bestämmelsen om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska få företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Regeringen har ställt upp allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) som riksdagen ställt sig bakom (bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). De allmänna riktlinjerna baseras på tre etiska principer (prop. 1996/97:60 s. 19-22):

- Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Den är underordnad de första två principerna.

Dessa principer ska vara vägledande för prioriteringar på både statlig nivå och på landstingskommunal och primärkommunal nivå (prop. 1996/97:60 s. 29).

Alla vårdgivare ska erbjuda en god vård

Det finns olika författningskrav på vårdens kvalitet och utförande som alla huvudmän och vårdgivare måste följa. De flesta kraven på vården är av övergripande karaktär, som kraven på att all vård ska vara god (5 kap. 1 § HSL). Med god vård avses bland annat att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL). Vårdgivaren ska se till att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL och 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)).

Vården ska också ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och alla patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska ges den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § patientlagen (2014:821)). Vad gäller vilka behandlingsmetoder som ska användas i vården, regleras det som utgångspunkt inte i detalj. Det finns alltså inte regler som anger vilka metoder som ska användas i förlossningsvården, utan där är utgångspunkten i stället de allmänna reglerna om god och säker vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Andra krav som gäller för hela hälso- och sjukvården handlar till exempel om vilken information en patient ska få. En patient ska bland annat få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § patientlagen).

Det är vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). Inom ramen för detta ansvarar vårdgivaren bland annat för att det finns ett ledningssystem som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Huvudmännen och vårdgivarna väljer hur verksamheterna ska utformas inom ramen för lagens krav

Sjukvårdshuvudmännen har ett relativt stort utrymme att utforma sina verksamheter utifrån lokala och regionala förutsättningar samt medborgarnas önskemål. Rättsligt baseras detta på den kommunala självstyrelsen (14 kap. 2 § RF och 1 kap. 2 § KL). Det innebär att kommuner och landsting har en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt över kommunala och regionala angelägenheter av allmänt intresse. De får också ta ut skatt för att sköta sådana angelägenheter (14 kap. 4 § RF).

Utrymmet för den kommunala självstyrelsen är inte obegränsat, utan grunderna för den kommunala beskattningen samt föreskrifter om kommunernas och regionernas befogenheter och åligganden ska regleras i lag (8 kap. 5 § RF). Vissa lagar skyddar självstyret, som bestämmelsen om att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen ska vara proportionerlig (14 kap. 3 § RF). Andra begränsar i stället självstyret, som bestämmelserna som ålägger vårdgivare att ha en verksamhetschef med vissa författningsreglerade uppgifter (4 kap. 2 § HSL och 4 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)).

1.3.2 Våra utgångspunkter för analysen av skillnaderna

Att vården ska ges på lika villkor innebär kortfattat inte att alla ska ha samma vård. Även bland personer med samma sjukdom eller tillstånd (i detta fall gravida och födande) kan behoven av vård variera, och eftersom vården får anpassas efter lokala och regionala omständigheter inom ramen för kraven på en god vård kan vissa skillnader mellan regioner vara motiverade. Därför behöver man skilja på motiverade och omotiverade skillnader i vården.



Som vi redogjorde för i avsnitten ovan finns det både rättsliga och medicinska aspekter att ta hänsyn till när man ska analysera om en skillnad i vården är omotiverad eller inte. Man kan också väga in ytterligare aspekter i bedömningen. Till exempel kan man beakta att patienters och medborgares förväntningar kan lämna mindre utrymme för regionala variationer än de ramar som anges i gällande rätt. Uppfattningen om vårdens jämlikhet har visat sig vara tätt sammanvävd med det förtroende man har för vården (Vårdanalys 2018a).

Vårdanalys har tidigare utarbetat kriterier för att avgöra om en skillnad i vården är omotiverad (Vårdanalys 2014, Vårdanalys 2013). Kriterierna går kortfattat ut på att skillnader i vården bör kunna motiveras utifrån skillnader i medicinska förutsättningar och vårdbehov, annars är de att betrakta som omotiverade. I bedömningen kan man också behöva ta hänsyn till om patienters preferenser kan ha betydelse för att skillnaden uppstår, hur evidensläget ser ut för området som skillnaden avser och om skillnaden är väsentlig (se närmare i Vårdanalys 2014). Ifråga om regionala skillnader kan man dessutom behöva väga in flera andra omständigheter, till exempel regionala variationer i ekonomiska, geografiska och demografiska förutsättningar. När man har identifierat en skillnad kan man därför ställa ett antal frågor som vägleder bedömningen av om en skillnad är omotiverad eller inte. Vår analys av skillnader i graviditetsvårdkedjan har vägletts av följande frågor:

- Kan skillnaden förklaras av regionala variationer i patienternas vårdbehov, medicinska förutsättningar eller preferenser?
- Är skillnaden väsentlig?
- Kan skillnaden spegla att landstingen eller klinikerna arbetar på olika sätt inom ramen för kraven på god vård?
- Finns det några andra omständigheter som medför att skillnaden bör betraktas som omotiverad ur ett patient- och medborgarperspektiv?

Frågorna syftar både till att utesluta ett antal grundläggande faktorer som kan motivera skillnader, till exempel att behoven varierar, och att väga in andra möjliga faktorer som medför att den kan anses omotiverad ur ett patient- och medborgarperspektiv. Frågorna utesluter också att skillnaden avser oväsentligheter. Med *väsentlighet* avses dels hur stor skillnaden är, dels om den är väsentlig för kvaliteten i vården.

Om patienternas *vårdbehov och medicinska förutsättningar* förklarar skillnaderna kan delvis, men inte fullt ut, analyseras med hjälp av statistisk

analys. I vår analys av skillnader inom graviditetsvårdkedjan har vi använt oss av Graviditetsregistrets modell för case-mixjustering (se bilaga 1) som justerar olika klinikers resultat efter patientrelaterade faktorer av betydelse för resultatet, till exempel ålder, bmi, födelseland, utbildningsnivå, förekomst av olika sjukdomar med mera. Betydelsen av patienters *preferenser* är svårare att avgöra på objektiv väg. Det finns i dag inte någon sådan systematisk information, och vi för därför resonemang om preferensers påverkan utifrån intervjuer och annan tillgänglig kunskap.

Vi har inte genomfört någon systematisk genomgång av evidensen för olika kvalitetsindikatorer relaterat till frågan om en skillnad kan anses spegla att regioner och kliniker arbetar på olika men likvärdiga sätt i förhållande till kraven på en god vård. Även här för vi resonemang utifrån genomförda intervjuer med verksamma i vården och aktuell kunskapsstyrning. I de fall där det finns någon form av nationell styrning som fastställer hur en process bör se ut utifrån bästa tillgängliga kunskap eller det finns ett målvärde, är det lättare att avgöra om skillnaden kan spegla att olika vårdgivare arbetar på olika men likvärdiga sätt. Eftersom det finns en uttryckt viljeriktning i hur vården ska bedrivas i sådana fall, betraktar vi det som tecken på att det inte bör finnas stora regionala skillnader och att andra sätt att arbeta inte är likvärdiga. Men att det saknas nationell styrning, tydliga riktlinjer eller målvärden innebär däremot inte automatiskt att en skillnad är motiverad ur ett patientperspektiv – för de flesta områden inom hälso- och sjukvården saknas detaljerad nationell styrning. Det är då upp till huvudmännen och vårdgivarna avgöra vilka arbetssätt som krävs för att uppfylla kraven på en god vård, vetenskap och beprövad erfarenhet med mera.

Det är utifrån den analys som vi har genomfört i den här rapporten inte möjligt att ge uttömmande svar på samtliga frågor för samtliga skillnader i graviditetsvårdkedjan.

1.3.3 Regionala skillnader skiljer sig från skillnader mellan grupper

Regionala skillnader, som vi studerar i den här rapporten, kännetecknas av att en vårdgivare i ett visst geografiskt område utreder och behandlar patienter med samma medicinska behov på ett visst sätt och når vissa resultat, medan en vårdgivare i ett annat område utreder eller behandlar dessa patienter på ett annat sätt eller når andra resultat. Det geografiska området kan till exempel vara en region, en förlossningsklinik på ett sjukhus eller en mödrahälsovårdscentral.



Skillnader mellan befolkningsgrupper kan beskrivas som att en och samma vårdgivare ger två olika patienter, med samma sjukdom och vårdbehov, olika och inte likvärdig behandling eller uppnår olika resultat (Vårdanalys 2014). Om det till exempel för ett visst resultat- eller processmått för vården finns skillnader mellan utbildningsgrupper, betyder det att två patienter med samma medicinska förutsättningar och vårdbehov, men med olika utbildningsnivå, blir behandlade olika eller får olika resultat, trots att de går till samma barnmorskemottagning eller föder barn på samma sjukhus. Regionala skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper kan hänga samman på flera olika sätt, och är därför inte alltid enkla att skilja från varandra. Olika landsting har olika befolkningsstrukturer, exempelvis skiljer sig förstföderskors ålder åt och utbildningsnivån skiljer sig åt, vilket gör att man har olika förutsättningar för att nå samma resultat.

I den här rapporten är fokus på geografiska skillnader, men vi berör också skillnader mellan grupper om det kan bidra till förståelsen för skillnader mellan regioner och kliniker.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I det här inledande kapitlet har vi beskrivit studiens frågor, metod och vårt ramverk för hur vi ser på skillnader i vården och hur de kan mätas. I det andra kapitlet visar vi skillnaderna mellan landsting och enheter för de indikatorer som vi studerar. Vi redogör för resultaten, indikator för indikator och presenterar därefter resultaten från intervjuundersökningen när det gäller förklaringar till skillnader mellan landsting och enheter. I det tredje kapitlet analyserar vi orsakerna till skillnader vidare och drar slutsatser om ifall skillnaderna är motiverade eller omotiverade. I det avslutande kapitlet redogör vi för i vilken utsträckning som skillnaderna adresseras i insatserna som genomförts inom satsningen på kvinnors hälsa och graviditetsvårdkedjan. Vi identifierar också framgångsfaktorer för utvecklings- och förbättringsarbete som man kan ta fasta på i det fortsatta arbetet och pekar ut några områden som vi ser att regeringen, huvudmännen var och en och tillsammans samt andra myndigheter kan arbeta med för att minska omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan.



En fördjupad bild av nio skillnader i vården

Det finns väsentliga skillnader mellan landsting och kliniker för flera process- och resultatmått under graviditetsvårdkedjan. I det här kapitlet tittar vi närmare på nio regionala skillnader i vården av kvinnor i graviditetsvårdkedjan. Vi redovisar skillnaderna, går igenom den nationella styrningen för respektive indikator och redovisar vad som kommit fram i våra intervjuer med verksamma i vården kring respektive skillnad.

2.1 ATT TÄNKA PÅ I TOLKNINGEN AV RESULTATEN

I kommande avsnitt redovisas utfall för de indikatorer vi studerar avseende år 2017 per landsting eller klinik. Generellt sett har Graviditetsregistret, som vi har hämtat huvuddelen av den data som redovisas ifrån, en hög täckningsgrad. Utfallen som redovisas bör därmed spegla det faktiska utfallet för det aktuella året på ett rättvisande sätt, men det finns alltid en risk att skillnader kan förklaras av slumpmässiga faktorer. Risker är större om skillnaderna är små eller om utfallen baseras på få observationer. För de flesta indikatorer vi studerar baseras utfallen på ett så stort antal observationer att den totala spridningen i riket med liten sannolikhet kan förklaras av slumpmässiga faktorer. Däremot kan slumpmässiga faktorer förklara mindre skillnader mellan enskilda enheter inom spridningen. För de resultat som baseras på färre observationer har vi beräknat konfidensintervall, och i de fall dessa har avgörande betydelse för tolkning av skillnaderna kommenteras det i anslutning till att resultaten redovisas. Vår analys fokuserar på skillnaderna i sig, inte enskilda klinikers eller landstings resultat. Vi har därför inte



genomfört någon systematisk kontroll av varje kliniks eller landstings resultat för alla indikatorer. Om felaktigheter har påpekats i intervjuer har vi däremot uteslutit dem ur redovisningen, eller korrigerat när korrekta data funnits tillgängliga. Vi redovisar inte utfall på enhetsnivå när de baseras på färre än fem observationer (se vidare i bilaga 1).

Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är ett kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Insamling av data till registret sker på två sätt: via direktöverförda journal-data och via manuellt inmatade uppgifter av barnmorskor inom mödrahälsovård.

Under 2017 har 115 940 förlossningar registrerats i Socialstyrelsens hälsodataregister Medicinska födelseregistret. I Graviditetsregistret finns 104 267 förlossningar registrerade under 2017, vilket innebär att Graviditetsregistret har en täckningsgrad på omkring 90 procent för förlossningar när man jämför med Medicinska födelseregistret.

Landstingen Norrbotten, Kronoberg, Uppsala och Värmland hade ingen direktöverföring av data från journal under 2017. Därför finns inte uppgifter redovisade för dessa landsting eller klinikerna i dessa landsting för de uppgifter som hämtas via direktöverföring från journal. Uppgifter för mödrahälsovården matas med några undantag in manuellt av barnmorskor. För denna del av registret är täckningsgraden omkring 80 procent.

Vissa felkällor och bortfall finns för specifika variabler. För uppgifter som överförs direkt från journal är de kända bortfallen små.

Se bilaga 1 för mer information

I kapitlet redogör vi också för vad som framkommit i vår intervjustudie. I intervjuerna har flera möjliga förklaringar till skillnaderna framkommit, men det framträder i de flesta fall inte någon tydlig systematik i vad som skiljer landsting och kliniker med olika resultat åt. Förenklat uttryckt så har vi ibland fått liknande beskrivningar av arbetssätt, rutiner och organisatoriska förutsättningar i landsting och på kliniker med mycket olika resultat och ibland det motsatta: landsting och kliniker med liknande resultat har uppgett olika arbetssätt, rutiner, utmaningar och förklaringar till sitt resultat i relation till andras. De enskilda faktorer som lyfts som betydelsefulla för att förklara resultaten ska därför betraktas som exempel på omständigheter som kan ha betydelse, men mer ingående studier behövs för att kunna fastställa kausala samband och ta reda på om de är giltiga även i andra verksamheter än de vi besökt. På nästa sida beskrivs några olika nationella kunskapsstöd och föreskrifter som rör indikatorerna vi studerar och som vi utgått från i våra beskrivningar.

Nationella kunskapsstöd och riktlinjer av betydelse för indikatorerna vi studerar

Det finns olika typer av nationella styr- och stöddokument för vården av kvinnor under graviditet, förlossning och eftervård, men det finns inget nationellt styrdokument som omfattar graviditetsvårdkedjan som helhet. Här följer en kortfattad sammanställning av relevanta kunskapsstöd och annan styrning som rör de specifika indikatorerna som vi har studerat.

Statliga föreskrifter, riktlinjer och kunskapsstöd

Socialstyrelsen tar fram föreskrifter och allmänna råd samt olika typer av kunskapsstöd riktade till hälso- och sjukvården. Föreskrifter och allmänna råd är juridiskt bindande. Relevant för graviditetsvårdkedjan är till exempel Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Socialstyrelsen tar även fram nationella riktlinjer, som främst ska fungera som stöd vid beslut om fördelningen av resurser och fungera som vägledning för de behandlingar och metoder som vårdgivare bör lägga resurser på. Riktlinjerna bör följas, men de är inte juridiskt bindande. En nationell riktlinje av relevans för graviditetsvårdkedjan är de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2018c).

Utöver nationella riktlinjer och allmänna råd och föreskrifter tar Socialstyrelsen även fram kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer. De är tänkta att fungera som beslutsstöd om val av behandling eller åtgärd, och riktar sig mer direkt till olika professionsgrupper (Socialstyrelsen 2018b). Nationella medicinska indikationer är ett typ av kunskapsstöd med nationella rekommendationer om när en åtgärd ska ges eller inte ges för att beslut ska fattas på lika grunder i hela landet och bör följas för att vården ska vara kunskapsbaserad, säker och jämlik. Nationella medicinska indikationer finns för kejsarsnitt på moderns önskan och oxytocinstimulering under förlossning (Socialstyrelsen m.fl. 2011a och 2011b). Det har tidigare funnits andra typer av kunskapsstöd, som nu har utgått. Här kan nämnas Socialstyrelsens State of the art-dokument för handläggning av normal förlossning – ett expertunderlag som utgavs 2001 och utgick 2004 (Socialstyrelsen 2001). Ett kunskapsstöd för mödrahälsövård publicerades av Socialstyrelsen 2014, men utmönstrades 2018 (Socialstyrelsen 2014a).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har tagit fram kunskapsöversikter inom några av de områden vi studerar, till exempel om diagnosticering av och metoder för att förebygga allvarliga bristningar (SBU 2016b).

Professionsbaserade riktlinjer och kunskapsstöd

Utöver de styr- och stöddokument som tas fram av Socialstyrelsen har flera kunskapsstöd och rekommendationer tagits fram av professionsföreningar, som Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Svenska barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). Intressegruppen för mödrahälsövård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF och Mödrahälsövärdpsykologernas föreningar har tillsammans tagit fram ett kunskapsstöd för mödrahälsövård, sexuell och reproduktiv hälsa (kallad Blå boken eller ARG-rapport nr 59/76). Rapporten omfattar mödrahälsövårdens utveckling och uppdrag och beskriver bland annat det medicinska basprogrammet för mödrahälsövården. SFOG och SBF har också, med finansiering av Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf), tagit fram ett webbaserat utbildningsprogram med syfte att öka kunskapen inom svensk förlossningsvård om förlossningars påverkan på bäckenbottens strukturer. Det handlar om att förebygga, hitta, behandla och följa upp förlossningsskador i bäckenbotten på kort och lång sikt (SFOG & SBF 2019).



2.2 NIO SKILLNADER I VÅRDEN AV KVINNOR UNDER GRAVIDITETS- VÅRDKEDJAN

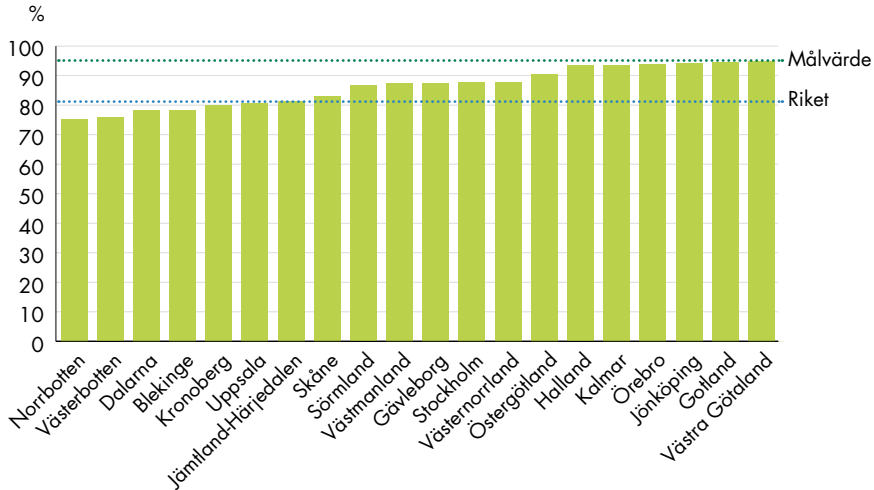
I kommande avsnitt presenterar vi var och en av de indikatorer som studien fokuserar på. Vi redovisar data från Graviditetsregistret för 2017 samt resultatet av intervjuer och dokumentgenomgångar för skillnaderna. För varje indikator redogör vi kortfattat för hur den nationella styrningen ser ut för det område indikatorn avser.

2.2.1 Screening av alkoholkonsumtion

Eftersom alkoholkonsumtion under graviditeten har skadlig inverkan på fostret rekommenderar Socialstyrelsen att gravida kvinnor helt avstår från alkohol under graviditeten och att all konsumtion av alkohol under graviditet ses som riskbruk eller skadligt bruk (Socialstyrelsen 2018c). Barnmorskor och läkare bör därför uppmärksamma alkoholkonsumtion tidigt i graviditeten (SFOG 2008). Både i Socialstyrelsens riktlinjer och i de professionsbaserade riktlinjerna rekommenderas att AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) används för att identifiera möjliga alkoholproblem (Socialstyrelsen 2018d, SFOG 2008). AUDIT är ett självskattningsinstrument med tio frågor om alkoholvanor som också kan genomföras som en kort strukturerad intervju. Om vårdpersonalen uppmärksammar ett riskbruk bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivande samtal till kvinnan (Socialstyrelsen 2018c). Vid misstanke om missbruk eller beroende ska den gravida erbjudas specialistvård (SFOG 2008).

Av figur 3 framgår att andelen gravida kvinnor som screenades med AUDIT varierade mellan landstingen från 73 procent till 95 procent 2017. Genomsnittet var 81 procent. Graviditetsregistret har satt ett nationellt målvärde på 95 procent av kvinnorna.

Figur 3. Andel kvinnor som genomfört AUDIT under graviditeten, per landsting 2017. Utfall för 102 286 kvinnor som födde barn år 2017.



Källa: Graviditetsregistret.

Styrning, kontinuerlig uppföljning och arbetsbelastning lyfts som betydelsefullt i intervjuer

I de intervjuer vi genomfört ger verksamma i mödrahälsovården en samstämmig bild av att det är självklart att uppmärksamma alkoholkonsumtion och genomföra AUDIT under graviditeten. Intervjupersoner uttrycker i några fall förvåning över att andelen screenade inte är högre.

Två huvudskäl framförs i intervjuerna till att ha en lägre andel screenade kvinnor än andra: antingen har AUDIT inte genomförts eller så har det genomförts men inte journalförts korrekt och därmed inte överförs till Graviditetsregistret. När det gäller det senare har intervjupersoner uppgett att det av olika skäl kan finnas brister i journalföringen av AUDIT-resultat på vissa landsting eller vissa mottagningar.

Flera möjliga skäl till att AUDIT inte genomförs har uppgetts av olika intervjupersoner, till exempel att enskilda barnmorskor kan avstå från att screena kvinnor som inte dricker alkohol av religiösa skäl och kvinnor som skrivs in sent i graviditeten. Även hög arbetsbelastning eller stor omsättning i personalgruppen har uppgetts som möjliga förklaringar. Antalet inskrivna gravida per barnmorska skiljer sig stort mellan landsting, från 65 kvinnor per heltids barnmorsketjänst i Region Gotland till 120 kvinnor per heltids barnmorsketjänst i Region Stockholm (Graviditetsregistret 2018). Det finns däremot inget synbart samband mellan det genomsnittliga antalet inskrivna



per barnmorska och andelen som screenats med AUDIT. Det betyder inte att förklaringen saknar betydelse, men antalet inskrivna per barnmorska kan inte ensamt förklara variationen.

Intervjupersonerna har också berättat om faktorer som bidrar till goda resultat. Till exempel lyfts vikten av att det finns ett kontinuerligt arbete med frågor om risk-/missbruk av alkohol inom mödrahälsovården genom återkommande utbildningsinsatser, erfarenhetsutbyte och introduktion till nya medarbetare. Intervjupersonerna lyfter också fram vikten av systematisk uppföljning och återkoppling av andelen som screenas per mottagning. Det uppges vara värdefullt när samordningsbarnmorskor i landstingen aktivt arbetar med systematisk uppföljning som ett sätt att höja medvetandegraden samt med att visa på vikten av att uppmärksamma alkoholkonsumtion hos alla kvinnor. Kontinuerlig uppföljning, återkoppling och diskussion om uppnådda resultat på mottagningsnivå kan också vara ett effektivt sätt att synliggöra eventuella brister i inrapportering eller efterlevnad av rutiner i arbetet med AUDIT-screening.

Det är svårt att bedöma betydelsen av de enskilda faktorer som enligt intervjupersonerna påverkar andelen kvinnor som screenas med AUDIT under graviditeten. Men i de två landsting med högst resultat av de fem vi besökt, uppges väl inarbetade rutiner för uppföljning av inrapporterad statistik och kontinuerlig återkoppling till mottagningarna vara särskilt betydelsefullt för goda resultat.

I fyra av de landsting vi besökt har vi gjort en genomgång av regionala styrdokument. Genomgången visar att dessa fyra har inskrivet i sina medicinska basprogram att AUDIT ska genomföras vid det första inskrivningssamtalet. Det finns alltså ingen uppenbar skillnad i skriftliga regionala rutiner för screening med AUDIT i de fyra landstingen.

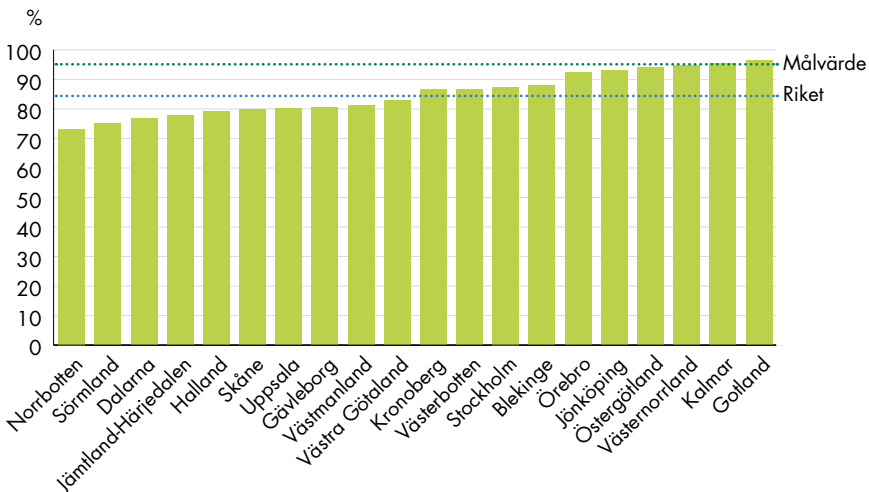
Sammanfattningsvis menar intervjupersonerna att ett kontinuerligt fokus på alkoholkonsumtion under graviditet samt uppföljning av resultat och återkoppling till medarbetare är betydelsefullt för att uppnå en hög andel som screenas med AUDIT. Andra faktorer som uppges kunna ha betydelse är arbetsbelastning och kontinuitet i personalgruppen, omständigheter kring journalföring samt efterlevnad till rutiner.

2.2.2 Identifiering av våldsutsatthet

Både i Socialstyrelsens vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet och det professionsbaserade kunskapsstödet för mödrahälsovård och sexuell och reproduktiv hälsa rekommenderas mödrahälsovården att rutinemässigt fråga alla kvinnor om våldserfarenhet, och att varje kvinna tidigt i graviditeten ska få ett enskilt besök där frågor om våld ingår som en del av anamnesen. Rekommendationerna baseras på forskning som visar att rutinemässiga frågor, i synnerhet inom mödrahälsovården, markant ökar upptäckten av våldsutsatta (SFOG 2008, Socialstyrelsen 2014). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) anges vidare att personal inom hälso- och sjukvården ska ställa frågor om våld i enrum om en person visar symtom eller tecken på att ha utsatts för våld eller övergrepp av en närstående. För att rutinfrågor om våld ska kunna ställas krävs att personalen har grundläggande kunskaper om våld, tillgång till handledning eller konsultation och att det finns en lokal handlingsplan på plats med åtgärder att erbjuda om en kvinna behöver hjälp (SFOG 2008).

Andelen av de kvinnor som födde barn år 2017 som tillfrågats om våldsutsatthet under graviditeten varierade från 73 till 96 procent i olika landsting 2017 (figur 4). Graviditetsregistret har satt ett målvärde på 95 procent. Genomsnittet var 84 procent.

Figur 4. Andel kvinnor som tillfrågades om våldsutsatthet i mödrahälsovården, per landsting. Utfall för 94 792 kvinnor som födde barn år 2017.



Källa: Graviditetsregistret.

Liknande faktorer som för screening med AUDIT uppges vara betydelsefulla för identifiering av våldsutsatthet

Precis som för AUDIT anser intervjupersonerna att variationerna i resultat kan spegla både en variation i hur stor andel kvinnor som tillfrågas om våldsutsatthet och skillnader i inrapporteringen. Inrapporteringen till Graviditetsregistret sker manuellt för våldsutsatthet och intervjupersoner uppger att brister i inrapporteringen kan vara en delförklaring till lägre resultat. Bristerna uppges dels avse att personer medvetet inte rapporterar in, dels missförstår hur indikatorn ska tolkas eller slarvar så att fel ruta kryssas i. Det går inte att utifrån intervjuerna avgöra i vilken mån detta faktiskt bidrar till regionala skillnader – det förutsätter att dessa brister förekommer mer i vissa landsting än i andra. I våra intervjuer framkommer att uppföljning och återkoppling av inrapporterade data varierar mellan landstingen. Det kan vara så att brister i inrapporteringen är mindre vanligt i de landsting där regelbunden uppföljning görs, eftersom bristerna blir upptäckta och åtgärdade när data används regelbundet. Men vi har inte kunnat fastställa något sådant samband.

Flera olika omständigheter kan enligt intervjupersoner medföra att frågan om våldsutsatthet inte ställs, det uppfattas till exempel vara svårare att ställa frågor om våldsutsatthet jämfört med att fråga om alkoholkonsumtion eftersom ämnet är känsligare. Det uppges också kunna vara svårt att få till ett enskilt besök med kvinnan. Enligt SFOG bör barnmorskan träffa kvinnan i enrum utan partner vid ett besök under graviditeten för att kunna ställa frågor om våld (SFOG 2008).

Intervjupersoner uppger att de har olika sätt att hantera om kvinnan har med sig partner, familjemedlemmar eller annat sällskap vid besöket. Vissa passar på att ställa frågan om våldsutsatthet i korridoren eller i ett annat avskilt utrymme när kvinnan lämnar mottagningsrummet för toalettbesök eller provtagning. Andra beskriver att de helt avstår från att fråga om våldsutsatthet om kvinnan inte är ensam vid besöket. Det finns också exempel på när erfarenhet av våldsutsatthet tas upp för gemensamt samtal med både kvinnan och partnern.

Precis som för screening med AUDIT uppger intervjupersonerna att hög arbetsbelastning och bristande kontinuitet kan ha betydelse för andelen som tillfrågas om våldsutsatthet. Det finns dock inte heller här något synbart samband mellan det genomsnittliga antalet inskrivna kvinnor per heltids barnmorsketjänst och andelen som tillfrågats om våldsutsatthet. Det betyder inte att förklaringen saknar betydelse, men den kan inte ensam förklara variationen.

Liksom för screening med AUDIT uppger intervjupersoner att det är viktigt med ett kontinuerligt arbete med frågor om våldsutsatthet i regionen och på mottagningen. Det kan till exempel ske genom utbildningsinsatser, information till medarbetare och studiebesök. Uppföljning och återkoppling på inrapporterade resultat på mottagningsnivå uppges också vara viktigt.

Sammanfattningsvis beskriver intervjupersonerna att det kan vara utmanande att fråga om våldsutsatthet och att det skiljer sig både mellan och inom regioner hur man gör om kvinnor inte kommer ensamma till mödrahälsovården. Liksom för AUDIT uppger intervjupersonerna att det kan vara värdefullt med kontinuerligt fokus på våldsutsatthet, där inrapporterade resultat följs upp på mottagningsnivå. Även arbetsbelastning och kontinuitet i personalen samt omständigheter kring inrapportering beskrivs som möjliga förklaringsfaktorer. Vi kan inte se något samband mellan enskilda förklaringsfaktorer som uppgivits och resultaten för respektive region.

2.2.3 Extra stödåtgärder för förlossningsrädsla

Att känna rädsla inför förlossningen kan påverka tillvaron och göra att graviditeten upplevs som negativ. Svår förlossningsrädsla innebär ökade risker för både mamman och barnet under förlossningsförloppet, samt ökad risk att uppleva förlossningen som traumatisk. Det är därför viktigt att få extra stöd av mödrahälsovården så tidigt som möjligt i graviditeten (SFOG 2017).

Förlossningsrädsla kan delas in i två grupper: primär och sekundär. Primär förlossningsrädsla förekommer inför den första förlossningen och kan ha olika bakomliggande orsaker medan en sekundär förlossningsrädsla uppstår efter tidigare negativa erfarenheter av en förlossning (SFOG 2008).

Rädslan kan graderas från lätt till fobisk. Förlossningsfobi medför att kvinnan på grund av extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning. Svår förlossningsrädsla medför psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret, eller leder till en önskan om kejsarsnitt. Måttlig förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande. Lätt förlossningsrädsla anses normalt och innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen. (SFOG 2017)

Det finns i dag ingen statlig styrning i form av riktlinjer eller kunskapsstöd för hur kvinnor med förlossningsrädsla bäst behandlas (SFOG och SBF 2015). Däremot finns det professionsbaserade kunskapsstöd



som tar upp förlossningsrädsla (SFOG 2008, SFOG 2017). Den nationella medicinska indikationen om kejsarsnitt på moderns önskan tar också upp omhändertagande av förlossningsrädda kvinnor (Socialstyrelsen m.fl. 2011a).

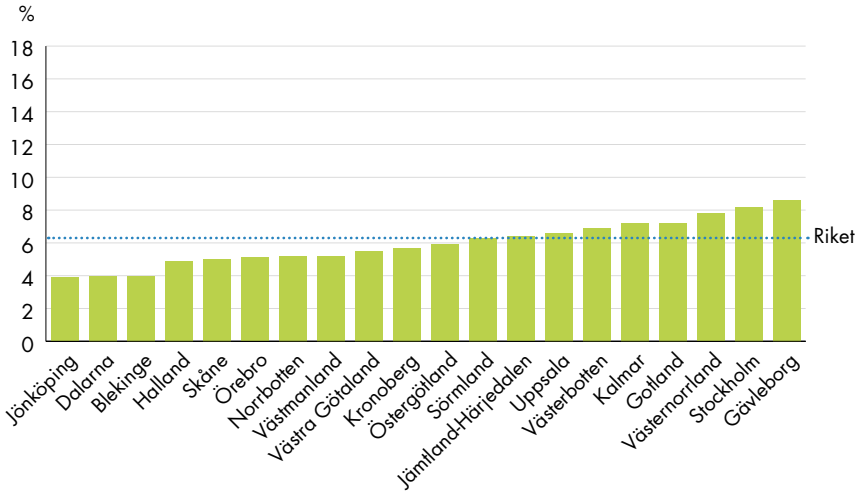
Lätt till måttlig rädsla bör enligt de professionsbaserade riktlinjerna och den nationella medicinska indikationen hanteras av mödrahälsovården genom exempelvis stödjande och förberedande samtal med barnmorska eller läkare, medan kvinnor med svår eller fobisk rädsla bör remitteras till en särskild enhet för extra stödåtgärder. (SFOG 2008, SFOG 2017, Socialstyrelsen m.fl. 2011a) Dessa enheter benämns i många delar av landet som Auroramottagningar. Stödåtgärderna bör fokusera på att ge den gravida kvinnan en så bra upplevelse som möjligt av graviditeten, stärka hennes tilltro till sig själv och förbereda henne inför förlossningen, för att öka möjligheterna till en positiv upplevelse oavsett förlossningssätt (SFOG 2017). I den nationella medicinska indikationen om kejsarsnitt på moderns önskan anges att mödrahälsovården bör bedöma graden av rädsla om kvinnan önskar kejsarsnitt, genom att samtala med kvinnan och lyssna på vad hon känner rädsla inför och eventuella tidigare upplevelser (Socialstyrelsen m.fl. 2011a).

Det finns inget nationellt målvärde för hur stor andel kvinnor som bör ta del av stödåtgärder för förlossningsrädsla. I det professionsbaserade kunskapsstödet för mödrahälsovård och sexuell och reproduktiv hälsa anges att en forskningsstudie visar att 14,6 procent av förstföderskor och 15,2 procent av omföderskor i Sverige har en uttalad förlossningsrädsla. Enligt en systematisk genomgång av studier i 18 länder är förekomsten svårbedömd på grund av skiftande definitioner men uppskattas till ungefär 14 procent. (SFOG 2017, SFOG 2008)

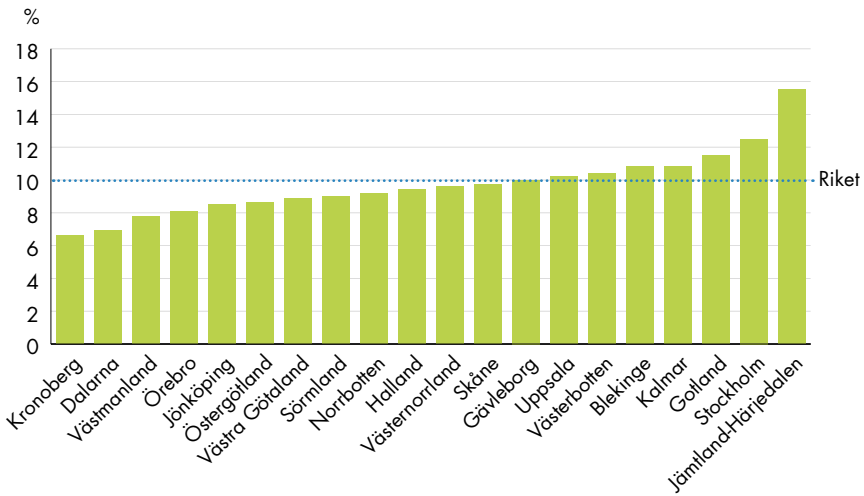
I figur 5 redovisas andelen av de kvinnor som födde barn år 2017 (uppdelat på först- och omföderskor) som under graviditeten tog del av extra stödåtgärder för förlossningsrädsla. Med extra stödåtgärder avses här samtalskontakt med psykolog eller barnmorska/läkare vid en Auroramottagning eller motsvarande verksamhet (Graviditetsregistret 2018). Andelen kvinnor som fick extra stödåtgärder för förlossningsrädsla varierade 2017 mellan landstingen från 4 till 9 procent bland förstföderskor, och från 7 till 16 procent bland omföderskor. Genomsnitt för riket var 6 procent för förstföderskor och 10 procent för omföderskor. Det är alltså vanligare att omföderskor tar del av extra stödåtgärder för förlossningsrädsla jämfört med förstföderskor.

Figur 5. Andel som fick extra stödåtgärder för förlösningsrädsla under graviditeten, förstföderskor respektive omföderskor, per landsting. Utfall för 38 125 förstföderskor och 53 017 omföderskor som födde barn år 2017.

Förstföderskor



Omföderskor



Källa: Graviditetsregistret.



Rutiner för att identifiera förlossningsrädsla kan ha betydelse

Intervjuerna ger en bild av att tillvägagångssättet för att identifiera förlossningsrädsla varierar mellan landstingen, men också att det finns variationer mellan barnmorskemottagningar inom samma region. Enligt de beskrivningar av arbetssätt som vi fått av intervjupersonerna varierar det i vilken utsträckning det är upp till kvinnan själv att ta upp och beskriva eventuell rädsla för sjukvården. Vår genomgång av ett urval rutiner och styrdokument visar att rutinerna är olika detaljerade för hur förlossningsrädsla kan identifieras. Några stannar vid att rädsla inför förlossningen ska identifieras i samtal med barnmorskan, medan andra beskriver specifika frågor som barnmorskan kan ställa och hur en fördjupad bedömning av rädslan kan göras när rädsla framkommer i samtalet med barnmorskan.

Intervjupersoner i flera landsting uppger att det finns planer på att börja använda instrumentet FOBS (Fear of birth scale) för att identifiera och bedöma förlossningsrädsla. Några intervjupersoner beskriver att det i regionen eller på en viss klinik finns en rutin att alla kvinnor som VAS-skattar lågt efter förlossningen kontaktas för samtal på barnmorskemottagningen eller Aurora. Det varierar däremot mellan landstingen vid vilken VAS-nivå som kontakt tas. Rutinen är en strategi för att förebygga sekundär förlossningsrädsla vid en kommande graviditet. Vi vet inte hur utbredd denna rutin är i landet.

Utöver uppfattningen att det finns grupper som i dag inte får stöd efter behov uttrycks också i intervjuerna en erfarenhet av att förlossningsrädsla generellt har blivit mer utbredd och att fler gravida kvinnor lider av psykisk ohälsa, som gör dem mer sårbara under graviditet och förlossning.

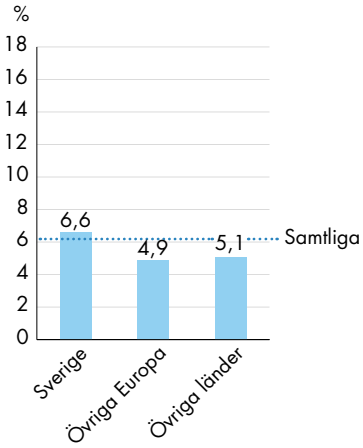
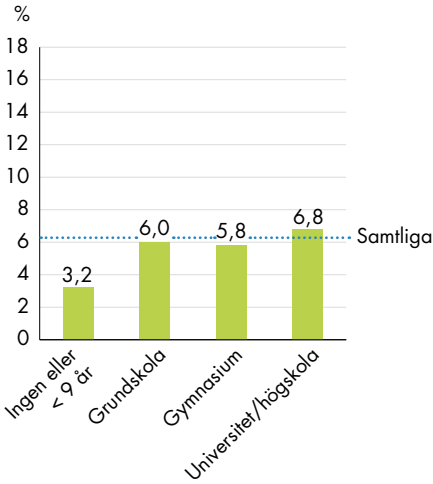
Olika grupper får extra stödåtgärder i olika utsträckning

Intervjupersoner i alla landsting som vi besökt uppger att de bedömer att en större andel kvinnor har behov av extra stödåtgärder än som får det i dag. Det handlar enligt intervjupersonerna i första hand om kvinnor från andra länder, lågutbildade och, av olika skäl, mindre resursstarka kvinnor som inte fångas upp i tillräckligt stor utsträckning. Intervjupersonerna uppger vidare att kvinnor med hög utbildningsnivå och en stark socioekonomisk ställning är mer benägna att uttrycka sin rädsla och aktivt be om stöd.

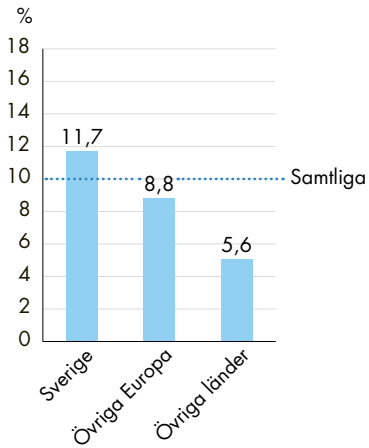
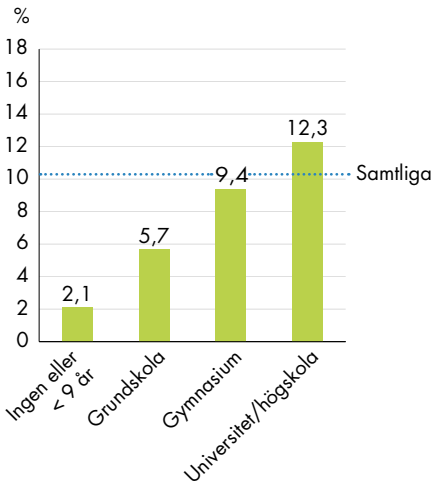
Figur 6 visar andelen förstföderskor och omföderskor som födde barn år 2017 och tog del av stödåtgärder under graviditeten, uppdelat på utbildningsnivå och födelse-land. Vi ser att det är vanligare att svenskfödda kvinnor och kvinnor med högre utbildning tar del av extra stödåtgärder jämfört med utrikes födda kvinnor och kvinnor med lägre utbildning.

Figur 6. Andel som fick extra stödåtgärder för förlossningsrädsla under graviditeten av förstföderskor och omföderskor som födde barn år 2017, efter utbildningsnivå och födelse land.

Förstföderskor



Omföderskor



Källa: Gravditetsregistret.

Kommentar: Utfallen per födelse land baseras på 53 206 omföderskor och 38 280 förstföderskor. Utfallen per utbildningsnivå baseras på 48 837 omföderskor och 36 125 förstföderskor. Konfidensintervallen visar att skillnaderna mellan grund- gymnasie- och högskoleutbildade förstföderskor kan vara slumpmässig men att skillnaderna mellan grupperna i övrigt med liten sannolikhet är slumpmässig.



Intervjupersonernas erfarenhet av att högutbildade tar del av stödåtgärder i större utsträckning än lågutbildade kan därmed bekräftas. Skillnaden är särskilt tydlig bland omfödorskorna. Av omfödorskorna med universitets- eller högskoleutbildning fick 12,3 procent stödåtgärder för förlossningsrädsla under graviditeten medan andelen av omfödorskorna med grundskoleutbildning som fick extra stödåtgärder var 5,7 procent. Observera att redovisningen är rent deskriptiv och inte tar hänsyn till om andra bakomliggande faktorer kan förklara skillnaderna mellan grupperna. Konfidensintervallen visar att skillnaden mellan förstfödorskorna med högskoleutbildning och utbildning kortare än nio år med liten sannolikhet beror på slump men att skillnaderna mellan grund-, gymnasie- och högskoleutbildade förstfödorskorna kan vara slumpmässig. I övrigt är konfidensintervallen små och överlappar inte mellan grupperna vilket tyder på att skillnaderna med liten sannolikhet förklaras av slump.

Skillnader i organisering och tillgång till samtalsmottagning kan vara en delförklaring till skillnaderna

När förlossningsrädsla har identifierats uppger intervjupersonerna att det varierar vad som hanteras inom mödrahälsovården och vad som remitteras till en Auroramottagning eller motsvarande, både mellan landsting men också inom landstingen. Flera intervjupersoner efterfrågar en större tydlighet och några menar att barnmorskor på barnmorskemottagningar genom utbildning skulle kunna hantera även svårare rädsla. Eftersom indikatorn avser kvinnor som remitterats till en Auroramottagning eller motsvarande kan olika rutiner för vad som hanteras på barnmorskemottagningen respektive remitteras till en Auroramottagning påverka utfallet vad gäller andelen kvinnor som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla.

Vad som hanteras internt på barnmorskemottagningen och vad som remitteras vidare kan också påverkas av tillgången till Auroramottagningar. På vissa kliniker uppges trycket på Aurorasamtal vara hårt med långa väntetider som följd. Det förekommer också att Auroramottagningar stänger över sommaren, vilket får till följd att inga eller väldigt få kvinnor (de mest allvarliga fallen uppges kunna tas om hand) får extra stödåtgärder under sommarmånaderna. Intervjupersonerna uppger vidare att det ser olika ut om Auroraverksamheten har en egen budget eller om verksamheten finansieras och genomförs med förlossningsklinikens gemensamma resurser. Auroramottagningarna uppges vara olika uppbyggda i landstingen, men intervjupersonerna beskriver också skillnader mellan kliniker inom samma region.

Sammanfattningsvis tycks rutiner för att identifiera och gradera förlossningsrädsla variera mellan och inom regioner, både i skrivna rutiner och i praktiken. Hur stor andel som remitteras till en Auroramottagning uppges också kunna påverkas av organisatoriska förutsättningar och tillgången till samtalsmottagning. Flera intervjupersoner menar att förlossningsrädsla har blivit mer utbredd och att allt fler kvinnor har behov av psykosocialt stöd inför förlossningen. Intervjupersoner uppfattar vidare att mödrahälsovården inte fångar upp alla kvinnor i behov av extra stöd. Vi kan se att högutbildade och svenskfödda tar del av stödåtgärder i högre utsträckning än andra grupper, men djupare analyser behövs för att avgöra i vilken utsträckning det kan förklara regionala skillnader.

2.2.4 Kejsarsnitt på moderns önskan

En vaginal förlossning anses i de flesta fall bättre för kvinnan och barnet på kort och lång sikt. Komplikationer som kan uppträda efter kejsarsnitt är både fler och ofta allvarigare än komplikationer efter vaginal förlossning. Risken för komplikationer ökar vid upprepade kejsarsnitt (Socialstyrelsen m.fl. 2011a; Socialstyrelsen 2018a).

Kejsarsnitt kan delas upp i planerade (elektiva) och akuta. De allra flesta planerade kejsarsnitt utförs av medicinska skäl, men en mindre del genomförs på moderns önskan. Vi fokuserar i det här avsnittet på kejsarsnitt som sker på moderns önskan.

En betydande del av de kejsarsnitten har föregåtts av olika typer av stödåtgärder för förlossningsrädsla. Om det trots stödåtgärder finns skäl till att kvinnan inte ska föda vaginalt fattas ibland beslut om ett planerat kejsarsnitt. Även vissa akuta kejsarsnitt genomförs på moderns önskan till följd av att en del kliniker tillämpar ett arbetssätt som går ut på att förlossningsrädda kvinnor gör ett försök med en vaginal förlossning men erbjuds att avbryta med ett akut kejsarsnitt under vissa villkor – detta arbetssätt benämns ibland förlossningskontrakt.

Enligt den svenska lagstiftningen ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen). Kejsarsnitt är alltså inget en kvinna väljer själv. Den nationella medicinska indikationen för kejsarsnitt på moderns önskan framhåller att en viktig fråga i sammanhanget är hur stor hänsyn vården av etiska skäl ska ta till kvinnans önskan i förhållande till medicinska risker på kort och lång sikt. Det finns också annat att ta hänsyn till: det ofödda barnet, kvinnans partner, vårdpersonalen och samhället i stort (Socialstyrelsen m.fl. 2011a). SFOG



skriver i det professionsbaserade kunskapsstödet om kejsarsnitt att flera etiska principer behöver beaktas när en kvinna önskar ett kejsarsnitt som inte är medicinskt motiverat: autonomiprincipen (rätten att bestämma över sig själv och, i någon mån, över sina barn), nyttoprincipen (att göra gott och att inte skada), rättvisepincipen (alla människors rätt till lika behandling och bemötande) och i andra hand också kostnadseffektivitetsprincipen (SFOG 2010).

I den nationella medicinska indikationen för kejsarsnitt på moderns önskan anges att individuella bedömningar behövs. Några faktorer som kan ligga till grund för planerat kejsarsnitt uppges till exempel vara uttalad svår förlossningsrädsla, tidigare övergrepp, psykisk sjukdom eller tidigare dött eller skadat barn relaterat till graviditet eller förlossning. Även om en förlossningsrädd kvinna inte öppet uttrycker önskemål om kejsarsnitt anges i den nationella indikationen att det kan det krävas tidigt insatta åtgärder för att uppmuntra till vaginal förlossning. Klinisk erfarenhet visar att obehandlad förlossningsrädsla kan öka i svårighetsgrad och leda till en önskan om kejsarsnitt i graviditetens senare skede (Socialstyrelsen m.fl. 2011a).

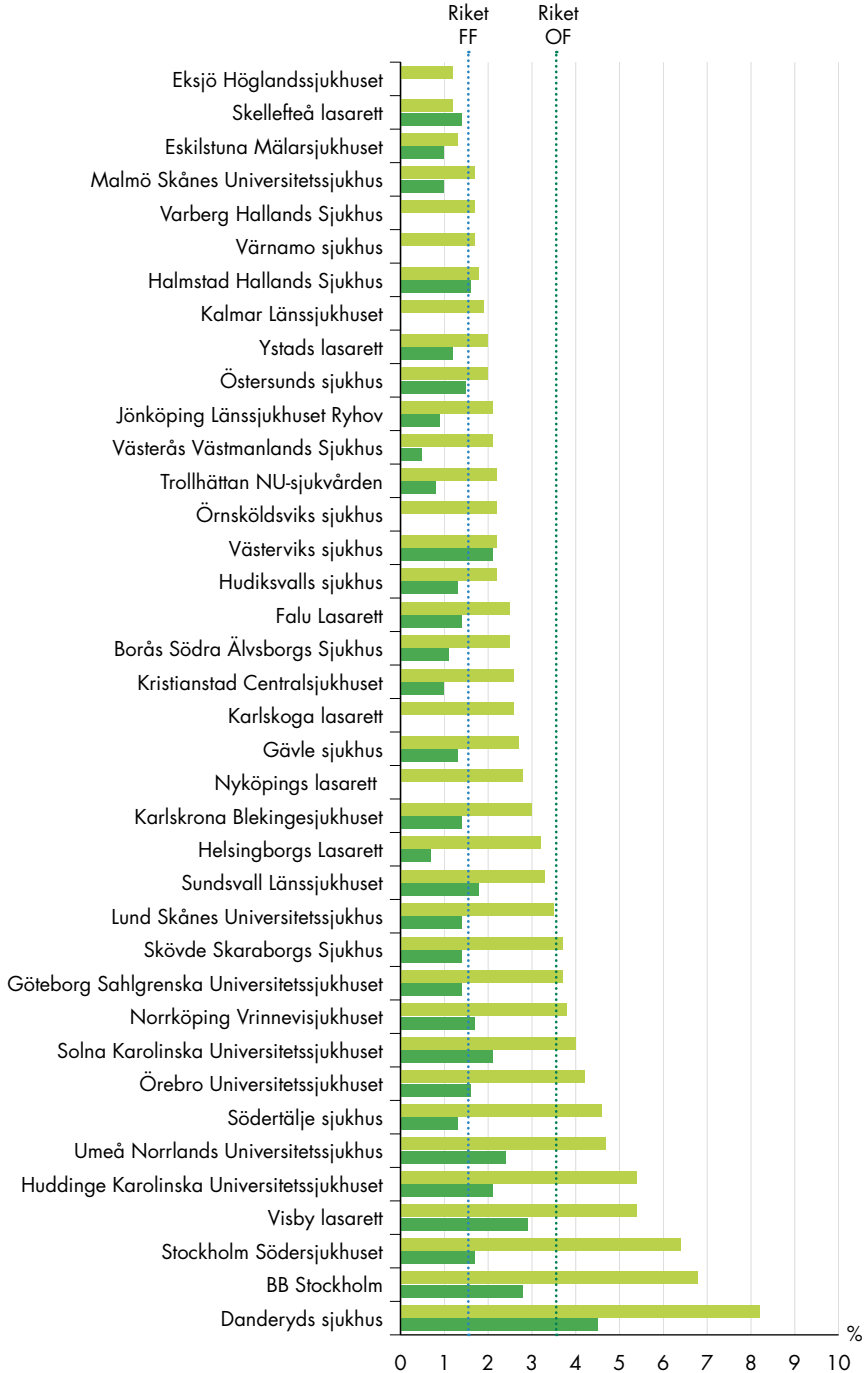
I den nationella medicinska indikationen listas vidare ett antal förutsättningar som bör vara uppfyllda för att en kvinnas önskemål om kejsarsnitt ska tillmötesgå. Det handlar dels om patientrelaterade förutsättningar, dels om vårdprocessrelaterade förutsättningar och dels om vårdgivarrelaterade förutsättningar. Som exempel kan nämnas att både muntlig och skriftlig information om konsekvenser av kejsarsnitt har getts kvinnan, liksom lämpliga stödjande samtal eller insatser. En vårdgivarrelaterad förutsättning är att varje klinik bör upprätta en handlingsplan för hur önskemål om kejsarsnitt ska handläggas vid olika skäl och risknivåer. Handlingsplanen ska utformas utifrån den vårdtradition som finns lokalt och syftar till enhetlighet inom kliniken (Socialstyrelsen m.fl. 2011a).

Kejsarsnittsfrekvensen varierar mellan kliniker

Det finns ingen indikator som ensamt fångar de kejsarsnitt som genomförs på moderns önskan, eftersom de kan journalföras både som planerade kejsarsnitt på psykosocial indikation eller som akuta kejsarsnitt (på de kliniker som tillämpar förlossningskontrakt och kvinnan väljer att avbryta den vaginala förlossningen för kejsarsnitt). Vi redovisar därför några olika mått på regionala variationer i kejsarsnitt.

I figur 7 redovisas andelen planerade kejsarsnitt på psykosocial indikation uppdelat på först- och omfödernor samt förlossningsklinik. Planerade

Figur 7. Planerade kejsarsnitt på psykosocial indikation. Andel av samtliga förlossningar uppdelat på förstföderskor och omföderskor, per klinik, 2017. Utfall för 41 487 förstföderskor och 57 546 omföderskor.



Källa: Graviditetsregistret.

Kommentar: Kliniker med färre än fem planerade kejsarsnitt på psykosocial indikation i respektive grupp har exkluderats. Resultaten som redovisas är inte justerade för skillnader i patientsammansättning.



kejsarsnitt på psykosocial indikation utgör en liten del av alla förlossningar: 2017 utgjorde de 1,6 procent av alla förlossningar bland förstföderskor med en variation på 0,5–4,5 procent mellan olika kliniker och 3,6 procent av alla förlossningar bland omföderskor med en variation mellan klinikerna på 1,8–8,2 procent. Totalt handlar det om drygt 2 700 kejsarsnitt år 2017. Konfidensintervallen är generellt sett små eftersom antalet observationer är många. Små skillnader mellan enskilda kliniker kan dock vara slumpmässiga, vilket bör beaktas i tolkning av resultaten.

Ett annat sätt att studera om det finns regionala skillnader i andelen kejsarsnitt på moderns önskan kan vara att analysera hur stor del av de kvinnor som under graviditet fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla som senare genomgår ett kejsarsnitt. Detta eftersom kvinnor som önskar kejsarsnitt utan att det finns medicinska skäl ofta får extra stödåtgärder för förlossningsrädsla. Av alla kvinnor som födde barn år 2017 och fick stödåtgärder för förlossningsrädsla under graviditeten visar data från Graviditetsregistret att 41 procent senare förlöstes med kejsarsnitt (planerat eller akut). Kejsarsnittsfrekvensen är med andra ord väsentligt högre bland kvinnor som fått stödåtgärder för förlossningsrädsla än i andra grupper. Det finns en regional variation i kejsarsnittsfrekvens även för denna grupp men eftersom antalet observationer i många landsting är få så går det inte att utesluta att skillnaderna det enskilda året beror på slump.

Även andra indikatorer som för olika urvalsgrupper mäter kejsarsnittsfrekvensen visar på stora skillnader mellan kliniker. I Sverige låg den generella kejsarsnittsfrekvensen (planerade och akuta kejsarsnitt, alla indikationer, alla förlossningar) kring 17 procent 2017 med en variation mellan kliniker på 7–23 procent. Andelen kejsarsnitt i grupperna Robson 1 och 2 varierade från 7 till 20 procent mellan kliniker år 2017 med ett genomsnitt på 14 procent. I Robsongrupp 1 och 2 ingår förstföderskor med enkelbörd, barnet i huvudbjudning, fullgången graviditet (37 fullgångna graviditetsveckor), spontan förlossningsstart (Robson 1), induktion (Robson 2b) och planerat kejsarsnitt (Robson 2c).

Sammantaget finns alltså variation i riket vad gäller generell kejsarsnittsfrekvens i olika grupper och andelen planerade kejsarsnitt som utförs på psykosocial indikation. Kejsarsnittsfrekvensen bland kvinnor som under graviditeten tagit del av stödåtgärder för förlossningsrädsla är väsentligt högre än i andra grupper.

Olika rutiner, praxis och patientpreferenser uppges ha betydelse för skillnaderna

Uppgifterna som redovisats ovan speglar att det finns olika regionala variationer i kejsarsnitt. I intervjuerna har vi fokuserat på kejsarsnitt på moderns önskan generellt och på kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla.

Intervjuerna ger bilden av att rutiner och praxis varierar mellan landsting och kliniker när det gäller kejsarsnitt på moderns önskan. Alla intervjupersoner uppger att ambitionen är att hålla nere andelen kejsarsnitt där medicinsk indikation saknas, men ger också en samstämmig bild av att det varierar mellan och ibland också inom kliniker hur bedömningar görs och hur stort utrymme som lämnas för kvinnans önskemål i beslutet. Det har uttryckts som att vissa kliniker och vissa läkare är ”restriktiva” medan andra är ”liberala” eller ”frikostiga” med kejsarsnitt. Det uppges också variera mellan kliniker om beslut om kejsarsnitt på moderns önskan fattas av en enskild läkare eller om konsultation sker med andra läkare och besluten fattas i team.

En rutin som förekommer på vissa kliniker, för kvinnor som efter extra stödåtgärder för förlossningsrädsla fortsatt önskar ett planerat kejsarsnitt, är så kallade förlossningskontrakt. Förlossningskontrakt kan till exempel innebära att kvinnan och vården kommer överens om att förlossningen inleds som en vaginal förlossning, men att kvinnan har rätt att under vissa förutsättningar avsluta förlossningen med ett kejsarsnitt utan att det finns någon medicinsk indikation. Men enligt intervjupersoner varierar det mellan kliniker som använder förlossningskontrakt i vilken utsträckning kvinnor förlöses med planerat kejsarsnitt.

Intervjupersoner berättar att det förs diskussioner om kejsarsnitt på moderns önskan på respektive klinik, och att det ibland kan vara utmanande att balansera de medicinska riskerna med kejsarsnitt och patienternas önskan och delaktighet i vården.

Några intervjupersoner menar att efterfrågan på kejsarsnitt kan variera över landet. Skillnader i andelen som genomgår kejsarsnitt skulle i så fall delvis kunna förklaras av att kvinnor önskar kejsarsnitt i olika stor utsträckning, men vi saknar underlag för att bedöma om kvinnors preferenser om kejsarsnitt varierar i olika delar av landet. Att variationen skulle kunna förklaras av regionalt varierande preferenser förutsätter att det är kvinnornas önskan som styr valet av förlossningssätt. Våra intervjuer tyder på att patienternas inflytande över beslut om kejsarsnitt varierar mellan kliniker.



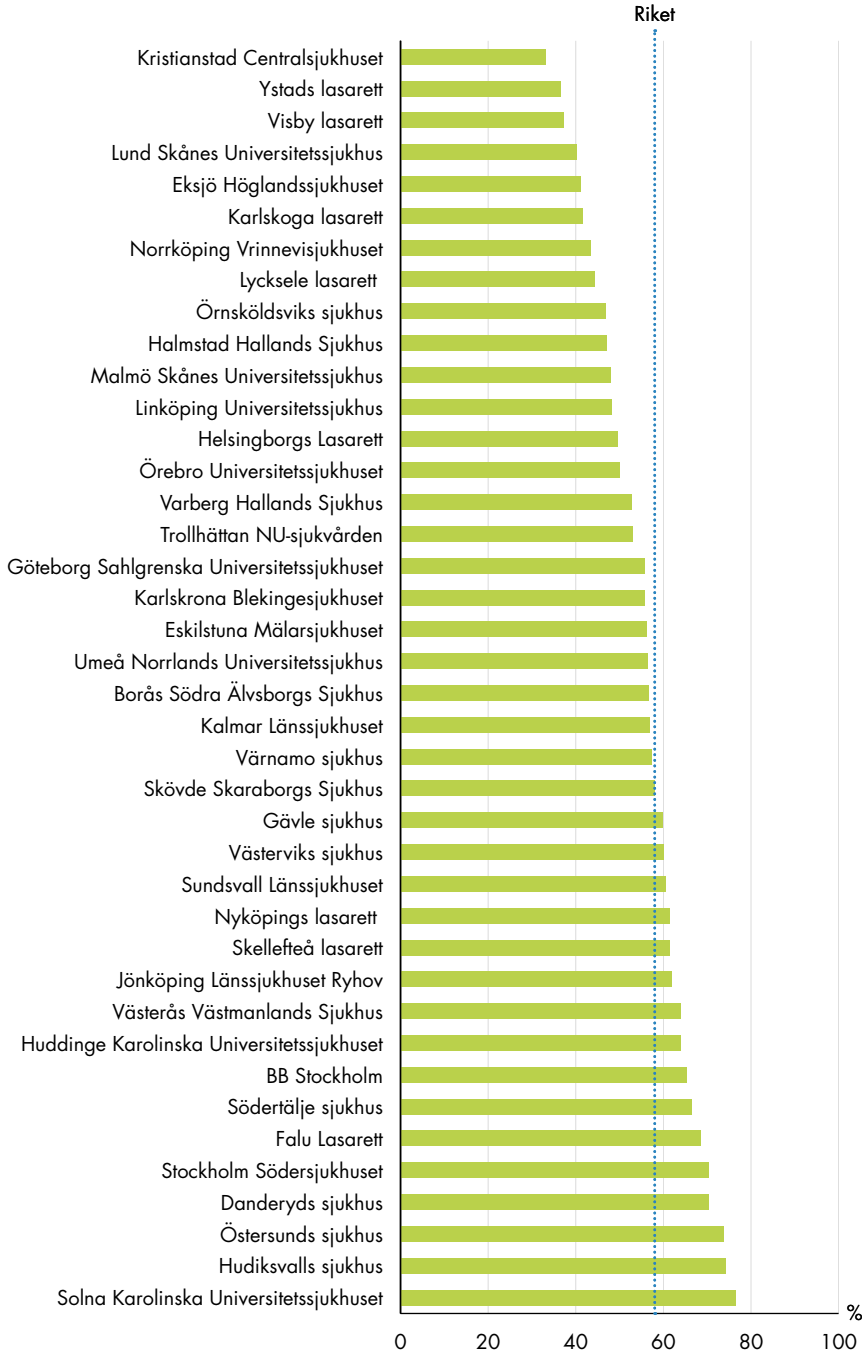
Sammanfattningsvis uppger intervjupersonerna att det är lokala rutiner och praxis som har störst betydelse för andelen kvinnor som genomgår kejsarsnitt på moderns önskan, men också att varierande preferenser i patientgruppen kan förklara en del av skillnaderna. Vad vi kunnat erfara varierar det över landet i vilken utsträckning det finns lokala riktlinjer i form av handlingsplaner eller riktlinjer för kejsarsnitt på moderns önskan på klinikerna. Några kliniker har detaljerade styrdokument för vad som gäller när en kvinna önskar ett kejsarsnitt och under vilka villkor ett planerat kejsarsnitt eller förlossningskontrakt kan motiveras, medan andra hänvisar till praxis på kliniken och individuella bedömningar.

2.2.5 Epiduralbedövning (EDA) under förlossning

Det finns olika typer av smärtlindring att använda under förlossning: icke-farmakologisk smärtlindring, som sterila kvaddlar och akupunktur, och farmakologisk smärtlindring i form av exempelvis ryggbedövning, lustgas eller paracervikalblockad (PCB). Den icke-farmakologiska smärtlindringen används ofta i kombination med farmakologiska metoder (Socialstyrelsen 2015). Ryggbedövning läggs av narkosläkare och är ett gemensamt namn på epiduralbedövning (EDA), spinalbedövning (intraduralbedövning) och kombinerad spinal- och epiduralbedövning (CSE) (SFAI 2019). I Sverige är ryggbedövning med epiduralblockad (EDA) den mest använda läkemedelsbaserade metoden vid lindring av smärta under vaginal förlossning (Socialstyrelsen 2016a).

För ökad jämförbarhet mellan kliniker redovisar vi andelen kvinnor som fick epiduralbedövning för förstföderskor med fullgången graviditet (37 fullgångna graviditetsveckor), enkelbörd, barnet i huvudbjudning, spontan eller inducerad (igångsatt) förlossning. Andelen som år 2017 fick epiduralbedövning i den gruppen varierade från 33 procent till 77 procent mellan olika kliniker, med ett genomsnitt på 58 procent (figur 8). Det finns inget nationellt målvärde för hur stor del av de födande kvinnorna som bör få epiduralbedövning under förlossning. Precis som för andra indikatorer i rapporten gäller att små skillnader mellan kliniker med större sannolikhet förklaras av slump och att utfall för kliniker med färre observationer är känsligare för slumpens påverkan, vilket bör beaktas vid jämförelser av enskilda klinikers resultat. Spridningen i riket är däremot med mycket liten sannolikhet ett utfall av slumpen.

Figur 8. Andel som fått epiduralbedövning (EDA) under förlossning av fullgångna förstföderskor (37 fullgångna veckor) med enkelbörd, barnet i huvudbjudning och spontan eller inducerad förlossningsstart som födde barn år 2017 (utfall för totalt 35 197 kvinnor), per klinik.



Källa: Graviditetsregistret.



Kvinnans önskemål om smärtlindring är styrande enligt intervjuerna

Det finns en samstämmighet bland intervjupersonerna i de fem landstingen att alla kvinnor som önskar epiduralbedövning under förlossningen, utom i undantagsfall, får det. Patienternas preferenser och önskemål, och en individuell bedömning, beskrivs som det styrande för valet av smärtlindring. Intervjupersoner uppger att patienternas önskemål om smärtlindring kan variera geografiskt av flera olika skäl.

Samtidigt menar intervjupersoner att kvinnors preferenser sannolikt inte varierar så mycket mellan olika delar av landet att det kan förklara hela variationen. Förklaringar som framförs är i stället att variationen skulle ha med information, personalens inställning, arbetssätt, handläggning och tillgång till anestesiläkare att göra. Information, personalens inställning och arbetssätt kan i sin tur påverka kvinnors preferenser.

Kvinnors önskemål om smärtlindring kan till exempel påverkas av den information kvinnan får från mödrahjälsvården under graviditeten. Valet av smärtlindring kan också enligt intervjupersonerna påverkas av barnmorskans agerande under förlossningen. Hur barnmorskan samtalar med kvinnan och ger stöd uppges ha betydelse, liksom möjligheten till kontinuerlig närvaro på rummet under förlossningen. Intervjupersoner menar vidare att det kan finnas olika kultur och synsätt på klinikerna kring användningen av ryggbedövning.

Tillgång till narkosläkare skulle kunna ha betydelse för skillnaderna. I de fem landsting vi besökt uppges tillgången till narkosläkare vara god och inte avgörande för andelen kvinnor som får ryggbedövning. Däremot beskriver intervjupersoner olika inställning till ryggbedövning bland anestesiläkare, där vissa förespråkar ryggbedövning medan andra är mer restriktiva.

Sammanfattningsvis uppger intervjupersonerna att kvinnors önskemål om smärtlindring är avgörande för om ryggbedövning används. Samtidigt menar intervjupersonerna att även om det kan finnas regional variation i önskemål om smärtlindring är det osannolikt att kvinnor skulle önska ryggbedövning i så olika utsträckning. Personalens inställning och arbetssätt anses ha betydelse, och det framförs också att personalens inställning till olika former av smärtlindring indirekt kan påverka kvinnornas önskemål om smärtlindring.

2.2.6 Oxytocinstimulering under förlossning

Oxytocin är ett värkstimulerande läkemedel som kan användas när en förlossning går långsammare än väntat eller om kvinnan drabbas av

värksvaghet under pågående förlossning. Värkstimulering sätts då in för att stärka värkarbetet. Men användningen är inte helt riskfri.

Den främsta risken med oxytocin är att värkarna blir för täta och starka och att barnet drabbas av syrebrist som följd (Socialstyrelsen m.fl. 2011b). Professionella kunskapsstöd lyfter fram att oxytocin ofta är inblandat i förlossningar med dåliga utfall och understryker att det är ett potent läkemedel som bör användas med stor försiktighet (SFOG 2010).

Praxis för hur och när oxytocin ska användas under förlossningsförloppet har varierat över tid, och det råder inte full enighet varken nationellt eller internationellt om hur värksvaghet ska definieras, när oxytocin ska användas och i vilken dos det ska ges. Mot bakgrund av detta föreslog professionsföreträdare att en nationell medicinsk indikation skulle tas fram i Sverige, och 2011 publicerades den nationella medicinska indikationen för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning (Socialstyrelsen m.fl. 2011b).

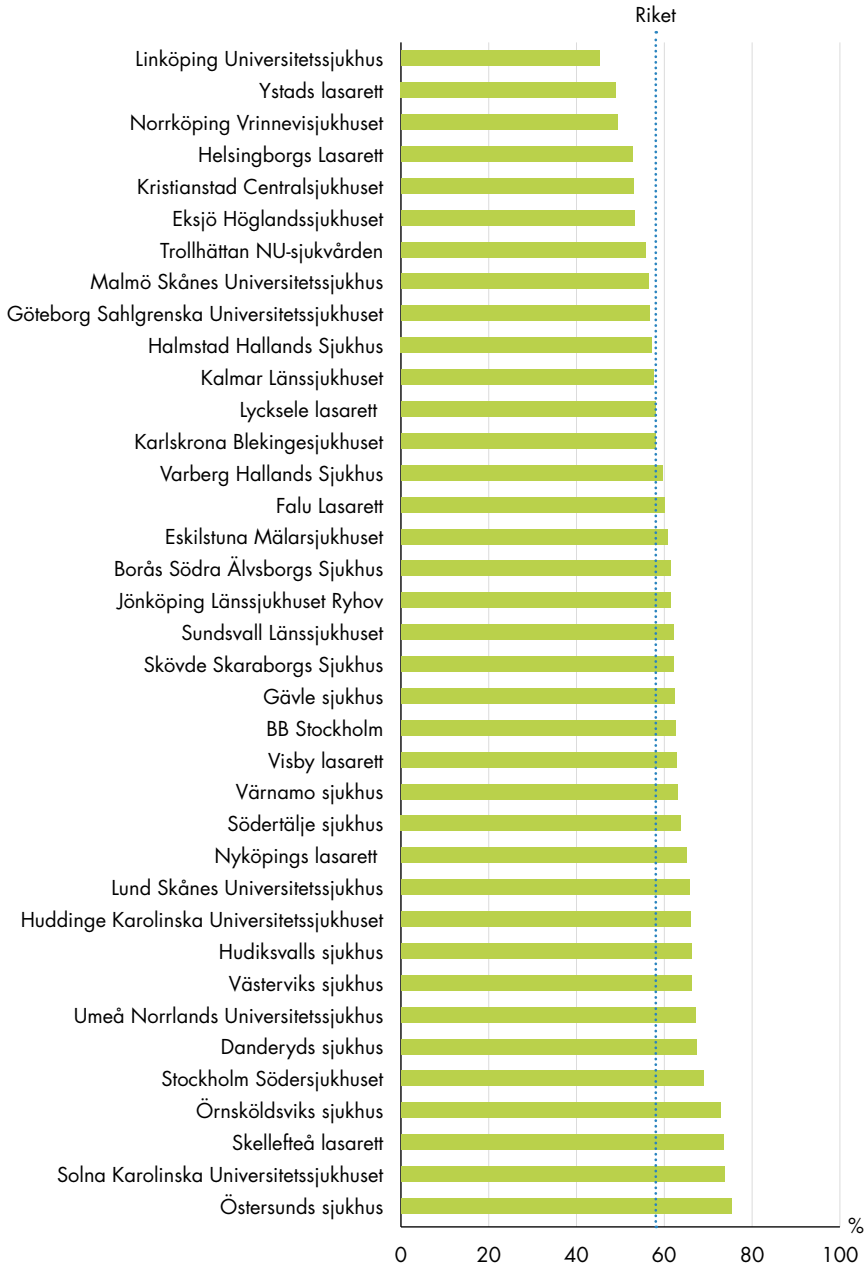
I den systematiska kunskapsöversikt som ligger till grund för indikationen framkommer att det finns risker både med att ge oxytocin och att avstå från det. Vissa medicinska omständigheter ska därför vara uppfyllda för att oxytocin ska anses aktuellt att sätta in i det specifika fallet, till exempel att antalet sammandragningar inte överstiger 5/10 minuter och att det skett en viss fördröjning av förlossningens progress. Andra förutsättningar är att förlossningen och fostret övervakas, att vattenavgång har skett (spontan eller genom att man tagit håll på fosterhinnan) och att kvinnan har blivit informerad om effekterna av olika lång avvaktan. Det är vanligare att förstföderskor drabbas av värksvaghet, men indikationen gäller även för omföderskor. Indikationen anger inga målnivåer för doseringsmängden under aktiv förlossning, men anger att lågdosregim är praxis i Sverige (Socialstyrelsen m.fl. 2011b).

Det finns inget nationellt målvärde för oxytocinstimulering under förlossning, och det går därför inte att bedöma vad som är en önskvärd nivå av oxytocinanvändning.

I figur 9 redovisas andelen som fått oxytocinstimulering under förlossning i gruppen förstföderskor med fullgången graviditet (37 fullgångna graviditetsveckor), enkelbörd, barnet i huvudbjudning, spontan eller inducerad (igångsatt) förlossning. Andelen varierade år 2017 enligt Graviditetsregistrets data från 21 procent till 75 procent, med ett genomsnitt på 58 procent. För de kliniker med lägst andel oxytocinstimulering har resultaten visat sig vara felaktiga, och dessa har därmed uteslutits ur figuren. När vi bortser från dessa varierar andelen från 45 till 75 procent.



Figur 9. Andel som fått oxytocinstimulering under förlossning av fullgångna förstföderskor (37 fullgångna veckor) med enkelbörd, barnet i huvudbjudning och spontan eller inducerad förlossningsstart som födde barn år 2017 (totalt 35 197 kvinnor), per klinik.



Källa: Graviditetsregistret. Kommentar: Örebro universitetssjukhus och Karlskoga lasarett har uteslutits ur figuren på grund av att data för 2017 påpekats vara felaktig av tekniska skäl.

Lokala vårdtraditioner har stor betydelse för användningen av oxytocin enligt intervjuerna

Intervjupersoner framhåller att bruket av värkstimulerande medel behöver analyseras i relation till resultaten för mamma och barn, och att det inte finns en viss nivå som är ”den rätta”. Samtidigt anser alla intervjupersoner att skillnaderna mellan landstingen i oxytocinstimulering är anmärkningsvärda med tanke på det förhållandevis jämförbara urvalet av kvinnor. Med något undantag anser intervjupersonerna att man borde kunna använda mindre oxytocin än vad man gör i dag under normala förlossningar. Flera uppger att man har blivit mer restriktiva under senare år och några har i arbetsgrupper eller motsvarande sett över sin användning av oxytocin.

Av intervjuerna framträder en bild av att andelen kvinnor som får oxytocinstimulering under förlossningen i huvudsak hänger samman med den enskilda klinikens praxis, ibland beskrivet som ”vårdtradition”. Till exempel uppges i intervjuer att det finns olika skolor, eller traditioner, som skiljer sig åt i hur aktivt förhållningssätt man tillämpar vid förlossningarna, det vill säga hur aktivt förlossningarna drivs framåt i syfte att undvika långdragna förlopp. Ett mer aktivt förhållningssätt uppges leda till högre oxytocinanvändning.

En kliniks inriktning, praxis eller vårdtradition, kan enligt intervjuerna återspeglas i klinikens riktlinjer och rutiner för handläggning av normal förlossning. I flera intervjuer uppges däremot att det oftast är något som ”sitter i väggarna”. Utöver den medvetna inriktningen i klinikens sätt att bedöma och arbeta med värksvaghet uppges andelen oxytocinstimulering också kunna påverkas av inarbetad praxis som kan medföra att dropp ibland sätts på rutin i vissa situationer, till exempel under utdrivningsskedet.

En annan faktor som uppges påverka behovet av oxytocinstimulering är användningen av ryggbedövning, som upplevs kunna medföra värksvaghet. Intervjupersonerna har däremot olika uppfattning om i vilken utsträckning det finns ett sådant samband.

Intervjupersonerna uppger också att det kan finnas förväntningar från både kvinnan, partnern och vården att en förlossning ska fortskrida i ett visst tempo. Det kan enligt vissa göra att tålmodet med naturliga pauser i värkarbetet är litet vilket medför en viss press att skynda på förloppet. Även stress och arbetsbelastning på sjukhusen uppges kunna leda till mer oxytocinstimulering, eftersom det kan minska utrymmet för längre förlossningar.



Olika rutiner för värkstimulering med oxytocin

Vi har studerat styrdokument för av relevans för oxytocinstimulering, till exempel rutiner vid värksvaghet och riktlinjer för handläggning av normal förlossning, för fem av de förlossningskliniker vi genomfört intervjuer på. Det varierar vad som tas upp i de olika riktlinjerna och hur omfattande de är. Utöver olikheter i form, innehåll och omfattning beskrivs likartade rutiner för att definiera värksvaghet i dokumenten, men det finns olikheter i de kriterier som tillämpas för när förlossningen bedöms vara i aktiv fas. Bedömning av när den aktiva fasen har påbörjats kan enligt intervjuerna ha betydelse för bedömningen av värksvaghet, eftersom den bedömningen baseras på att en viss utveckling under den aktiva fasen. Av rutinerna vi studerat framgår också olikheter om i vilka fall läkarordination krävs och i vilken utsträckning och under vilka omständigheter barnmorskor får starta oxytocinstimulering utan läkarordination. Vilken effekt de olikheter vi ser i rutinerna har på andelen av kvinnorna som stimuleras med oxytocin kan vi inte avgöra utifrån genomgången.

Sammanfattningsvis ger intervjuerna bilden av att inriktningen på klinikens arbetssätt, praxis och vårdtradition har stor betydelse för att förklara skillnader mellan kliniker i fråga om oxytocinstimulering. Även förväntningar från patienter och personal samt arbetsbelastning på klinikerna uppges kunna ha betydelse. En hög användning av ryggbedövning kan leda till en högre oxytocinanvändning enligt vissa, men här går åsikterna om sambandet isär. Vi ser att det finns vissa skillnader i lokala rutiner och riktlinjer av relevans för oxytocinstimulering, men kan inte avgöra vilken betydelse dessa skillnader har för respektive kliniks utfall.

2.2.7 Allvarliga bristningar vid förlossning

Vid vaginala förlossningar kan kvinnan drabbas av bristningar. De flesta kvinnor får någon form av bristning under förlossningen, men de kan vara av olika allvarlighetsgrad. Den vanligaste formen är bristningar av grad I, som är ytliga och läker relativt snabbt av sig själva. Bristningar av grad II går djupare in i vävnaden och behöver ofta sys för att läka bra. Allvarligare bristningar av grad III omfattar både muskler i bäckenbotten och ändtarmens slutmuskel, medan bristningar av den allvarligaste graden IV även innefattar ändtarmens slemhinna, en så kallad totalruptur (SBU 2016a). Det är framför allt allvarliga, oupptäckta eller obehandlade bristningar som kan medföra svåra problem under lång tid i form av exempelvis nedsatt välbefinnande såväl psykologiskt som emotionellt, inkontinensbesvär, sexuell dysfunktion

och en stark oro inför framtida förlossningar. Vissa komplikationer kan också bli bestående som till exempel underlivssmärtor och avföringsinkontinens (SBU 2016a). Det kan ta lång tid innan de bestående besvären framträder och många kvinnor lever med problemen i det dolda (SFOG 2001).

Instrumentell förlossning, det vill säga förlossning med sugklocka eller tång, ökar risken för allvarigare bristningar. Förstföderskor löper också högre risk att drabbas jämfört med kvinnor som fött ett eller flera barn tidigare. Olika faktorer som längd, vikt, ålder, utbildningsnivå och födelseland har också betydelse (Socialstyrelsen 2018d). Även värkstimulerande medel, förlossningsställning och att framskynda en förlossning är kopplat till ökad risk för allvarliga bristningar (SFOG och SBF 2019). För närvarande pågår en randomiserad kontrollerad studie av snedklipp jämfört med inget klipp vid förlossning med sugklocka hos förstföderskor. Syftet är bland annat att undersöka om rutinemässigt snedklipp minskar andelen förstföderskor som får en sfinkterskada vid förlossning med sugklocka (Karolinska Institutet 2019).

Det råder samsyn bland professionerna att den sista delen av utdrivningsskedet ska vara långsam och kontrollerad för att förebygga en allvarlig bristning, men däremot går åsikterna isär om hur det ska gå till och vad som är viktigast i förloppet (SFOG och SBF 2019). Det bör däremot alltid göras en riskbedömning för bristningar under förlossningen, och det finns i dag flera riktlinjer och rekommendationer för hur man bör gå tillväga (se SFOG och SBF 2019). Efter förlossningen bör kvinnan också informeras om att en diagnosticerande undersökning görs för att upptäcka, dokumentera och åtgärda eventuella bristningar.

Även om en förlossning handläggs helt korrekt och det saknas riskfaktorer, kan kvinnor trots allt drabbas av allvarigare bristningar. Elasticiteten i vävnaden varierar mellan individer och det är sannolikt att en del kvinnor lättare drabbas av bristningar än andra. Mot bakgrund av detta bedöms det osannolikt att det går att förebygga alla allvarliga bristningar vid förlossning, men att det är viktigt att skadorna upptäcks i tid och behandlas på rätt sätt för att förebygga besvär och bestående men (SBU 2016a och 2016b).

Sverige har under längre tid haft en högre förekomst av bristningar än andra nordiska länder (Institutet för hälsa och välfärd 2018). Detta har uppmärksammats mycket under senare år, bland annat i samband med regeringens satsning på förlossningsvården och kvinnors hälsa, men även innan satsningen startade. Det pågår arbete runt om i landet för att minska förekomsten av allvarliga bristningar och för att förbättra diagnostisering, behandling och uppföljning. Det har under de senaste åren också skett



förbättringar av andelen kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar, men skillnader kvarstår mellan landsting och kliniker (se närmare i kapitel 4). För bristningar av grad III–IV har Graviditetsregistret satt upp målvärden på 1,9 procent för icke instrumentella förlossningar och 8,7 procent för instrumentella vaginala förlossningar. Figur 10 visar andelen kvinnor som drabbades av en allvarlig bristning vid icke-instrumentella respektive instrumentella förlossningar år 2017, först- och omföderskor sammanslaget per region.

Allvarliga bristningar är vanligast bland förstföderskor. Figur 11 visar utfallen för förstföderskor vid icke-instrumentell förlossning per klinik år 2017. Andelen varierade från 1,1 till 7,8 procent med ett genomsnitt på 4,3 procent.

Arbetsätt under förlossningen uppges som viktigast för andelen bristningar

Intervjuerna ger en samstämmig bild av att konkreta metoder och arbetsätt för att förebygga bristningar är avgörande för resultaten. Vi har inte någon fullständig bild av de metoder och tekniker som används under förlossningen för att förebygga bristningar, men intervjupersonerna beskriver likartade sätt på de sjukhus vi besökt. Det handlar bland annat om tekniker för perinealskydd, närvaro av två barnmorskor under utdrivningsskedet, vikten av kommunikation och särskilda rutiner, som att man gör en time-out inför sugklocka. Även andra faktorer är enligt intervjupersonerna betydelsefulla, till exempel användning av klipp. Där pågår som beskrivits tidigare en vetenskaplig studie för att öka kunskapen om betydelsen av klipp för att undvika allvarliga bristningar.

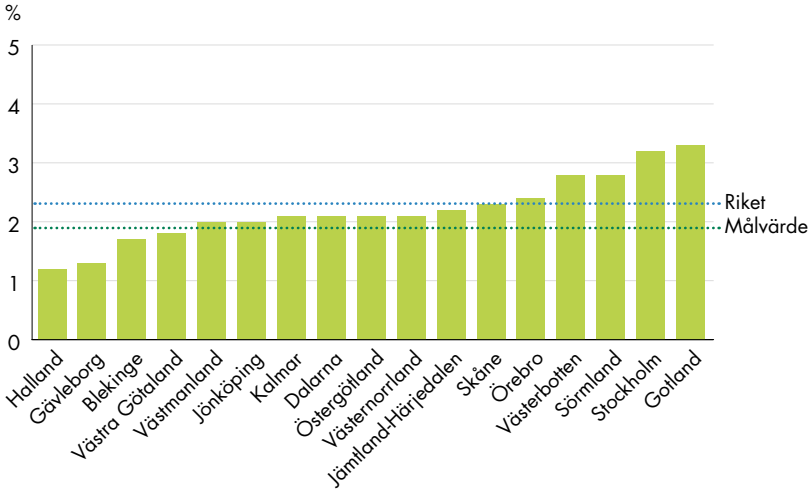
Intervjupersoner lyfter att också andra faktorer kan ha betydelse, som kulturen på kliniken och hur man generellt arbetar med handläggningen av förlossningar. Om det finns en tradition eller arbetssituation som medför påskyndade förlopp uppges det kunna ha betydelse för uppkomsten av allvarliga bristningar. Intervjupersoner beskriver också att det på vissa håll är utmanande att hålla kompetensnivån uppe i och med ett pågående generationsskifte i barnmorskegruppen.

Strukturer för förbättringsarbete, utbildning och uppföljning uppges också vara viktigt

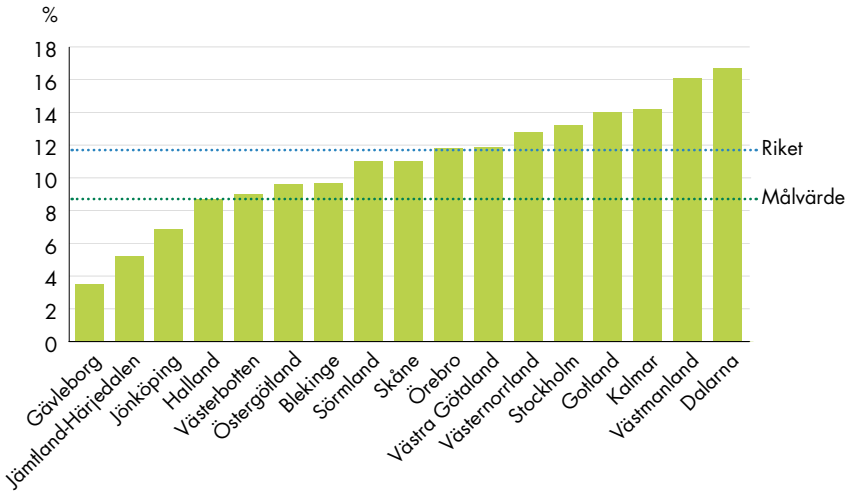
Arbete med att förebygga, upptäcka, behandla och följa upp bristningar har varit i fokus under senare år på alla de kliniker i fem landstingen där vi genomfört intervjuer. Alla har under tiden för regeringens satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa genomfört insatser för att minska antalet

Figur 10. Allvarliga bristningar (grad III och IV) i samband med förlösning för icke-instrumentell och instrumentell förlösning, per landsting, 2017. Utfall för 80 794 icke-instrumentella förlösningar och 5 368 instrumentella förlösningar.

Icke-instrumentell förlösning



Instrumentell förlösning

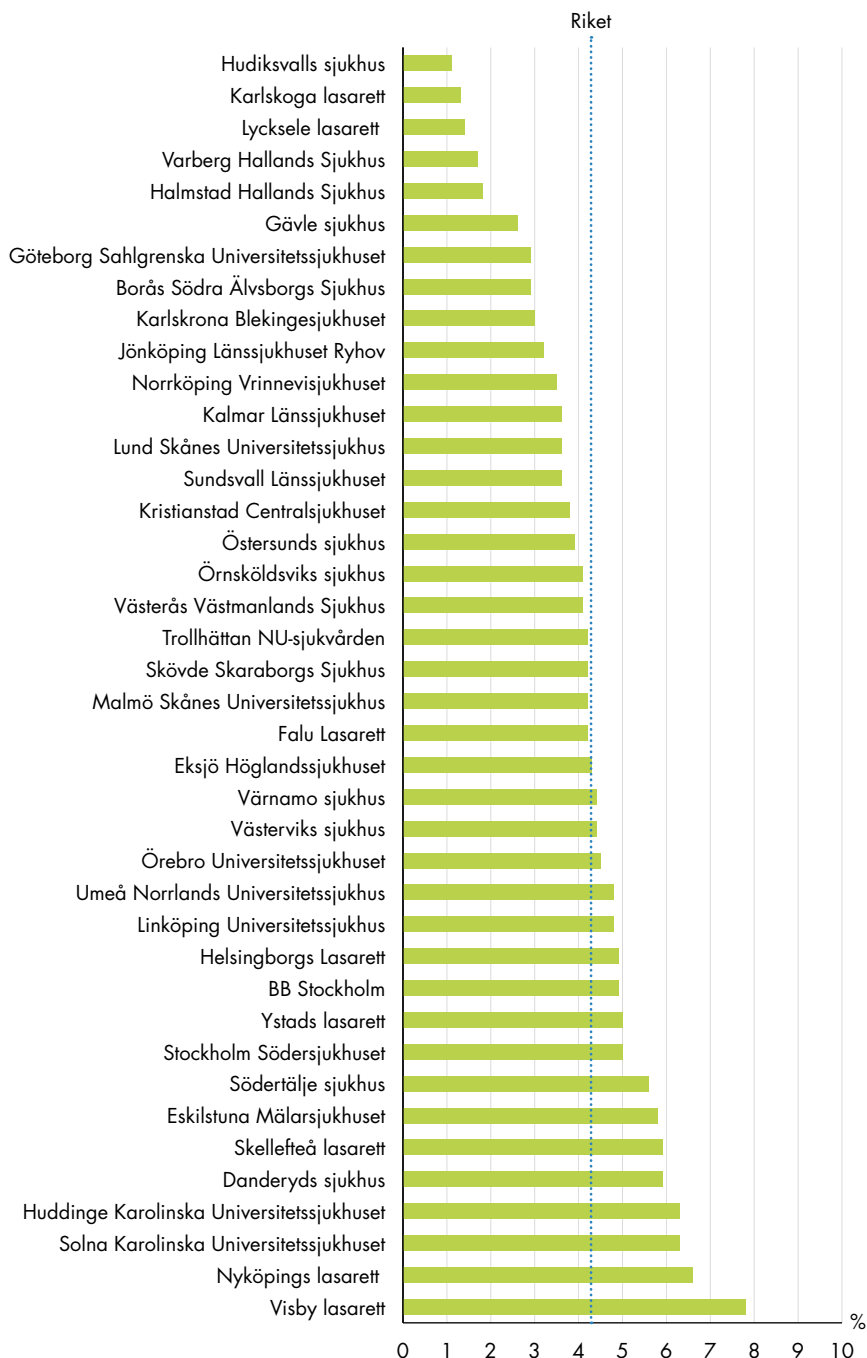


Kommentar: Antalet instrumentella förlösningar varierar mellan landstingen från 50 på Gotland till 1 593 i Stockholm. Det medför att konfidensintervallen är stora för vissa landsting, vilket tyder på att slumpmässiga faktorer kan ha betydelse för utfallet för enskilda landstings resultat, särskilt för landsting där de instrumentella förlösningarna är få.

Källa: Vården i siffror.



Figur 11. Andel förstföderskor (enkelbörd) som drabbats av bristningar av grad III–IV vid icke instrumentell förlossning, per klinik 2017. Totalt 30 050 förlossningar.



Källa: Graviditetsregistret.

kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar. Det har bland annat skett genom föreläsningar, studiebesök, inköp av träningsmaterial och utbildningar för barnmorskor, läkare och undersköterskor. Flera intervjupersoner tar upp Bäckebottenutbildningen som värdefull i arbetet.

Intervjupersonerna ger en samstämmig bild av att vägen till färre bristningar går genom utbildning, träning och uthållighet i arbetet. Att satsa på utbildning och teambaserad träning uppges vara centralt. Intervjupersoner tar också upp betydelsen av att sätta upp mål och arbeta med uppföljning av både klinikkens samlade resultat samt individuell uppföljning och återkoppling till enskilda barnmorskor. Att lära av varandra inom professionen och mellan professionerna, det vill säga till exempel barnmorskor och läkare, uppges vara betydelsefullt. På de sjukhus vi besökt som under senare år haft en lägre andel bristningar eller uppnått stora förbättringar av resultaten har man arbetat med individuell uppföljning. Intervjupersonerna beskriver att det tagit en viss tid att vänja sig vid individuell uppföljning och återkoppling, men att det bidragit till utveckling och efter en tid inte längre upplevs som obekvämt.

På kliniker som minskat andelen bristningar eller haft goda resultat en längre tid uppges just långsiktigheten och uthålligheten vara en framgångsfaktor. På dessa kliniker beskrivs arbetet med att förebygga bristningar som ett kontinuerligt förbättringsarbete, till skillnad från ett förbättringsarbete som bedrivs genom enskilda punktinsatser eller projekt. Faktorer relaterade till långsiktig verksamhetsutveckling och strukturer för förbättringsarbete uppges vara centrala, liksom förmågan att bygga en lärande organisation. En möjlig förklaring till skillnader i resultat mellan kliniker anses i vissa intervjuer vara att man dels har arbetat med området under olika lång tid och med olika intensitet, dels att förutsättningarna för lärande och utveckling ser olika ut på olika kliniker. Intervjupersoner menar också att en ökad andel bristningar, eller åtminstone utebliven minskning av andelen bristningar, kan förväntas i början av ett förbättringsarbete eftersom man samtidigt förbättrar diagnosticeringen och därmed upptäcker fler bristningar.

Sammanfattningsvis har arbetet med att förebygga allvarliga bristningar varit prioriterat under flera år, och alla landsting har genomfört insatser för att minska andelen kvinnor som drabbas. Många har sett förbättringar medan andra ännu inte sett resultaten av arbetet. I början av ett förbättringsarbete menar vissa att en högre andel bristningar kan förväntas till följd av förbättrad diagnosticering. Intervjupersonerna har tagit upp flera faktorer som de bedömer ha betydelse för den regionala variationen. Det har däremot inte varit möjligt att inom ramen för den här studien studera sambanden



mellan de faktorer som lyfts och de resultat vi ser i data. Vi kan därför inte uttala oss om de enskilda faktorernas relativa betydelse för klinikernas resultat när det gäller allvarliga bristningar.

2.2.8 Vårdtid efter förlossningen

När barnet är fött erbjuds olika alternativ för eftervård på olika kliniker. Ett alternativ är att mamman eller båda föräldrarna och barnet stannar på förlossningsavdelningen fram till utskrivning och hemgång. I Socialstyrelsens kartläggning av vård efter förlossningen framkom att 40 av 43 sjukhus erbjöd hemgång direkt från förlossningsavdelningen (Socialstyrelsen 2017). Ett annat alternativ är att mamman eller båda föräldrarna och barnet flyttar över till en BB- eller eftervårdsavdelning för fortsatt vård. Detta alternativ erbjöds av alla sjukhus vid Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen 2017). Friska kvinnor och barn kan också erbjudas vård på en BB-avdelning eller ett patienthotell. Nio sjukhus erbjöd det alternativet vid Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen 2017).

Efter en förlossning är det viktigt att det finns utrymme för vila och återhämtning och att det ges information och stöd för både fysiska och emotionella behov. Vårdtiden behöver beslutas i samråd med patienterna utifrån både medicinska och andra psykosociala behov (Socialstyrelsen 2017).

Vårdtiden efter förlossning har minskat över tid. Medelvårdtiden 2015 för förstföderskor var 2 dygn för en normalförlossning utan komplikationer och 3 dygn för kejsarsnitt, jämfört med 6 respektive 9 dygn på 1970-talet (SKL 2018). Kortare vårdtid är inte nödvändigtvis ett problem i sig. Socialstyrelsens kartläggning av vården efter förlossning visar däremot att kortare vårdtid kan leda till problem. Kortare vårdtider tillsammans med en högt belastad personal kan medföra att det saknas utrymme att erbjuda en anpassad och säker vård efter förlossningen. Identifiering av psykisk ohälsa eller sjukdom lyfts fram som exempel på utmaningar där kortare vårdtid kan bidra till att symtom inte hinner upptäckas före hemgång. Språkbarriärer kan påverka identifieringen av psykisk ohälsa bland utrikesfödda kvinnor, och de kortare vårdtiderna kan försvåra det arbetet ytterligare (Socialstyrelsen 2017). Det finns inga nationella riktlinjer eller annan nationell styrning som anger hur länge kvinnor bör vårdas efter förlossningen.

I dag erbjuder flera sjukhus så kallad tidig hemgång, vilket innebär hemgång inom 24 timmar efter förlossningen. SFOG har i sin skrift *Säker vård efter förlossning* tagit fram en checklista för kriterier som behöver vara

uppfyllda för att det ska vara säkert att åka hem (SFOG 2013). Samtidigt visar studier att 12 procent av nyförlösta kvinnor i Stockholm uppsöker akutvård för förlossningsrelaterade problem, som blödning och infektioner, vilket kan tyda att kvinnorna skrevs ut innan de var redo (Socialstyrelsen 2017, Sveriges kvinnolobby 2017). Nyanlända, unga och ensamstående kvinnor blir ofta mer utsatta när stödet och uppföljningen efter förlossningen brister (Socialstyrelsen 2017).

Det finns väsentliga skillnader mellan landsting och kliniker i vårdtid efter förlossning. Figur 12 visar medelvårdtiden efter vaginal förlossning per klinik år 2017. Medelvårdtiden för förstföderskor var 2,3 dygn 2017, med en variation mellan kliniker från 1,4 till 2,8 dygn. Medelvårdtiden för omföderskor var 1,4 dygn 2017, med en variation mellan kliniker från 0,7 till 1,8 dygn.

Organisering, utskrivningsrutiner och datakvalitet påverkar

Vi har under intervjuerna uppmärksammat på att den genomsnittliga vårdtiden efter förlossning kan påverkas av utskrivningsrutiner och hur stor del av kvinnorna som vistas på patienthotell. Variationen i riket kan därför till exempel delvis förklaras av om vistelsetiden på ett patienthotell inkluderas i den genomsnittliga vårdtiden eller inte.

Styrning och rutiner påverkar vårdtiden efter förlossning

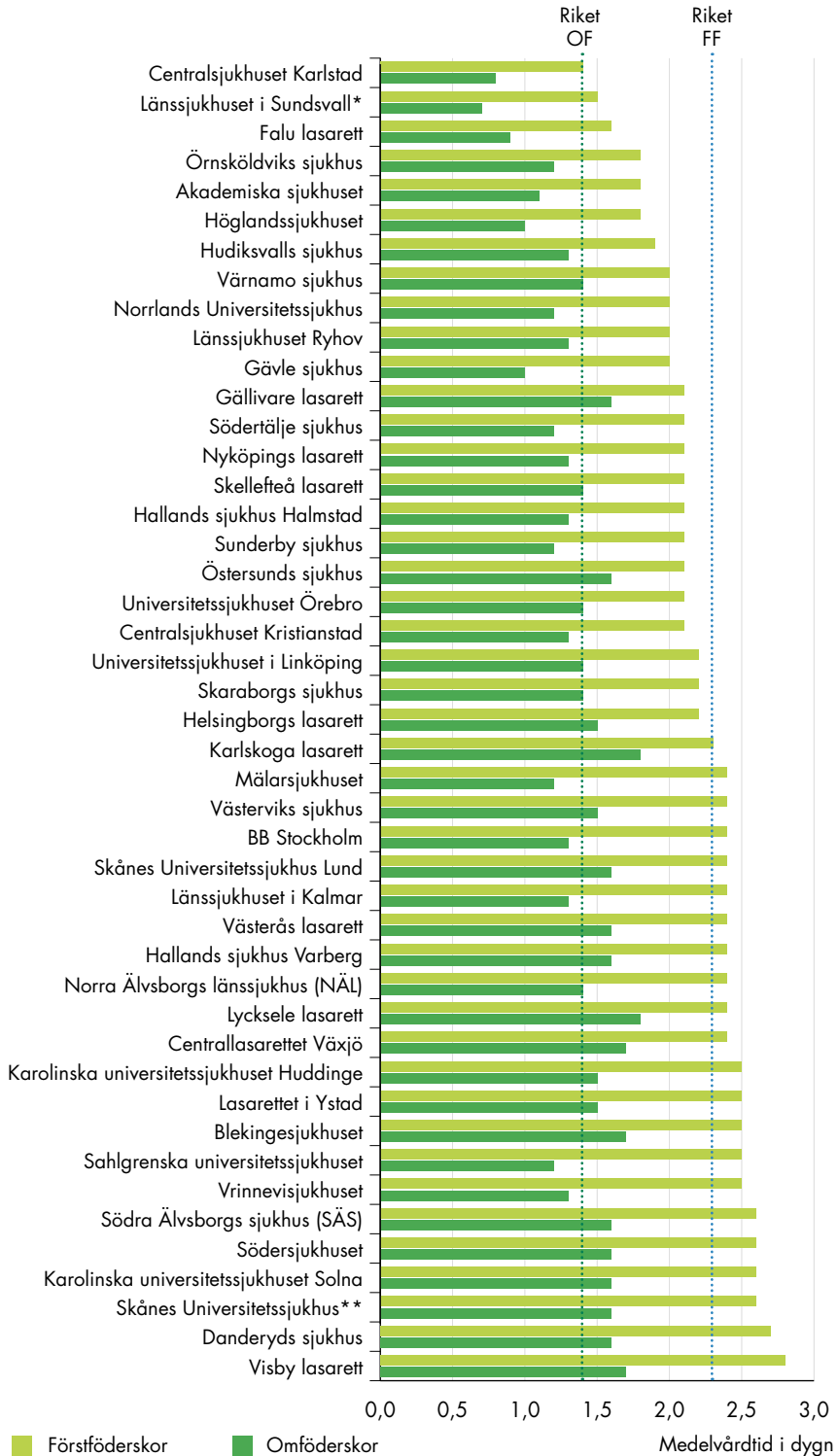
Intervjupersonerna i de fem landsting vi besökt uppger att det varierar i vilken utsträckning personalen styr respektive hur mycket kvinnan och partnern själva kan bestämma över hur lång vårdtiden efter förlossning blir. Det finns exempel på kliniker där kvinnan och partnern själva i stor utsträckning bestämmer hur länge de vill stanna på BB, där vårdtiden också är bland de längre.

Tillgång till lokaler och platser på BB påverkar också vårdtiderna enligt intervjupersonerna. Vid högt tryck på BB-platserna uppger intervjupersonerna att det kan innebära styrning mot kortare vårdtider. Plats-tillgången uppges också kunna ha en indirekt påverkan på hur stor hänsyn som kan tas till patienternas önskemål om tid för hemgång.

Om det finns ett familjerum eller inte uppges ha betydelse för hur länge kvinnan och partnern vill stanna. Om det inte finns något familjerum innebär det att kvinnans partner inte kan stanna kvar på BB, vilket enligt intervjupersonerna generellt gör att kvinnan (och barnet/barnen) åker hem tidigare. Vi har ingen överblick över tillgången till familjerum på alla sjukhus, men tillgången varierar och det skulle kunna ha betydelse.



Figur 12. Medelvårdtid i dygn efter vaginal förlösning, förstföderskor och omföderskor, per klinik 2017.



Kommentar: Baseras på 93 410 förlösningar. * Födslar, som ägde rum på Sollentå sjukhus innan förlösningssvdelningen stängde i början av året räknas in i statistiken för Länssjukhuset i Sundsvall. ** Födslar som sker på Skånes Universitetssjukhus Malmö och Skånes Universitetssjukhus Lund rapporteras som Skånes Universitetssjukhus, och kopplas till respektive sjukhus via patientregistret. I de fall modern inte är folkbokförd kvarstår dessa födslar som Skånes Universitetssjukhus.
Källa: Medicinska födelseregistret.

Det förekommer också enligt intervjupersonerna att hemgången från BB fördröjs till följd av väntan på barnläkare. Vi har inte underlag för att bedöma om tillgången till barnläkare varierar mellan sjukhus på ett sådant sätt att det kan ha betydelse för vårdtiderna efter förlossningen.

En annan faktor som intervjupersonerna i vissa landsting framhåller som betydelsefull för vårdtiderna är avståndet till förlossningskliniken. För patienter som bor i glesbygd och har långa resvägar kan det ha betydelse för vårdtiderna, när patienter skickas hem (eller väljer att åka hem) för att sedan komma tillbaka någon dag senare för kontroll.

Sammanfattningsvis är det svårt att utifrån intervjuaterialet identifiera vilka faktorer som har betydelse för vårdtiderna efter förlossningen. Olika rutiner och styrning mellan sjukhus kan också påverka, liksom patienternas preferenser och olika utrymme att tillgodose patienternas önskemål. Även avståndet till sjukhuset liksom tillgång till barnläkare är faktorer som intervjupersoner menar kan spela roll för vårdtidens längd.

2.2.9 Eftervårdsbesök

Efter förlossningen sker uppföljning vid ett eftervårdsbesök i mödrahälsovården. I det medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård anges att eftervårdsbesöket i normalfallet utförs cirka 6–12 veckor efter förlossningen. Eftervårdsbesöket bör enligt SFOG erbjudas alla kvinnor som fött barn (SFOG 2008).

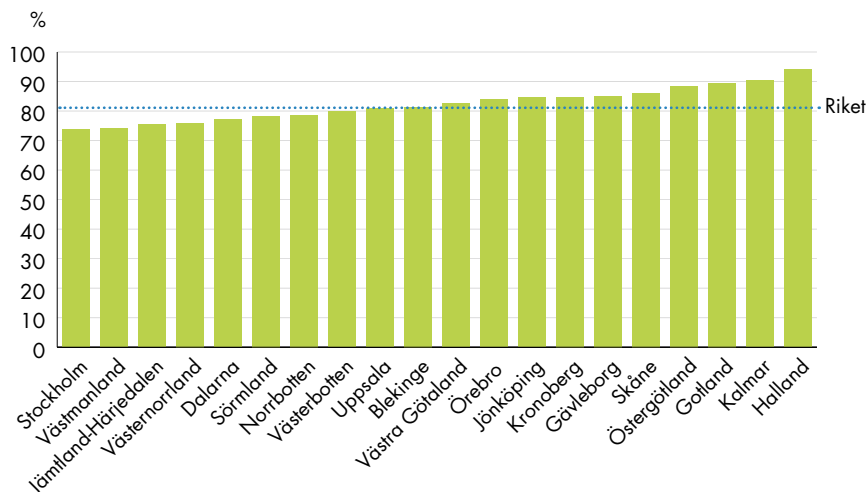
Enligt det medicinska basprogrammet bör eftervårdsbesöket innehålla samtal om förlossningsupplevelsen, uppföljande samtal om levnadsvanor, erbjudande om antikonceptionsrådgivning, gynekologisk undersökning, mätning av olika värden, amningsstöd och utvärdering av kvinnans psykiska tillstånd. Det rekommenderas att boka en tid för eftervårdsbesöket redan under graviditeten för att få bättre upplutning (SFOG 2008).

Socialstyrelsens kartläggning av vård efter förlossning visade däremot att det varierar både mellan och inom landsting hur och när besöket bokas, och ibland också mellan olika barnmorskor på samma mottagning. Cirka en tredjedel av de tillfrågade samordningsbarnmorskorna uppgav att det fanns en rutin att boka en tid i slutet av graviditeten (Socialstyrelsen 2017). Att låta kvinnorna själva ansvara för att ta kontakt och boka eftervårdsbesöket kan vara problematiskt, eftersom kvinnor med sämre förutsättningar att främja sin egen hälsa är mindre benägna att ta del av vård. Samtidigt är de ofta den grupp som har störst behov av hjälp från mödrahälsovården (SKL 2018).



Andelen av de kvinnor som födde barn år 2017 som kom på eftervårdsbesök i mödrahälsovården varierade från 74 till 94 procent (figur 13). Genomsnittet var 81 procent, och Graviditetsregistret har satt 85 procent som mål.

Figur 13. Andel kvinnor som födde barn år 2017 som kom på eftervårdsbesök i mödrahälsovården, per landsting, 2017. Utfall för totalt 94 792 kvinnor.



Källa: Graviditetsregistret

Rutiner för bokning och information påverkar andelen som kommer på eftervårdsbesöket

Intervjupersoner i mödrahälsovården i de fem landsting vi besökt beskriver att det varierar mellan, men också inom, landstingen hur rutinerna för bokning av eftervårdsbesök ser ut. Antingen bokas eftervårdsbesöket in mot slutet av graviditeten eller så kallas kvinnan efter förlossningen. Det förekommer också att det är upp till kvinnan själv att höra av sig efter förlossningen och boka en tid för eftervårdsbesök. Det uppges av intervjupersoner ge en högre besöksfrekvens om besöket bokas in under graviditeten. Intervjupersonerna i en region beskriver att förändrade rutiner för kallelser har lett till en ökning i andelen som kom på eftervårdsbesök. Rutinerna har då ändrats från att kvinnan själv skulle höra av sig för att boka tid till att aktivt kalla alla kvinnor.

En genomgång av ett urval regionala styrdokument bekräftar att rutinerna varierar. På flera håll ringer barnmorskan upp kvinnan efter förlossningen och bokar en tid medan rutinen i andra landsting är att en skriftlig kallelse skickas till kvinnan.

Hur kvinnan får information om eftervårdsbesöket uppges också ha betydelse för om kvinnan kommer på besöket. Intervjupersonernas beskrivningar vittnar om att det varierar mellan, och inom, landstingen hur eftervårdsbesöket presenteras. Det landsting som har högst besöksfrekvens av de vi besökt, uppger att det finns en väl inarbetad rutin att informera alla kvinnor om att eftervårdsbesöket är en viktig del av vården och att det är viktigt att de kommer på besöket. I andra landsting beskriver intervjupersoner att det finns en kultur hos vissa barnmorskor att betona patientens eget ansvar, vilket kan påverka besöksfrekvensen negativt.

Utrikes födda kvinnor och kvinnor med lägre utbildningsnivå kommer på eftervårdsbesöket i lägre utsträckning än kvinnor födda i Sverige och kvinnor med högre utbildning. 84 procent av de svenskfödda kvinnorna kom på eftervårdsbesöket år 2017. Bland kvinnor födda utanför Europa var andelen 72 procent. Intervjupersonerna uppger också att utrikes födda kvinnor och socioekonomiskt svagare kvinnor uteblir i högre utsträckning. Flera intervjupersoner menar att det skulle behövas anpassad information till olika grupper och rutiner för att följa upp kvinnor som inte kommer på eftervårdsbesöket.

Sammanfattningsvis ser rutinerna olika ut mellan regionerna hur eftervårdsbesöket bokas, och det finns också variation inom regionerna. Hur kvinnan informeras om eftervårdsbesöket är betydelsefullt, och intervjupersonerna menar att det finns ett behov av anpassad information till kvinnor som i högre utsträckning uteblir från besöket. Tidsbrist och hög personalomsättning kan påverka. Det har inte varit möjligt att identifiera samband mellan de enskilda förklaringsfaktorer som lyfts fram och landstingens resultat.





Vår samlade analys av skillnaderna

I det här kapitlet redogör vi för vår samlade analys av vilka faktorer som kan bidra till att skillnader uppstår mellan regioner och kliniker i graviditetsvårdkedjan. Sammanställningen utgör både en vägledning om vilka faktorer som kan förbättra förutsättningarna för att minska skillnaderna genom lärande och utveckling och underlag för att diskutera om skillnaderna är omotiverade. I kapitlet konstaterar vi:

- Det finns flera påverkbara faktorer på olika nivåer i hälso- och sjukvården som bidrar till att regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan uppstår.
- Variationer i patienters behov, förutsättningar och preferenser kan vara en delförklaring till vissa skillnader, men väsentliga skillnader kvarstår när resultaten justeras för vissa faktorer i patientsammansättningen.
- Flera av de påverkbara faktorerna som i intervjuerna framkommit som bidragande till skillnaderna rör olika aspekter av en personcentrerad vård.
- Slumpmässiga variationer kan vara en delförklaring till skillnader i resultat som baseras på få observationer och små skillnader mellan enskilda kliniker.
- Det finns omotiverade skillnader i vården av kvinnor under graviditetsvårdkedjan som vården bör sträva efter att utjämna. Men för vissa indikatorer är det möjligt att skillnaderna delvis kan motiveras.

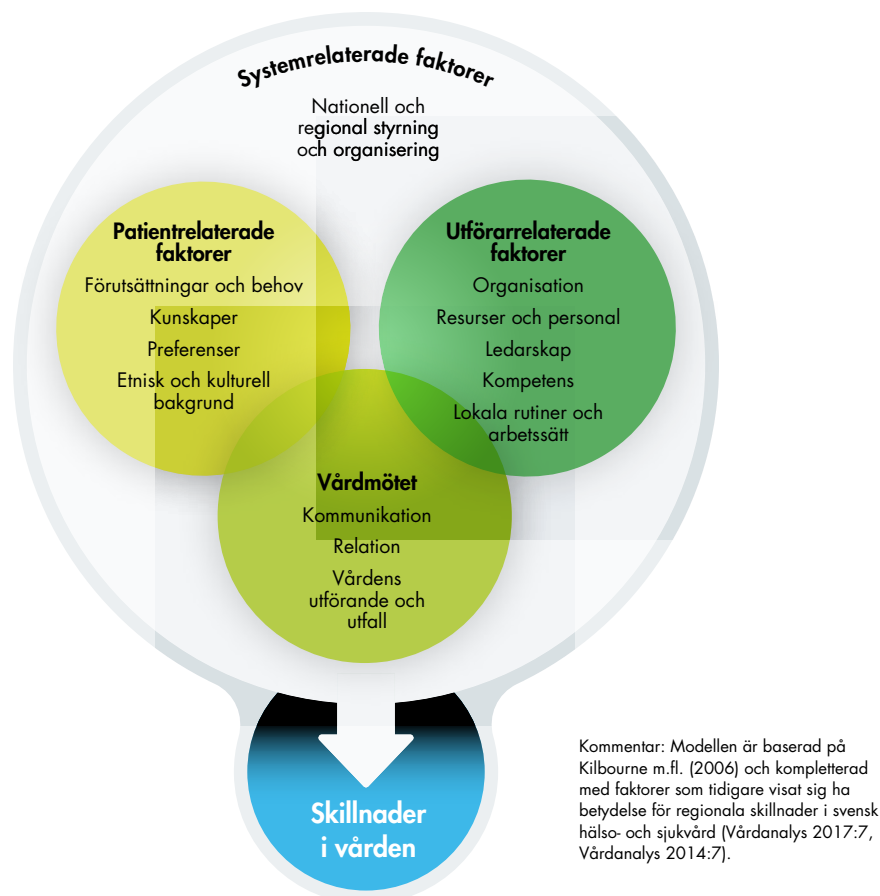


3.1 FLERA PÅVERKBARA FAKTORER I VÅRDEN BIDRAR TILL SKILLNADERNA

Hälso- och sjukvården är ett komplext system i ständig förändring, där många samverkande faktorer bidrar till resultaten. Att isolera enskilda faktorer som förklarar ett visst resultat är sällan möjligt – det finns ofta komplexa samband mellan ett visst resultat och olika underliggande förklaringar. Detta illustreras också av intervjuresultaten som vi presenterade i kapitel två.

Figur 14 illustrerar ett av flera möjliga sätt att sortera olika faktorer som kan bidra till att skillnader uppstår i hälso- och sjukvården. Figuren baseras bland annat på Kilbourne m.fl. (2006) som lyfter fram en rad bestämningsfaktorer för skillnader i vården på olika nivåer: systemrelaterade faktorer, utförarrelaterade faktorer, patientrelaterade faktorer och faktorer i mötet mellan patient och vårdpersonal. Var och en av dessa förklaringsområden rymmer mer specifika och relaterade faktorer. Samtliga dessa faktorer kan, enskilt och i samspel med varandra, bidra till att skillnader uppstår. De olika delarna av modellen är i hög grad beroende av varandra.

Figur 14. Möjliga orsaker till regionala skillnader.



Med den kvalitativa ansats som valts i den här studien är det inte möjligt att fastställa några kausala samband eller ge absoluta svar på vilka faktorer som förklarar de skillnader vi studerar. Vi har inte heller genomfört någon systematisk analys av samtliga aspekter som synliggörs i modellen eller någon forskningsgenomgång för att validera eller falsifiera de möjliga förklaringsfaktorer som förts fram i intervjuerna. Förklaringsfaktorerna som synliggörs i modellen är därför i huvudsak ett sätt att sortera den information som har framkommit i våra intervjuer och belyser några av de olika faktorer som kan bidra till att regionala skillnader uppstår. Flera av de faktorer som framkommer som betydelsefulla för regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan är inte unika för detta vårdområde. De är i stället generella för hela hälso- och sjukvården, och har också lyfts som faktorer som bidrar till andra skillnader i vården (Vårdanalys 2014).

3.1.1 Den nationella styrningen ger utrymme för variation

Systemrelaterade faktorer kan både bidra till att skillnader uppstår, och syfta till eller bidra till att minska skillnader. Systemrelaterade faktorer är till exempel lagar och förordningar, nationell kunskapsstyrning, resultatstyrning och finansiell styrning samt olika riktlinjer och rutiner på regional nivå. Vår analys visar att systemrelaterade faktorer har betydelse för flera av skillnaderna vi studerar. Mer specifikt har följande systemrelaterade faktorer framkommit som särskilt betydelsefulla för de skillnader vi studerar:

- den nationella styrningen lämnar utrymme för regionala och lokala variationer
- variationer i den regionala styrningen, organiseringen och uppföljningen.

Den nationella styrningen lämnar utrymme för regional och lokal variation

Det finns inget samlat nationellt kunskapsstöd för handläggning av graviditeter och förlossningar, och detta framförs i en del av intervjuerna som en grundläggande orsak till att skillnader uppstått inom flera områden. De kunskapsstöd och styrdokument som finns är överlag inte bindande och lämnar utrymme för lokala och regionala prioriteringar och behandlingstraditioner inom ramen för kraven på en god vård. Detta är inte unikt för vården som ges under graviditetsvårdkedjan, utan kan snarare beskrivas som ett generellt drag i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Samtidigt vet vi att det finns väsentlig variation även inom de områden där det finns nationell kunskapsstyrning av olika slag, vilket visar att förekomsten



av riktlinjer och kunskapsstöd inte ensamt avgör om regionala skillnader uppstår. Detta ser vi till exempel när det gäller oxytocinstimulering och kejsarsnitt på moderns önskan. Där finns nationell kunskapsstyrning i form av nationella medicinska indikationer, men samtidigt regionala skillnader som tyder på varierande tillämpning av kunskapsstöden.

Intervjupersonerna har påpekat att det för flera av de indikatorer vi studerar är oklart vilken nivå som är den önskvärda. Det gäller till exempel stödåtgärder för förlossningsrädsla och oxytocinstimulering under förlossning. Särskilt för oxytocinstimulering, men också för andra indikatorer, påtalas vikten av att utfallet för indikatorn behöver analyseras i relation till resultaten av vården för mor och barn. I intervjuerna framförs att det kan behövas mer eller mer tillgängliggjord kunskap om sambanden mellan nivå av oxytocinstimulering och till exempel förlossningarnas längd, påverkan på barnen och förlossningsskador hos kvinnor.

Socialstyrelsen arbetar under 2019 med ett nytt kunskapsstöd för graviditetsvårdkedjan. Arbetet genomförs inom ramen för Socialstyrelsens samlade regeringsuppdrag på området förlossningsvård och kvinnors hälsa. I förstudien som färdigställdes under 2018 konstateras att hela vårdkedjan behöver ett mer sammanhållet kunskapsstöd för graviditet – förlossning – eftervård.

Regional styrning, organisering och uppföljning varierar

Alla vårdgivare ska inom ramen för sitt systematiska kvalitetsarbete jobba löpande med exempelvis uppföljningar, utvärderingar och förbättringar (3 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Men sättet det görs på kan variera, och ledningssystemet ska exempelvis anpassas till varje verksamhets inriktning och omfattning (4 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

I vissa av intervjuerna framgår att resultaten för mödrahälsovårdsindikatorerna i stor utsträckning påverkas av det regionala uppföljnings- och kvalitetsarbetet. Flera exempel har getts på hur ett aktivt regionalt arbete med utbildning, styrning och uppföljning på mottagningsnivå inom mödrahälsovården har gett förbättrade resultat för dessa indikatorer. Samordningsbarnmorskor som arbetar aktivt med enskilda mottagningar, följer upp resultat och har strukturer för återkommande resultatdialoger har lyfts som särskilt betydelsefullt. Därutöver uppger några intervjupersoner att regionala insatser i form av utbildningssatsningar för medarbetare och olika forum för dialog mellan olika mottagningar och nivåer kan vara betydelsefulla för goda resultat.

Det regionala uppföljnings- och kvalitetsarbetet framstår i våra analyser sammanfattningsvis som centralt för goda resultat, och sättet som det bedrivs på kan därför vara en bidragande orsak till regionala skillnader.

3.1.2 Utförrarrelaterade faktorer som lokala rutiner, vårdtraditioner och arbetssätt är delförklaringar till flera skillnader

Utförrarrelaterade faktorer som kan bidra till att skillnader uppstår är till exempel lokala riktlinjer och rutiner som påverkar det faktiska utförandet av vården, men också faktorer som vårdtradition, kultur och praxis. Tradition, kultur och praxis kan återspeglas i lokala rutiner, men kan också avse oskrivna normer och informella strukturer som påverkar arbetet. Till de utförrarrelaterade faktorerna hör också hur verksamheten är organiserad, vilka resurser som olika verksamheter tillförs inklusive personal och utrustning samt ledarskap och organisationskultur. Faktorer på utförarnivå uppges i intervjuerna ha stor betydelse för flera av de skillnader vi studerar. Följande utförrarrelaterade faktorer framträder som särskilt betydelsefulla:

- skilda vårdtraditioner, rutiner och praxis
- skillnader i det lokala uppföljnings- och kvalitetsarbetet
- skillnader i resurser, organisering, bemanning och kompetens.

Skilda vårdtraditioner, rutiner och praxis

I intervjuerna framförs att det finns en variation i vårdtradition, rutiner och praxis på olika kliniker och i olika delar av landet som bidrar till skilda arbetssätt i förlossningsvården. Det återspeglas enligt intervjupersonerna i till exempel olika utfall i kejsarsnittsfrekvens, olika rutiner för kejsarsnitt på moderns önskan och olika användning av oxytocin-stimulering och epidural under förlossningen. Bakom olika arbetssätt uppges det ligga olika medicinska skolor och traditioner som fått olika stort genomslag i olika delar av landet. Olika traditioner kan förstärkas av hur stark konsensus det råder inom professionerna om olika delar av vården. Kunskapsläget och graden av konsensus för olika delar av vården kan därmed ha indirekt betydelse för att olika vårdtraditioner uppstår och fortlever.

Skillnader i det lokala uppföljnings- och kvalitetsarbetet

Strukturer för ett kontinuerligt förbättringsarbete och uppföljning kan främja att utvecklingsarbetet bedrivs långsiktigt och uthålligt, samt minska risken att resultat från tillfälliga projekt inte omsätts i ordinarie verksamhet.



Inom förlossningsvården verkar det lokala uppföljnings- och kvalitetsarbetet på klinikerna vara av stor betydelse för resultaten inom de områden vi studerat. Intervjupersonerna har påpekat att tillgång till strukturer för ett systematiskt förbättringsarbete, liksom arbetssätt och en kultur som stödjer det, är betydelsefullt. Som exempel har nämnts arbetet med att minska andelen allvarliga bristningar. En del kliniker tillämpar uppföljning av bristningar av grad III–IV även på individnivå inom personalen, vilket i kombination med stöd, utbildning och träning, uppges vara betydelsefullt för en god utveckling av resultat.

Skillnader i resurser, organisering, bemanning och kompetens

Resurser uppges i intervjuerna kunna påverka flera av de identifierade skillnaderna. Ett område som särskilt lyfts fram är andelen gravida som får extra stödåtgärder för förlossningsrädsla. Hur många som får stöd uppges till viss del bero på hur utbyggd samtalsverksamheten är och om verksamheten har resurser att hålla öppet även under sommaren. Svår förlossningsrädsla bör enligt befintliga kunskapsstöd hanteras på klinik, medan lättare förlossningsrädsla bör hanteras inom mödrahälsovården. I intervjuerna uppges dock att det kan variera mellan mottagningar inom mödrahälsovården vad som hanteras på mottagningen och vad som remitteras till klinik. Det uppges i sin tur ha att göra med dels barnmorskans arbetsbelastning och kompetens, dels hur tillgången till samtalsmottagning på klinik ser ut. Det illustrerar hur olika resultat påverkas både av resurser inom mödrahälsovården och på förlossningsklinikerna men också av organisering.

Att personalen har kompetens och erfarenhet är grundläggande för kvalitet inom alla områden. Men för några av de indikatorer vi studerar har variationer i kompetens och erfarenhet ansetts vara särskilt betydelsefullt som förklaring till regionala skillnader. När det gäller bristningar ger intervjuerna till exempel en samstämmig bild av att framgångsfaktorer för få bristningar är dels teamträning och kommunikation i teamet, dels kompetens och erfarenhet hos den personal som arbetar på förlossningen. Variationer i personalens erfarenhet och kompetens kan ha många bakomliggande orsaker. I vissa landsting pågår enligt intervjuerna ett generationsskifte i personalgruppen, vilket i kombination med hög arbetsbelastning beskrivs som en utmaning. Om det saknas tid för ny personal att lära av mer erfarna kollegor, riskerar kompetens att gå förlorad. På mindre kliniker finns också en oro för att ett generationsskifte i personalgruppen ska påverka ett tidigare väl fungerande teamarbete negativt.

3.1.3 Faktorer kopplade till i det enskilda vårdmötet kan också ha betydelse

I vårdmötet ryms faktorer relaterade till den enskilda vårdpersonalen, som kommunikation, kunskap och attityder som påverkar vårdens utförande samt relationen mellan patient och vårdpersonal. Vad som sker i det enskilda vårdmötet har tidigare konstaterats vara särskilt betydelsefullt för att skillnader uppstår mellan grupper, medan regionala skillnader oftare visat sig bero på utförarrelaterade och systemrelaterade faktorer (Vårdanalys 2014). I våra intervjuer anses däremot flera faktorer i det enskilda vårdmötet kunna bidra även till att regionala skillnader uppstår.

Den enskilda vårdpersonalens betydelse kan illustreras av andelen kvinnor som får stödåtgärder för förlossningsrädsla. I verksamheter där det saknas ett systematiskt tillvägagångssätt för att identifiera förlossningsrädsla ställs högre krav på barnmorskorna inom mödrahälsovården att fånga upp och tolka eventuella signaler från kvinnorna. Det som sker i vårdmötet mellan vårdpersonal och patienter blir därmed extra betydelsefullt, där faktorer som attityder, bemötande och relationer mellan patienter och vårdpersonal kan påverka om kvinnor med förlossningsrädsla förmedlar det till vårdpersonalen vid mötet. Personalens kunskap, attityder och inställning kan också ha betydelse för hur man följer regionala rutiner och riktlinjer samt för vilken information man ger till kvinnor om olika frågor, vilket i förlängningen kan ha betydelse för resultat i andra delar av processen.

3.1.4 Personcentrering kan delvis förklara skillnaderna

En övergripande slutsats av de intervjuer som genomförts är att några av de påverkbara faktorer som utgör delförklaringar till de regionala skillnaderna avser olika kvalitetsaspekter som brukar samlas under begreppet personcentrering.

Personcentrering innebär i korthet att patienten blir sedd, respekterad och inkluderad i vården utifrån sina behov, preferenser och resurser. Det handlar till exempel om att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling, och att patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper tas tillvara i vårdmötet och i utformningen av hälso- och sjukvården. Personcentrering innebär också att anpassa vården till individens behov, förutsättningar och preferenser inom ramen för de krav som ställs på en god vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Vårdanalys 2018b).

I vår sammanställning av påverkbara faktorer som bidrar till att skillnader uppstår berörs flera dimensioner av personcentrering. En



delförklaring till vissa skillnader kan vara variationer i förutsättningar för patienters delaktighet i beslut i vården och grad av patientinflytande, till exempel för kejsarsnitt på moderns önskan. Personcentrering ska ske inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet, men för vissa skillnader, till exempel kejsarsnitt på moderns önskan, får vi uppfattningen att det saknas en gemensam bild av hur stort utrymme vetenskapen och den beprövade erfarenheten lämnar för patientinflytande och preferenser. För några skillnader har kommunikationen med och informationen till patienter ansetts vara en delförklaring. Det gäller till exempel variationer i smärtlindring men också val av förlossningssätt och flera andra resultat av vården. Andra skillnader, till exempel deltagandet i eftervårdsbesök, har ansetts delvis bero på vårdens förmåga att anpassa arbetssätten till olika individers och gruppers förutsättningar. Intervjupersonerna har också resonerat kring om det kan finnas vissa regionala variationer i patienternas behov och preferenser och om det skulle kunna förklara en del av skillnaderna när det gäller andelen som tar del av stödåtgärder för förlossningsrädsla och andelen som får ryggbedövning under förlossning.

Att alla vårdgivare har de arbetssätt och resurser som behövs för att kunna anpassa vården till den enskildes förutsättningar, behov och preferenser inom ramen för kraven på en god vård är en grundläggande del av ett arbete mot minskade omotiverade skillnader mellan både landsting och patientgrupper.

3.2 PATIENTSAMMANSÄTTNINGEN FÖRKLARAR INTE DEN REGIONALA VARIATIONEN

Patientrelaterade faktorer som kan ha betydelse för uppkomsten av skillnader i vården är till exempel medicinska förutsättningar, vårdbehov och preferenser. Patientrelaterade faktorer har enligt vår analys sammantaget mindre betydelse för uppkomsten av regionala skillnader än vad de vårdrelaterade faktorerna har. Utifrån intervjuer och dataanalyser kan vi konstatera:

- Det kvarstår väsentlig variation mellan landsting och kliniker även när resultaten justeras för patientsammansättning.
- Vi kan inte avgöra vilken betydelse patienters preferenser har som förklaring till de regionala skillnaderna. Men det framstår som osannolikt att det skulle vara en huvudförklaring.

3.2.1 Kvarstående variation även när hänsyn tas till patientsammansättning

Huvuddelen av intervjupersonerna menar att det är osannolikt att kvinnornas medicinska förutsättningar och behov skulle skilja så stort mellan landsting och kliniker att det skulle kunna vara en huvudsaklig förklaring till de stora regionala skillnader som framkommer i datan från Graviditetsregistret. Det bekräftas också i huvudsak av analyser av de case-mixjusterade data som Graviditetsregistret tagit fram. Case mix-justering av data innebär i korthet att data justeras för patientsammansättning. Till exempel skiljer sig populationen gravida en del mellan landstingen när det gäller ålder och BMI samt förekomst av riskfaktorer som rökning. För de indikatorer vi studerar som avser mödrahälsovården bör däremot patienternas egenskaper inte ha någon betydelse för resultatet. Case mix-justerade data har därför inte inkluderats i analysen av indikatorer inom mödrahälsovården.

Graviditetsregistrets modell för case-mixjustering

En case-mixjustering är en statistisk analys, där resultat justeras för olika faktorer i patientsammansättningen. Graviditetsregistrets modell har tagits fram genom att först för varje resultat beräkna medelvärdet per förlossningsklinik, år och månad, genom att dividera antalet förlossningar som har aktuellt utfall med det totala antalet förlossningar. Därefter räknas ett förväntat eller modellerat värde ut. För att kunna beräkna ett case mix-justerat estimat måste först det förväntade värdet av ett givet resultat beräknas. För att beräkna det förväntade värdet utifrån förlossningsklinikens patientsammansättning används en logistisk regressionsmodell med olika karakteristika hos den gravida kvinnan, i detta fall: ålder, paritet, BMI, längd, vikt, tobaksbruk vid inskrivning, utbildningsnivå, födelseland, IVF, flerbörd, tidigare kejsarsnitt och samsjuklighet.

Det förväntade värdet av ett resultat på en enskild förlossningsklinik är medelvärdet av den från modellen skattade sannolikheten för att resultatet inträffar per förlossning utifrån den gravida kvinnans karakteristika, vilket på populationsnivå ger den patientsammansättning som finns på kliniken. Om det observerade medelvärdet är bättre än det förväntade medelvärdet betyder det att kliniken presterar över förväntan utifrån patientsammansättningen, och tvärtom.

I beräkningen av det förväntade medelvärdet har data för 2016 och 2017 slagits samman, för att få tillräcklig statistisk kraft i modellen.

Case-mixjusterade data visar att vissa kliniker har ett justerat medelvärde som skiljer sig från det observerade värdet och att spridningen mellan klinikerna minskar något för flera indikatorer efter case-mixjustering, men också att det kvarstår betydande skillnader mellan kliniker även när det gäller justerade medelvärden. Variationen förklaras alltså inte fullt ut av

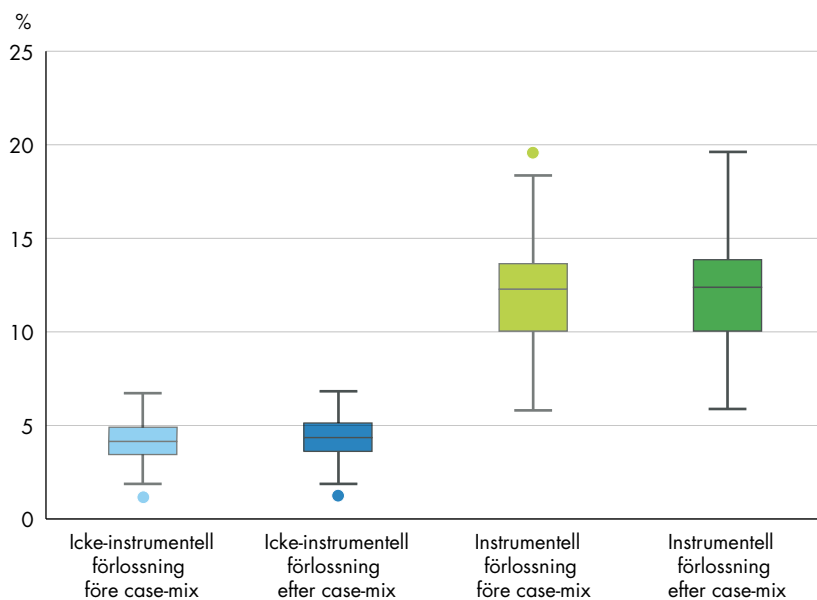


skillnader i patientsammansättningen, även om det kan ha betydelse för enskilda klinikers resultat och viss påverkan på variationen i riket för vissa indikatorer. Viss påverkan på den totala spridningen ser vi när det gäller kejsarsnitt på psykosocial indikation.

I bilaga 1 finns resultat före och efter case-mixjustering för de indikatorer där justering för patientsammansättning har bedömts vara relevant. Figur 15 visar hur spridningen i resultat mellan kliniker förändras före och efter case mix-justering för bristningar vid vaginal icke instrumentell och vaginal instrumentell förlossning. Vi ser att spridningen mellan kliniker förändras mycket lite efter justering för patientsammansättning.

Liknande slutsatser dras i en nyligen publicerad avhandling från Karolinska institutet. Justering för patienternas egenskaper påverkar enligt studien klinikernas inbördes rangordning för andelen kejsarsnitt på ett signifikant sätt, men skillnader mellan klinikerna kvarstår. Också hälsoreultat som allvarliga bristningar, blödningar och infektioner varierar mellan klinikerna oberoende av patienternas egenskaper enligt studien (Mesterton 2019).

Figur 15. Spridningen mellan kliniker före och efter case-mixjustering, bristningar av grad III och IV, icke instrumentell och instrumentell förlossning, förstföderskor. Resultat för 2016 och 2017 sammanslaget.



Kommentar: Kliniker med färre än fem observationer har exkluderats. Några av dessa kliniker har en låg andel bristningar, vilket innebär att ett par punkter i den lägre delen av spridningen saknas.

Källa: Graviditetsregistret, data bearbetad av Vårdanalys.

Resultaten av case-mixanalyser påverkas i stor utsträckning av hur analysmodellen har byggts och vilka antaganden som gjorts i den. Vårdanalys har inom ramen för den här studien inte gjort någon djupare analys av hur Graviditetsregistrets modell och antaganden påverkar resultaten av analysen.

3.2.2 Vi kan inte avgöra betydelsen av varierande preferenser

Det finns patientrelaterade faktorer som inte kan kontrolleras med hjälp av case-mixjustering, till exempel variationer i kvinnornas och deras partners preferenser och önskemål för vården. För en del av de indikatorer vi studerar har patienternas preferenser stor betydelse för resultatet på individnivå, och det är därmed möjligt att varierande preferenser är en delförklaring till skillnaderna. Det gäller till exempel val av smärtlindring under förlossning. Samtidigt har intervjupersonerna mer eller mindre samstämmt ansett att det är osannolikt att preferenserna varierar mellan landsting på ett sätt att det skulle förklara spridningen i hur stor del av kvinnorna som ges epidural under förlossning. Snarare har faktorer som vårdpersonalens attityd och inställning, lokala traditioner samt informationen som ges till kvinnan under graviditet och förlossning ansetts kunna påverka kvinnans preferenser.

I intervjuerna framfördes ett antal teser om att preferenser kan variera mellan olika grupper och olika delar av landet när det gäller vissa andra indikatorer, till exempel kejsarsnitt på moderns önskan och deltagande i eftervårdsbesök. Vi har inte möjlighet att bedöma i vilken utsträckning det finns sådana regionala skillnader i preferenser. Däremot kan oklarheten om detta ses som ett tecken på att det finns utrymme för mer kunskap om patienters preferenser under graviditetsvårdkedjan.

3.3 SLUMPMÄSSIG VARIATION OCH SKILLNADER I DATAKVALITET BEHÖVER BEAKTAS

I vår analys har vi utgått från registerdata för 2017 för att identifiera skillnader som kan utgöra utgångspunkt för att undersöka vad skillnaderna kan bero på. En möjlig förklaring som behöver beaktas när man utgår från data för ett enskilt år är att skillnaderna mellan kliniker och regioner delvis kan bero på slumpmässiga faktorer. Särskilt stor betydelse kan slumpmässiga faktorer ha för enskilda klinikers resultat när resultat för en mindre grupp förlossningar studeras på klinikinivå. För några av de indikatorer vi studerat finns få observationer bakom en enskild kliniks resultat och stora konfidensintervall. Det går därför inte att utesluta att en del av den regionala variationen, och



särskilt inte enskilda klinikers resultat under enskilda år, till viss del förklaras av en slumpmässig variation i olika omständigheter som klinikerna inte rår över.

Eftersom de skillnader vi studerar utgår från ett kvalitetsregister, är datakvalitet och faktorer för inrapportering till registret avgörande för att kunna värdera hur väl studiens resultat speglar det faktiska resultatet. Om datakvaliteten brister kan något som framstår som en skillnad i vården i själva verket enbart avse till exempel bristande inrapportering.

Graviditetsregistret är ett register med jämförelsevis hög kvalitet och täckningsgrad. Men i flera intervjuer har det trots det påpekats att inrapporterad data inte alltid ger en rättvisande bild av den enskilda regionens eller klinikens resultat av olika skäl. När det gäller indikatorer som avser mödrahälsovården sker i flera fall manuell inmatning till Graviditetsregistret. Intervjupersonerna har uppgett att det kan finnas brister i inrapporteringen, och att dessa brister skulle kunna variera regionalt utifrån att landstingen är olika aktiva i att följa upp inrapporterade resultat och arbeta för en högre täckningsgrad. I andra fall kan det finnas tekniska förklaringar till bortfall, till exempel för överföringen från journalen till registret.

3.4 OMOTIVERADE SKILLNADER I GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

I kapitel 1 redogjorde vi för våra utgångspunkter för att identifiera en omotiverad skillnad. Vi konstaterade att för att avgöra om en skillnad är omotiverad behöver vi analysera om den kan förklaras av regionala variationer i patienternas vårdbehov, medicinska förutsättningar eller preferenser, om den är väsentlig, om den kan spegla att landstingen/klinikerna arbetar på olika sätt inom ramen för kraven på god vård samt om det finns andra omständigheter som behöver beaktas. I det här avsnittet redogör vi för vår analys av om de skillnader vi studerat bör betraktas som omotiverade. Sammantaget drar vi slutsatsen att det finns omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan. Men vi ser också att vissa skillnader har en komplex orsaksbild och delvis kan vara motiverade. Sådana skillnader behöver analyseras mer ingående än vad vi gör i den här rapporten om man vill avgöra om de är omotiverade eller inte.

3.4.1 Vissa skillnader är uppenbart omotiverade

Vissa skillnader är uppenbart omotiverade. Det gäller sådana indikatorer där patientsammansättning och preferenser inte ska ha någon betydelse för resultatet, till exempel skillnader i AUDIT-screening och andelen som

tillfrågats om våldsutsatthet – alla bör screenas/tillfrågas i enlighet med nationell kunskapsstyrning.

Vi bedömer även att skillnaden i andelen kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar är omotiverad. Case mix-justeringen har en liten effekt på variationen och även om en viss del av variationen sannolikt kan hänföras till slumpmässiga variationer, så har det i intervjuer främst lyfts utförarrelaterade faktorer som orsak till skillnaderna mellan kliniker.

Skillnaden i andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök framstår också som omotiverad. Även om vissa grupper, till exempel omfödorskör med okomplicerade förlossningar, anses ha ett mindre behov av att komma på eftervårdsbesöket så bör det inte kunna förklara regionala skillnader. Alla kvinnor bör enligt de professionsbaserade riktlinjerna kallas på eftervårdsbesök, och intervjuerna visar att det i första hand är vårdens arbetssätt och förmåga att utjämna olika gruppers förutsättningar samt kommunicera om eftervårdsbesökets betydelse som är avgörande. Vi ser också att svenskfödda kvinnor och kvinnor med hög utbildning kommer på eftervårdsbesöket i högre utsträckning än lågutbildade kvinnor och kvinnor födda utanför Sverige. Ingenting talar för att utrikes födda kvinnor eller kvinnor med lägre utbildning skulle ha ett mindre behov av eftervårdsbesöket. Mer sannolikt är att vården i nuläget inte fullt ut kompenserar för olika gruppers förutsättningar. Det behövs mer kunskap om anledningen till att lågutbildade och utrikes födda uteblir från besöket, för att kunna anpassa vården efter behoven hos patientgruppen.

3.4.2 Andra skillnader kräver fördjupad analys

Några av skillnaderna är inte lika uppenbart omotiverade. Vi har i kapitel ett redovisat ett antal olika skäl som kan motivera skillnader, till exempel att patienterna har olika behov och preferenser, att en skillnad speglar olika sätt att bedriva vård som kan vara likvärdiga ur ett kvalitetsperspektiv eller slumpmässiga faktorer. För några av de skillnader vi har studerat ser vi att sådana faktorer kan ha betydelse för den regionala variationen i resultat. Vi redovisar och analyserar därför mer ingående några resonemang och förklaringar som uppgetts i intervjuerna. Vi återger resonemangen i syfte att visa på komplexiteten i dessa frågor och vilka omständigheter som bör tas i beaktande i en analys av de regionala skillnaderna på dessa områden.

Skillnader i stödåtgärder för förlossningsrädsla

För några skillnader har regionala variationer i patienters behov och preferenser ansetts kunna vara en delförklaring till de skillnader vi ser i



resultat. Det gäller till exempel de regionala skillnaderna i hur stor andel kvinnor som tar del av extra stödåtgärder för förlossningsrädsla.

Som skäl till att behoven av stödåtgärder för förlossningsrädsla kan variera har i huvudsak faktorer kring förlossningsvården angetts. I intervjuerna har det till exempel uttryckts att förekomsten av förlossningsrädsla kan påverkas av faktorer som är kopplade till vårdens tillgänglighet och organisation. Oro för att inte få plats på den tänkta förlossningskliniken och därmed hänvisas till ett annat sjukhus, oro över att inte få tillgång till det stöd man önskar eller oro över att inte hinna till förlossningskliniken för att resvägen är lång har uppgetts vara faktorer som kan leda till rädsla inför förlossningen som kan variera mellan landsting. Sådana faktorer kan däremot inte motivera skillnader i andelen förlossningsrädda.

Vissa har lyft att den sekundära förlossningsrädslan (som uppstår vid en andra eller senare graviditet) kan variera regionalt med andelen kvinnor med en svår förlossningsupplevelse bakom sig. Detta skulle då innebära att fler har behov av stödåtgärder i landsting där fler kvinnor har varit med om svåra upplevelser under förlossningen. Inte heller detta kan anses vara en omständighet som motiverar regionala skillnader.

Det kan finnas fler skäl till regionala variationer i förlossningsrädsla än de som lyfts ovan. Det viktiga i sammanhanget är därmed inte att lika stor andel kvinnor får stödåtgärder i alla regioner varje år, utan snarare att mödrahälsovårdens metoder för att identifiera förlossningsrädsla och utbudet av stödåtgärder som erbjuds är likvärdiga, så att alla kvinnor kan få vård efter behov. Intervjuer och dokumentgenomgång har visat att det i dag finns variation i hur förlossningsrädsla identifieras samt i utbud och innehåll i stödåtgärderna.

En annan delförklaring som framförts i intervjuerna är att det kan variera vilket stöd kvinnor får på ordinarie barnmorskemottagningar. Om ett gott stöd erbjuds på den ordinarie barnmorskemottagningen kan det vara likvärdigt det stöd som ges på en särskild Auroramottagning. Men inte heller detta har vi haft möjlighet att validera. Vilken typ av stödåtgärder som erbjuds kan också bero på tillgängliga resurser till följd av lokala och regionala prioriteringar.

Utöver regionala skillnader finns också skillnader mellan grupper när det gäller extra stödåtgärder för förlossningsrädsla. Högutbildade och svenskfödda kvinnor tar del av stödåtgärder i högre utsträckning än lågutbildade och utrikes födda kvinnor. Samtidigt visade en svensk studie av 606 kvinnor att förlossningsrädsla förekom hos över 20 procent av kvinnorna i studien, och att rädsla var betydligt vanligare hos utlandsfödda jämfört med

svenskfödda kvinnor (Ternström m.fl. 2015). Även om säkra slutsatser inte kan dras av enskilda studier finns det åtminstone ingenting som tyder på att förlossningsrädsla skulle vara mindre vanligt hos utlandsfödda kvinnor. Högre utbildningsnivå och socioekonomisk ställning i övrigt har också i intervjuer uppgett hänga samman med en högre benägenhet att uttrycka sin rädsla och be om stöd.

Sammantaget finns alltså en möjlighet att regionala skillnader i andelen kvinnor som får extra stödåtgärder för förlossningsrädsla delvis kan motiveras utifrån varierande behov, och utifrån att skillnaderna speglar att vården organiserats olika i olika landsting. Eftersom vår studie är begränsad i omfattning, har dessa påståenden inte kunnat valideras. Vi menar att skillnaden i andelen kvinnor som får extra stödåtgärder för förlossningsrädsla bör betraktas som omotiverad till dess att det finns bättre kunskap om hur behoven av stöd ser ut i patientgruppen och hur olika landsting arbetar med förlossningsrädsla. Ett mer gemensamt sätt att identifiera förlossningsrädsla i mödrahälsovården kan vara ett första steg mot att säkerställa att vården ges efter behov.

Skillnader i användning av epidural och oxytocinstimulering

Skillnaderna mellan klinikers bruk av värkstimulerande medel och smärtlindringsmetoder uppges i intervjuer bland annat kunna bero på att olika kliniker har olika vårdtraditioner, inriktning och praxis i arbetet med förlossningar.

Vi har inte fördjupat oss i de olika skolor och traditioner som finns inom förlossningsvården när det gäller handläggning av förlossningar. Inte heller har vi undersökt vilka specifika arbetssätt som skiljer sig åt mellan klinikerna, utöver de indikatorer vi studerar här. I intervjuerna har det funnits en stor enighet om det övergripande målet – en frisk mor, ett friskt barn och så få ingrepp som möjligt i förlossningsförloppet – men också en gemensam bild av att klinikerna arbetar på olika sätt för att nå det målet och att ”så få ingrepp som möjligt” kan tolkas mycket olika. Det centrala ur ett jämlikhetsperspektiv är att dessa arbetssätt är likvärdiga i relation till det övergripande målet om god vård på lika villkor, den patientupplevda kvaliteten och möjligheterna att erbjuda alla kvinnor en personcentrerad vård.

Hur stor variation i arbetssätt som kan motiveras inom ramen för kraven på en god vård är något som behöver avgöras av professionerna och de kunskapsstyrande myndigheterna. Intervjuerna tyder också på att det kan behövas mer kunskap om sambanden mellan specifika arbetssätt och resultat för mor och barn.



En stor variation i vårdtradition och inriktning på olika kliniker kan vara problematiskt även om det inte med befintlig kunskap går att slå fast vilket arbetssätt eller vilken modell som är bäst rent medicinskt. Det kan då upplevas som att patienterna förväntas anpassa sina förväntningar och preferenser till respektive kliniks arbetssätt och vårdtradition i stället för tvärtom. Ökade möjligheter att jämföra olika verksamheter, och ökade möjligheter för kommunikation mellan patienter i olika delar av landet via till exempel sociala medier, innebär att vården i allt högre utsträckning behöver kunna svara på patienters frågor om varför det går till på det ena eller andra sättet i olika delar av landet. Om vården inte kan presentera faktabaserade förklaringar till skillnaderna eller effekterna av dem riskerar förtroendet för vården att minska.

Sammanfattningsvis menar vi att det finns skäl att i fortsatta studier och forskning analysera sambanden mellan olika arbetsmodeller och resultaten för moder och barn. Utifrån vår analys går det inte att avgöra om de skillnader i tradition och inriktning på olika kliniker som tas upp i intervjuerna rymms inom en jämlik vård.

Skillnader i kejsarsnitt på moderns önskan

De regionala skillnaderna i kejsarsnitt på psykosocial indikation kan ha flera delförklaringar. Variationen i riket minskar något efter justering för patientsammansättning (se bilaga 1) och i flera intervjuer har det uppgetts att det kan finnas regionala variationer i preferenser för planerade kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Vidare kan det finnas regionala variationer i behov som inte fångas av case-mixjusteringen.

I intervjuerna framkommer också en tydlig bild av att det finns variationer mellan förlossningskliniker och enskilda läkare när det gäller bedömning, arbetssätt och beslut för kvinnor med ett önskemål om kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Vi ser också att det finns en variation i vilka alternativ som erbjuds kvinnor som önskar ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation, där vissa arbetar med så kallade förlossningskontrakt och andra i högre utsträckning arbetar med planerade kejsarsnitt.

Den del av de regionala skillnaderna i kejsarsnitt på psykosocial indikation som kan hänföras till olika arbetssätt och inställning till kejsarsnitt är svår att motivera ur ett patientperspektiv. Det är fastslaget i nationella styrdokument att de olika förlossningsalternativen (kejsarsnitt och vaginal förlossning) inte är medicinskt likvärdiga, där kejsarsnitt är förenat med större risker för både mor och barn. Det finns därmed nationell styrning som syftar till att hålla nere kejsarsnittsfrekvensen om det saknas

medicinska skäl. Vår uppfattning är också att den ambitionen delas i alla verksamheter.

Variationen i inställning till kejsarsnitt uppges av vissa intervjupersoner leda till att kvinnor vänder sig till flera kliniker eller läkare med en önskan om kejsarsnitt, för att man vet att det har betydelse för beslutet. Förutom den medicinska aspekten av att kvinnor med samma vårdbehov får olika vård på olika kliniker (där alternativen inte är medicinskt likvärdiga), finns också en ojämlikhet i att kvinnor med samma önskemål (kejsarsnitt) får olika mycket inflytande över beslutet i olika delar av landet.

Sammanfattningsvis tyder vår analys på att en del av variationen i kejsarsnitt på psykosocial indikation kan förklaras av patientsammansättningen, men också att det finns utrymme att sträva mot ett mer enhetligt arbetssätt i hela landet för kvinnor som önskar ett planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation.





Minskade omotiverade skillnader genom lärande och förbättring

Vi har konstaterat att det finns omotiverade skillnader i vården av kvinnor under graviditetsvårdkedjan och att vården bör sträva efter att utjämna sådana skillnader. I det här kapitlet analyserar vi vad som kan vara viktiga förutsättningar för att minska omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan. Eftersom vi ser att det skett nationella förbättringar när det gäller bristningar av grad III och IV, använder vi det området som exempel för att identifiera faktorer som har främjat utvecklingen. Vi ser att flera av framgångsfaktorerna sammanfaller med vad som i forskning och tidigare studier brukar framhållas som generella framgångsfaktorer för förbättringsarbete. Våra rekommendationer som syftar till att skapa förutsättningar för att utjämna omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan samlas inom tre övergripande utvecklingsområden:

- stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård
- stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete
- utvecklad kunskapsstyrning

Inom respektive utvecklingsområde lämnar vi ett antal mer konkreta förslag på hur olika aktörer kan bidra till utvecklingen.



4.1 MINSKADE SKILLNADER GENOM FÖRBÄTTRING KRÄVER ANALYS, UPPFÖLJNING OCH UTVECKLINGSARBETE

En del av regeringens uppdrag till Vårdanalys bestod i att identifiera framgångsfaktorer inom ett eller flera av satsningens områden. Det område vi har studerat i den här rapporten är regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan, och vår ambition har varit att identifiera framgångsfaktorer för att minska omotiverade skillnader.

För att minska omotiverade skillnader behöver man upptäcka skillnader, förstå skillnader och arbeta för att minska skillnader (Kilbourne m.fl. 2006). Med andra ord behövs kunskap om skillnaderna och möjlighet att följa hur de utvecklas med hjälp av data, analys av orsakerna till att skillnaderna uppstår och åtgärder för att minska dem som sedan utvärderas. I det här kapitlet berör vi det tredje steget, att minska skillnader. Vi har inte för avsikt att identifiera specifika arbetssätt eller interventioner som fungerar inom olika områden – detta är en fråga för professionerna, forskningen, de kunskapsstyrande myndigheterna och för lokala och regionala analyser. I stället fokuserar vi på övergripande faktorer relaterade till vårdens styrning och strukturella förutsättningar för lärande, utveckling och förbättring.

För att kunna identifiera faktorer som är viktiga för att minska omotiverade skillnader har vi valt att utgå från ett område där det skett förbättringar över tid – allvarliga bristningar vid förlossning. Vi fokuserar på minskade skillnader genom lärande och förbättring, eftersom minskade skillnader bara är önskvärt om minskningen uppstår genom förbättring. Regionala skillnader kan teoretiskt sett minska till följd av att vissa kliniker eller landsting försämrar sina resultat, men en sådan utveckling är inte positiv.

4.2 UTVECKLINGSARBETE PÅGÅR PÅ FLERA OMRÅDEN

Utvecklingsarbete pågår inom flera av de områden som vi har studerat, och det har skett förbättringar över tid för flera av indikatorerna. Vi har valt att närmare analysera utvecklingen för bristningar av grad III och IV, för att identifiera framgångsfaktorer för förbättringar och minskade omotiverade skillnader. Området har valts av två skäl: för det första har det skett nationella förbättringar av allvarliga bristningar under de senaste åren och för det andra är det ett område som samtliga landsting har arbetat med inom ramen för regeringens satsning på kvinnors hälsa.

4.2.1 Nationella förbättringar för flera indikatorer

Figur 16 visar utvecklingen för de indikatorer som vi har studerat i den här rapporten under perioden 2014–2018. Vi ser att förändringar har skett inom flera områden över tid och att de nationella resultaten har förbättrats i relation till nationella målvärden där det finns sådana. Men för vissa indikatorer är det svårt att urskilja hur stor del av utvecklingen som består av en faktisk förändring och hur stor del som består av förändrad inrapportering och förbättrad datakvalitet.

För varje indikator är det möjligt att studera utvecklingen över tid för att identifiera vilka faktorer som har bidragit till utvecklingen och som kan ses som framgångsfaktorer att lära av i det fortsatta arbetet. Det är också relevant att studera om de nationella förbättringarna motsvaras av minskade skillnader mellan landsting och kliniker.

Väsentlig förbättring har skett för allvarliga bristningar och för den indikatorn finns inte någon uppenbar påverkan av förändrad datakvalitet. För allvarliga bristningar är det snarare sannolikt att en förbättrad diagnostisering över tid leder till en ökad andel upptäckta bristningar – att det är så har uttryckts i intervjuer. De förbättringar som skett ska därför ses i ljuset av att många kliniker samtidigt har blivit bättre på att diagnosticera bristningar.

Figur 16. Utveckling över tid för några av indikatorerna som studeras i rapporten, riket 2014–2018.

År	Screening med AUDIT	Tillfrågats om våldsatthet	Extra stödåtgärder förlossningsrädsla förstfödelskor/omfödelskor	Elektiva kejsarsnitt på psykosocial indikation, förstfödelskor/omfödelskor	Eftervårdsbesök
2014	72 %	73 %	6,5 % / 9,4 %	1,9 % / 3,6 %	77 %
2015	81 %	79 %	5,7 % / 9,2 %	1,8 % / 3,8 %	79 %
2016	82 %	81 %	6,1 % / 9,5 %	1,8 % / 3,6 %	80 %
2017	81 %	84 %	6,3 % / 10,0 %	1,6 % / 3,6 %	81 %
2018	90 %	88 %	7,1 % / 10,5 %	2,0 % / 3,9 %	86 %
Målvärde	95 %	95 %	–	–	85 %

(Forts.)



År	EDA i gruppen fullgånget förstföderska, huvudbudning, spontan start/induktion	Oxytocin-stimulering i gruppen fullgånget förstföderska, huvudbudning, spontan start/induktion	Bristningar grad III och IV icke instrumentell förlossning	Bristningar grad III och IV instrumentell förlossning
2014	50 %	51 %	2,9 %	12,1 %
2015	49 %	50 %	2,5 %	11,6 %
2016	52 %	53 %	2,4 %	11,2 %
2017	58 %	58 %	2,3 %	11,7 %
2018	62 %	61 %	2,1 %	10,0 %
Målvärde	–	–	1,9 %	8,7 %

Källa: Graviditetsregistret.

4.2.2 Andelen allvarliga bristningar har minskat i alla landsting

I figur 17 har vi sammanställt de insatser som landstingen har redovisat att de genomfört med hjälp av satsningens medel under 2016–2018. Totalt har landstingen under perioden redovisat att de inom satsningen på kvinnors hälsa har genomfört cirka 370 olika insatser som rör graviditetsvårdkedjan på olika sätt, varav drygt 50 berör de områden som vi studerar i den här rapporten. Eftersom en insats kan avse allt från ett övergripande utvecklingsarbete om en viss fråga till ett mindre projekt eller till och med ett inköp av en viss utrustning, så är antalet insatser inte så intressant ur uppföljningssynpunkt. Därför talar vi i huvudsak om hur många landsting som genomfört insatser på olika områden. Det är viktigt att tänka på att sammanställningen inte omfattar allt utvecklings- och förbättringsarbete som pågår inom dessa områden, utan bara de insatser som finansierats med medel från satsningen. Vi vet från intervjuer att landstingen och klinikerna bedriver mer utvecklingsarbete på dessa områden än de specifika projekt och insatser som finansierats med medel från satsningen.

Av de områden vi studerat har flest landsting genomfört insatser med specifikt fokus på allvarliga bristningar, förlossningsrädsla och kejsarsnitt. Alla landsting har genomfört insatser med hjälp av satsningens medel för att förbättra sitt arbete med att förebygga, diagnostisera och behandla bristningar. Vanligast är olika former av utbildningsinsatser.

Utöver utbildning har insatserna avsett till exempel kvalitetsarbete, implementering av kunskapsstöd och information till patienter.

Tre av landstingen har genomfört utbildningsinsatser om hur man diskuterar alkoholvanor i mötet med kvinnor, vilket även omfattar gravida. Fem landsting har vidareutbildat delar av personalen om förlossningsrädsla och fyra landsting har arbetat med riktlinjer och vårdprogram för hantering av förlossningsrädsla. Två landsting har prövat nya arbetssätt: integrerad förlossningsvård (BB hemma), för att bättre kunna hjälpa kvinnor med traumabakgrund efter flykt från till exempel krig, och sjukhusrädda kvinnor samt *case-load* för förlossningsrädda. Case load är ett arbetssätt för ökad kontinuitet som bygger på att en primär barnmorska, med stöd av en andra barnmorska som är känd av patienten eller ett team av barnmorskor som är kända av patienten, har ansvaret för hela vårdkedjan – graviditet, förlossning och eftervård för en kvinna. I sex landsting har det genomförts insatser i relation till våldsutsatthet: utbildning i hur man frågar om våldsutsatthet och hur man bemöter de drabbade, förändrade arbetssätt och utveckling av handlingsprogram och rutiner.

Sex landsting har genomfört insatser med fokus på att minska andelen kejsarsnitt. 15 landsting har genomfört insatser som handlar eftervård, men dessa har inte haft direkt fokus på andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesöket. Ett landsting har genomfört insatser med specifikt fokus på eftervårdsbesök.

Utöver de insatser som har ett uttalat fokus på de områden vi studerar så har landstingen också genomfört insatser med bredare fokus, men som kan påverka de indikatorer vi studerar. Det gäller till exempel insatser som avser stärkt bemanning och förbättringsarbete generellt. I åtta landsting har medel från satsningen använts för insatser för förbättrade strukturer för förbättrings- och kvalitetsarbete med fokus på vården under graviditetsvårdkedjan. Exempel på sådana insatser är medel för att anställa en verksamhetsutvecklare och insatser för att förbättra inrapporteringen till Graviditetsregistret.



Figur 17. Redovisade insatser för graviditetsvårdkedjan som finansierats med medel från satsningen 2015–2018.

Område	Antal landsting som redovisat insatser	Exempel på insatser
Alkohol/AUDIT	3	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsinsatser • Införande av mälersättning till mödrhälsovården
Våldsutsatthet	6	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsinsatser • Utveckling av arbetssätt, rutiner och handlingsprogram
Förlossningsrädsla	6	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsinsatser • Införande av instrument för att gradera förlossningsrädsla • Utveckling av riktlinjer, rutiner och vårdprogram • Extra besök i basprogrammet • Extra besök för måttligt förlossningsrädda på MVC • Projekt integrerad förlossningsvård för kvinnor med sjukhusrädsla och tidigare trauman • Stärkt samordning mellan Aurora och barnmorskemottagningar • Case-loadprojekt för förlossningsrädda • Resursförstärkning av auroraverksamhet
Kejsarsnitt	6	<ul style="list-style-type: none"> • Utvecklingsprojekt med fokus på att minska andelen kejsarsnitt, några med specifikt fokus på icke-medicinska kejsarsnitt
Ryggbedövning/EDA	0	
Oxytocinstimulering under förlossning	1	<ul style="list-style-type: none"> • Analys för att se över användningen av oxytocin
Bristningar	21	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsinsatser • Kvalitetsarbete och implementering av kunskapsstöd • Information till patienter • Bemanning
Eftervårdsbesök	1	<ul style="list-style-type: none"> • Nya arbetssätt för att öka kvaliteten på eftervårdsbesöket och andelen kvinnor som kommer
Tid på BB	2	<ul style="list-style-type: none"> • Nya arbetssätt, till exempel rondning på patienthotell för att kunna erbjuda fler platser

Källa: Landstingens redovisning av insatser som genomförts inom ramen för regeringens och SKL:s överenskommelser.

4.3 POSITIV UTVECKLING NÄR DET GÄLLER ALLVARLIGA BRISTNINGAR

Som framgått tidigare har vi valt att använda indikatorn bristningar av grad III och IV för att identifiera framgångsfaktorer för minskade omotiverade skillnader. I det här avsnittet ger vi därför en mer ingående redogörelse av utvecklingen på området. Arbetet som har bedrivits på landets förlossningskliniker avspeglas i förbättrade resultat för en stor del av klinikerna och landstingen, men också på nationell nivå. Resultaten har förbättrats över tid för både icke-instrumentella och instrumentella förlossningar, och för både förstföderskor och omföderskor. Vi ser en tendens till minskad variation i klinikernas resultat, men också att den totala spridningen är ungefär densamma till följd av att förbättringar skett både i den övre och undre delen av spridningen. Det behövs fortsatt uppföljning för att kunna avgöra om de förbättrade resultaten över tid också leder till minskade omotiverade skillnader mellan kliniker och regioner.

Under senare år har även uppföljningen av bristningar av grad II utvecklats, och följs nu upp för allt fler kliniker i Bristningsregistret. Det är angeläget att över tid kunna följa utvecklingen också för grad II-bristningar, som har betydelse ur ett patientperspektiv eftersom de också kan ge upphov till besvär. Men i den här rapporten är redogörelsen avgränsad till de allvarigare bristningarna.

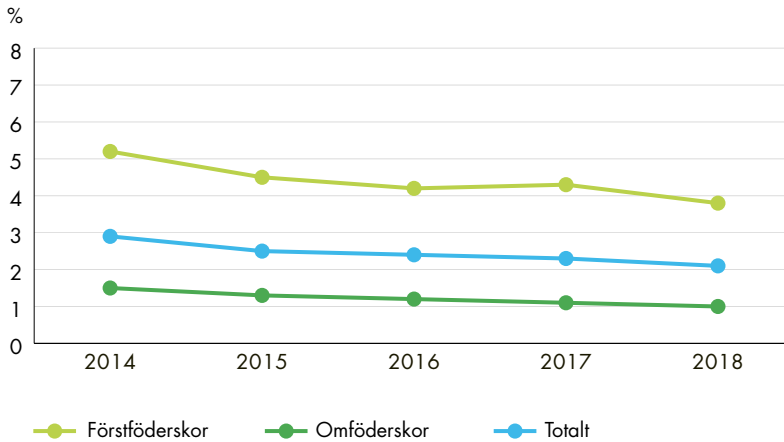
4.3.1 Minskad andel allvarliga bristningar under 2014–2018

Figur 18 och 19 visar utvecklingen av allvarliga bristningar vid icke-instrumentell respektive instrumentell förlossning under perioden 2014–2018. Utvecklingen redovisas separat för först- och omföderskor samt för båda grupperna sammanslaget.

Figur 18 visar att allvarliga bristningar vid icke-instrumentell förlossning är vanligare bland förstföderskor, men har minskat i båda grupperna. Bland förstföderskor som föder vaginalt icke-instrumentellt har andelen kvinnor som får en allvarlig bristning minskat från 5,2 procent 2014 till 3,8 procent 2018, och bland omföderskor från 1,5 procent till 1 procent. För först- och omföderskor sammanslaget har andelen minskat från 2,9 till 2,1 procent sedan 2014. Det nationella medelvärdet har alltså närmat sig den målnivå om 1,9 procent som satts av Graviditetsregistret.



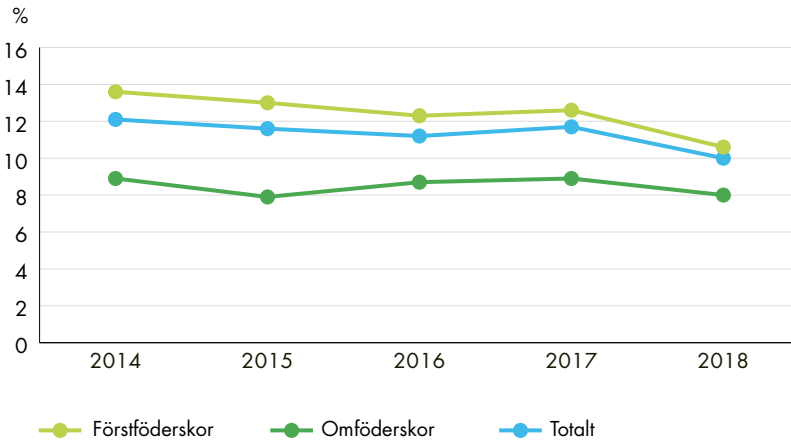
Figur 18. Allvarliga bristningar vid icke-instrumentella vaginala förlossningar 2014–2018, redovisat för förstföderskor, omföderskor och först- och omföderskor sammanslaget.



Källa: Graviditetsregistret (först- och omföderskor) och Värden i siffror (totalt)

Det är vanligare med allvarliga bristningar vid instrumentell förlossning, men också när det gäller den indikatorn har det skett en förbättring över tid. Figur 19 visar att andelen förstföderskor som drabbas av en allvarlig bristning vid instrumentell förlossning har minskat från 13,6 till 10,6 procent, och att andelen omföderskor som får en allvarlig bristning vid instrumentell förlossning har minskat från 8,9 till 8 procent mellan åren 2014 och 2018. För först- och omföderskor sammanslaget har andelen minskat från 12,1 till 10,1 procent: för den gruppen har Graviditetsregistret satt ett målvärde på 8,7 procent. Det har skett stora förbättringar på vissa större förlossningskliniker som i början av den studerade perioden hade en relativt stor andel allvarliga bristningar vid instrumentella förlossningar. Som exempel kan nämnas att Södersjukhuset i Stockholm har minskat andelen allvarliga bristningar hos förstföderskor vid instrumentella förlossningar från 23,5 procent 2014 till 10,2 procent 2018, enligt Graviditetsregistret.

Figur 19. Allvarliga bristningar vid instrumentella vaginala förlossningar 2014–2018, redovisat för förstföderskor, omföderskor och först- och omföderskor sammanslaget.



Källa: Graviditetsregistret (först- och omföderskor) och Värden i siffror (totalt)

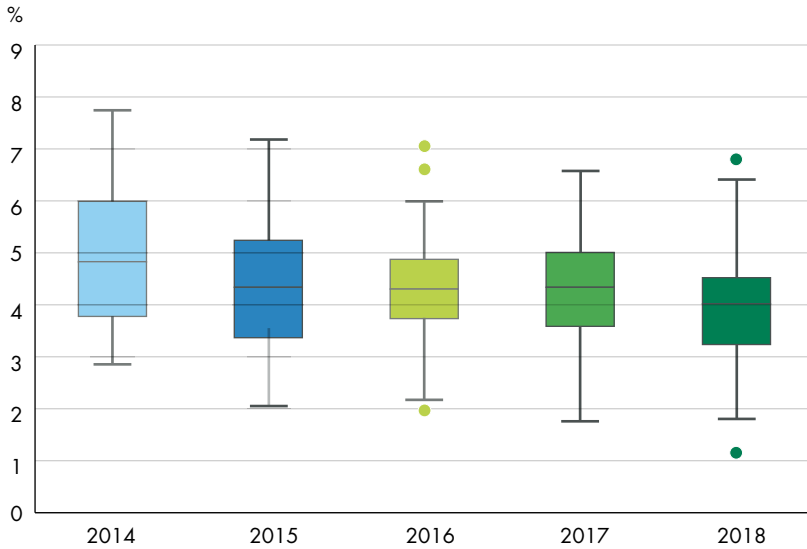
4.3.2 Viss tendens till minskade skillnader

Det finns flera olika sätt att analysera spridningen i ett datamaterial, och de olika sätten visar olika aspekter av spridningen. Vi synliggör nedan spridningen mellan klinikernas resultat olika år med hjälp av ett låddiagram (figur 20). Vi har också beräknat variansen i observationerna respektive år. Ju högre värde på variansen, desto större spridning finns det bland observationerna.

Låddiagrammet visar hur spridningen mellan klinikerna har utvecklats under perioden 2014 till 2018. Vi ser att både den lägsta och högsta andelen samt medianen har förflyttats nedåt under perioden. Vi vet också att medelvärdet har minskat. Samtidigt är avståndet mellan det högsta och lägsta värdet ungefär detsamma under perioden – den totala spridningen mellan kliniker har alltså inte förändrats nämnvärt, 2018 varierade andelen bristningar från drygt 1 procent till strax under 7 procent mellan olika kliniker bland förstföderskor med vaginal icke-instrumentell förlossning. Storleken på lådan visar avståndet mellan kvartil 1 och 3, och vi ser en trend mot minskat kvartilavstånd under perioden. Variansen i klinikernas resultat är något mindre 2018 jämfört med 2014. Sammanfattningsvis ser vi viss tendens till minskad variation när vi studerar variansen, men också att skillnaden mellan högsta och lägsta värdet är ungefär samma olika år.



Figur 20. Spridning mellan förlossningskliniker i andel allvarliga bristningar vid vaginala icke-instrumentella förlossningar, förstfödernaskor 2014–2018.



Kommentar: Punkterna visar extremvärden. Boxen, eller lådan, innehåller 50 procent av värdena. Storleken på boxen visar avståndet mellan den 25:e och 75:e percentilen. Linjen visar avståndet mellan det högsta och lägsta värdet. För vissa kliniker är konfidensintervallen stora, vilket bör beaktas vid jämförelser. Jämförelsen har gjorts för alla kliniker som har fler än fem allvarliga bristningar respektive år. Urvalet inkluderar omkring 95 procent av alla icke instrumentella förlossningar som registrerats i Graviditetsregistret respektive år.

4.4 FRAMGÅNGSFAKTORER FÖR MINSKADE OMOTIVERADE SKILLNADER

Utvecklingen har alltså gått i rätt riktning för allvarliga bristningar. Även om viss variation alltid kan förväntas, bör fortsatt utvecklings- och förbättringsarbete över tid också leda till minskade skillnader. I det här avsnittet har vi sammanställt faktorer som i forskning och andra studier har visat sig vara av särskild betydelse för att bedriva systematiskt förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Vi redovisar också vilka övergripande framgångsfaktorer som vi genom våra intervjuer och andra observationer kunnat identifiera som betydelsefulla för den positiva utvecklingen av allvarliga bristningar i samband med förlossning. Dessa kan användas som underlag för att minska andra omotiverade skillnader.

4.4.1 Framgångsfaktorer för förbättringsarbete – några lärdomar från forskningen

Flera kvalitetsutvecklingsteorier förenas i att utgångspunkten för förbättringsarbetet bör vara den som verksamheten finns till för – i vården är det oftast patienten. Därför bör utvecklingsarbetet präglas av fokus på de processer och den helhet som skapar värde för patienterna. Det vill säga att målet är en vård som utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser i hela vårdprocessen – det som brukar benämnas personcentrerad vård (Vårdanalys 2018b). Att arbeta för ökad personcentrerad vård är också en strategi för att nå ökad jämlikhet i vården – genom att utgå från individens behov och förutsättningar och arbeta aktivt för att försöka utjämna skillnader i förutsättningar mellan olika grupper kan vården och hälsan bli mer jämlik.

Förbättringsarbete brukar användas som samlingsbegrepp för de insatser som görs för att förbättra resultaten för patienterna, förbättra processerna och systemen och stärka den professionella utvecklingen (Batalden och Davidoff 2007). Förbättringskunskap är i sin tur läran om olika metoder och verktyg som man kan använda för att förbättra en verksamhet på ett systematiskt sätt (Batalden och Stoltz 1993).

Även om det saknas mycket kunskap om vilka komponenter eller mekanismer som är mest betydelsefulla och effektiva för att åstadkomma förändring, finns det forskning som kan ge vägledning om vilka förutsättningar som kan vara främjande för kvalitetsutveckling och förbättringsarbete. Till exempel visar en forskningsgenomgång av Kaplan m.fl. 2010 att organisationskultur, engagerat ledarskap, data- och informationsinfrastruktur och den tid som en verksamhet arbetat med kvalitetsförbättringsarbete har betydelse för ett lyckat förbättringsarbete. Samtidigt konstaterar artikelförfattarna att den tillgängliga forskningen inte är tillräcklig för att slå fast vilka faktorer som är av störst betydelse.

Nedan går vi igenom några av de faktorer som verkar ha betydelse för att nå framgång med systematiskt förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Vi har däremot inte genomfört någon systematisk litteraturgenomgång i ämnet. Det kan alltså finnas faktorer som är av betydelse som vi inte har lyft fram.

Fokus på och involvering av patienterna i utvecklingsarbetet

Utgångspunkten för förbättringsarbetet ska vara den som verksamheten finns till för. Därför bör utvecklingsarbetet präglas av fokus på de processer och den helhet som skapar värde för patienterna. Då behöver man veta vad som är viktigt och skapar värde för patienterna, både i medicinska resultat och andra aspekter av vården. Det har visat sig att patienter och anhöriga kan



ha skilda förslag på vad som behöver göras för att förbättra en vårdprocess, jämfört med personalen (Gustavsson 2016). Mätningar av resultat bör också ta i beaktande vad patienter tycker är viktigt. En framgångsfaktor kan också vara att direkt involvera patienter och deras anhöriga i utvecklingsarbetet till exempel på en enhet (Vårdanalys 2018b).

En kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap

För att driva systematisk och kontinuerlig kvalitetsutveckling behöver den professionella kunskapen om ämnet, färdigheter i hur man botar, lindrar och tröstar samt värderingar och etik kompletteras eller förenas med så kallad förbättringskunskap både hos ledare och medarbetare (Batalden & Stoltz, 1993). Forskare (se till exempel Batalden och Stoltz 1993 och Thor 2002) beskriver det som att *professionell kunskap* utgör det som olika professioner tillägnar sig genom utbildning och praktik, medan *förbättringskunskap* består av fyra komponenter:

1. Systemförståelse – att förstå hur olika delar av vården, processer och vårdprofessioner fungerar i ett system och hur det påverkar helheten för patienterna
2. Förståelse för variation i processer – genom mätningar och analys med hjälp av statistiska metoder
3. Förändringspsykologi – till exempel hur grupper fungerar och vad som motiverar förändring
4. Kunskap om lärande – läran om att använda teori, observation och erfarenhet för att bygga kunskap.

Förbättringskunskap kan alltså ses som en egen specialistkompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att utveckla systemen, förstå variation genom statistiska metoder, förändringspsykologi och pedagogik. Men för att veta vad som behöver förbättras och för att kunna genomföra förbättringar behövs förståelse för det område man vill förbättra (Thor 2002). Man kan säga att den professionella kunskapen bidrar till utvecklingen av nya behandlingar, medan förbättringskunskap bidrar till utvecklingen av processer och system ur ett patientperspektiv (Vårdanalys PM 2016:3).

Lärande och förbättring som en del av den ordinarie verksamheten

Även om utveckling kan ske till följd av enstaka kompetensutvecklingsinsatser och projekt, så stärks förutsättningarna för långsiktiga och kontinuerliga förbättringar genom att bygga in lärande och kontinuerligt förbättringsarbete

som en del av den ordinarie verksamheten. I en lärande organisation arbetar man med att successivt bygga kunskap och förbättra verksamheten. Utöver den kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap som beskrevs ovan, behövs därför också organisatoriska förutsättningar för att arbeta med systematiska förbättringar och lärande. Tid och resurser behöver avsättas, eftersom utvecklingsarbete annars lätt trängs undan av de ordinarie arbetsuppgifterna (Thor 2002). Organisationens vana att arbeta med förbättringsarbete har visat sig ha betydelse för hur framgångsrikt förbättringsarbetet blir (Kaplan et. Al 2010).

Engagerat ledarskap och organisationskultur som stödjer utveckling

En viktig faktor för kontinuerligt förbättringsarbete är ett engagerat ledarskap som skapar ett gemensamt syfte i organisationen och främjar organisatoriskt lärande (Batalden och Stoltz 1993). Ledningens uppgift är att skapa riktning och mening och se till helheten och skapa förutsättningar för organisationens utveckling. Det innebär till exempel att bidra till förbättringsarbetets inriktning, skapa förändringstryck, se till att förbättringskompetens finns tillgänglig, fråga efter resultat och skapa system för att följa upp den utveckling som sker (Vårdanalys 2017, Bergman & Klefsjö 2012). I ledarskapets uppgift ingår därmed att säkerställa att det finns kunskap om resultaten som verksamheten skapar för användarna, det vill säga patienterna – för att kunna se förbättringsbehoven. Det förutsätter också att ledarskapet har tillgång till eller själv kan inhämta den data som behövs och analysera den.

Chefer behöver ha, eller ha tillgång till, den kombination av professionell kunskap och kunskap om metoder för förbättringsarbete som beskrevs ovan. En viktig beståndsdel i förbättringskunskapen som vi beskrivit tidigare är kunskapen om systemen – systemförståelsen. Det är viktigt för alla medarbetare i vården men för chefer är det särskilt viktigt att ha en långtgående förståelse för hur systemen fungerar, för att se möjligheter till förbättringar som utgår från patienternas behov (Vårdanalys 2017). Det vill säga identifiera och möjliggöra förändringar i systemen för att förbättra för patienterna, även om det utmanar etablerade organisatoriska strukturer eller processer.

I hälso- och sjukvården bedrivs ledarskap på olika nivåer. Det finns inte minst ett långtgående kliniskt ledarskap – många av de som arbetar i hälso- och sjukvården är ledare även om de inte är chefer. Erfarenheterna visar att det är viktigt att det kliniska ledarskapet involveras och att eventuella informella ledare kan vara en framgångsfaktor att få med i förbättringsarbetet. Forskningsgenomgången av Kaplan m.fl. 2010 visade att det fanns ett



visst stöd för att läkarinvolvering var en framgångsfaktor för framgångsrikt förbättringsarbete, men än tydligare var att ledarskap från högre ledning hade betydelse för förbättringsarbetet. Det är därmed viktigt att ledarskapet på olika nivåer i systemet styr åt samma håll.

Ledarskapet i en organisation är också viktigt för att forma och upprätthålla en organisationskultur som stödjer förändring och utveckling. Det ofta använda uttrycket ”kulturen äter strategin till frukost” tar fasta på att kulturella faktorer är viktiga för att förstå vad som motiverar och styr både människors och organisationers agerande. Organisationer behöver däremot inte ha *en* kultur; i stället är det vanligt med flera olika och ibland konkurrerande kulturer i en organisation (Davies m.fl. 2000). Inom hälso- och sjukvården kan till exempel olika professioner vara bärare av olika kulturer och logiker som ibland krockar med varandra och kan påverka möjligheten att uppnå förändring.

Motivation för förändring

När man vill förändra behöver man tänka på att organisationer är trögrörliga och svåra att förändra. Ofta krävs någon form av förändringstryck. Här är förväntningar avgörande – så länge en organisation levererar resultat i linje med förväntningarna kommer sällan några yttre påtryckningar om utveckling och förändring. Verksamheten riskerar då att stagnera och nöja sig med sin resultatnivå (Vårdanalys 2018c). Det är med andra ord avgörande att det finns förändringstryck i någon form, till exempel genom förändrade externa eller interna förväntningar på vad som är ett gott resultat. Motivationen kan alltså komma från både yttre tryck och interna drivkrafter.

En studie visar att kollegor som efterfrågar lokala resultat hade störst påverkan på om förbättringsarbete skedde eller inte (Eldh 2016), och Kaplan 2010 fann att mikrosystemets motivation – det vill säga att de som arbetar med patienten ser ett förbättringsbehov – verkade vara av betydelse för om förbättringsarbetet var framgångsrikt. Motivation kan också stärkas genom revision och återkoppling (”audit and feedback”). Det har visat sig ha effekt, om än liten men potentiellt viktig, på förbättringar i professionell prestation och på patientresultat (Ivers 2012). Detsamma gäller information om hur de bästa gör för att bli så bra som möjligt – så kallad benchmarking (Sower 2007). Ivers 2012 menar att revision och återkoppling verkar vara mest effektivt när utgångsläget är dåligt, när den som ger feedback är en kollega eller en överordnad, när den ges mer än en gång, när den ges både muntligen och skriftligen och när den innehåller konkreta mål och handlingsplan.

Följa upp, jämföra och få återkoppling med stöd av data av god kvalitet

För att kunna se förbättringsbehov, behövs kunskap om vilket resultat som de samlade insatserna ger för patienterna och vilka resultat som behöver förbättras. Det kan ske genom att mäta vilka resultat vården får för patienterna jämfört med andra enheter och undersöka hur vården fungerar ur ett patientperspektiv, till exempel genom att fråga patienterna.

För många av de metoder för förbättringsarbete som litteraturen beskriver har kvalitetsregister en viktig roll (Cadilhac 2013). Utgångspunkten för flera av metoderna för förbättringsarbete är att kontinuerlig datainsamling kan användas för att identifiera brister i vården (Vårdanalys 2017:4). De identifierade bristerna kan sedan bli föremål för åtgärder och därefter följas upp med nya mätningar som visar eventuella effekter av åtgärderna. Kvalitetsregister med relevant innehåll och data av god kvalitet ger goda förutsättningar för förbättringsarbete, men tillgång till data är i sig ingen garanti för att den kommer att användas för kvalitetsförbättringar (van der Veer 2010, Eldh 2014). Andra viktiga framgångsfaktorer för att använda kvalitetsregister i förbättringsarbete är till exempel mottagarnas tilltro till datakvaliteten och mottagarnas motivation, samt modeller för hur verksamheten kontinuerligt ska arbeta med förbättringsarbete med stöd av data. Det behövs också lokal kompetens för att kunna hantera och förstå registerdata samt kunskap om och resurser för att initiera, genomföra och utvärdera kvalitetsförbättring med registerdata som underlag (Eldh m.fl. 2014).

Några viktiga beståndsdelar i en god tillgång till data är att data är relevant, aktuell och håller hög kvalitet. Data behöver också både mäta relevanta process- och strukturmått samt både objektiva medicinska resultat och patientrapporterade resultat- och upplevelsemått.

4.4.2 Faktorer som främjat utvecklingen avseende allvarliga bristningar

Det är genom förbättring och utveckling lokalt på landets förlossningskliniker som den nationella förbättringen för allvarliga bristningar har uppstått. Utvecklingen har skett både inom ramen för verksamhetens kontinuerliga förbättringsarbete och i enskilda projekt.

I det här avsnittet redogör vi för faktorer som i vår undersökning framkommit som viktiga förutsättningar i det utvecklingsarbete som bedrivits för att minska bristningar. Flera av faktorerna känns igen från de generella främjande faktorer som brukar lyftas i forskning om framgångsrikt utvecklingsarbete som återgavs kortfattat ovan. Faktorerna är viktiga var och en för sig, men en övergripande framgångsfaktor kan vara att de funnits



på plats samtidigt och därmed tillsammans skapat goda förutsättningar för den utveckling som skett. Sammanställningen av faktorer som främjat utvecklingen av bristningar är inte uttömmande. Det kan finnas flera faktorer än de vi nämner som har haft betydelse för utvecklingen, och vi gör heller inte anspråk på att fastställa några kausala samband. Det är inte heller så att alla dessa faktorer funnits på plats på alla platser i landet. Det kan vara så att vissa kritiska främjande faktorer har saknats i de delar av landet där ansträngningarna ännu inte gett önskad effekt.

De främjande faktorer som identifierats kan ge underlag för hur beslutsfattare och ledare inom vården kan främja utvecklingsarbete med fokus på nationella mål och minska omotiverade skillnader. De främjande faktorer vi identifierat utifrån våra analyser är:

- tillgång till data för att jämföra och för att mäta resultat av förändringar
- tillgängliggjorda kunskapsstöd, stärkt professionell kompetens och kollegialt lärande
- en lärande organisationskultur och strukturer för förbättringsarbete
- sammanhängande nationell, regional och professionell styrning som skapat en gemensam riktning i utvecklingsarbetet
- förändringstryck från patienter och från befolkningen och motivation till förändring hos vårdens professioner.

Tillgång till uppdaterade data för att mäta resultat av förändringar

När det gäller allvarliga bristningar har det funnits tillgång till uppdaterade data som medfört möjligheter till både internationella och nationella jämförelser, för att identifiera förbättringspotential och därmed skapa motivation till utveckling. Vi uppfattar att de nationella kvalitetsregistren och Medicinska födelseregistret har haft legitimitet i verksamheterna och använts aktivt för uppföljning och jämförelser.

Datatillgången har gjort det möjligt att följa resultat på den egna kliniken också i samband med förbättringsarbete – det vill säga att följa hur resultaten förändras i och med ett förbättringsarbete. Detta är en central beståndsdel i ett lärandestyrt arbetssätt.

Tillgängliggjorda kunskapsstöd, stärkt professionell kompetens och kollegialt lärande

Det har funnits tillgängliggjord kunskap om fungerande arbetssätt för att förebygga allvarliga bristningar. Ett exempel är Bäckebottenutbildningen som togs fram av SBF och LÖF, som har varit en central komponent i de flesta

klinkers utvecklingsarbete och möjliggjort att arbeta utifrån en gemensam modell utan att behöva uppfinna hjulet på varje klinik.

Det har också funnits eldsjälar och igångsättare inom professionerna som genom engagemang skapat rörelse i frågan. I våra intervjuer berättas samstämmigt om att vissa enskilda personer varit avgörande för att ta fram och sprida kunskap och framgångsrika arbetssätt.

Nära kopplat till detta är vikten av strukturer, arbetssätt och organisering för att bygga erfarenhet och stödja *interprofessionellt och kollegialt lärande*. Flera intervjupersoner vittnar om att det kollegiala och interprofessionella lärandet har ökat. Det handlar bland annat om att använda erfaren personal för att mer effektivt föra över sin kunskap till mindre erfarna medarbetare, till exempel genom handledning. Intervjupersoner lyfter också att ett av värdena med att möjliggöra för fler personer att vara närvarade i förlossningsrummet är att det skapar förutsättningar för kollegialt och interprofessionellt kunskapsutbyte och lärande, både när det gäller förebyggande av bristningar och sådant som diagnostisering och suturering.

I våra intervjuer har det framkommit exempel på att det också finns en upplevelse av *förbättringar i teamarbetet* på flera kliniker som sett förbättringar när det gäller bristningar. Man har till exempel lyft betydelsen av att man genom utbildning har fått ett gemensamt språk och ett mer strukturerat sätt att arbeta i teamet.

Utöver att ha haft tillgång till och genomgått utbildning behövs också *fungerande införande av nya arbetssätt* för att någon effekt ska uppstå. De förbättringar som skett tyder på att organisationerna varit framgångsrika i att omsätta ny kunskap och nya arbetsmetoder i handling. I intervjuer har de flesta barnmorskor och läkare berättat att de upplever stora och konkreta förändringar i arbetssätten och generellt sett ökad kompetens om hur bristningar kan förebyggas, upptäckas och åtgärdas.

Lärande organisationskultur och strukturer för förbättringsarbete

Vi konstaterade tidigare att organisationskulturen är viktig för lärande och utveckling och att strukturer för förbättringsarbete har betydelse för långsiktigt och uthålligt förbättringsarbete. I våra intervjuer framhålls att en viktig del av utvecklingen av förekomst av allvarliga bristningar har varit olika studiebesök, föreläsningar, träning med externa experter och andra former för kunskapsutbyten för att lära av andra, vilket kan ses som ett tecken på *öppna och förändringsbenägna organisationer*. En del av öppenheten och förändringsbenägenheten kommer sannolikt av det funnits *motivation för förändring* på både organisations-, professions- och individnivå.



I intervjuer med medarbetare på kliniker som haft en positiv utveckling när det gäller förekomsten av allvarliga bristningar har intervjupersonerna också lyft betydelsen av de övergripande *strukturerna för systematiskt förbättringsarbete*, till exempel ett arbetssätt som bygger på kontinuerlig uppföljning och analys samt återkoppling på både övergripande resultat och enskilda händelser.

Sammanhängande nationell, regional och professionell styrning

Det har funnits en *gemensam bild av utvecklingsbehovet och prioritering* av området på olika nivåer och i olika delar av landet när det gäller förekomsten av allvarliga bristningar. På senare år har det också etablerats vissa *nationella mål* att arbeta mot, till exempel mål som satts av Graviditetsregistret för andelen bristningar vid icke-instrumentella och instrumentella förlossningar.

Samtliga landsting har prioriterat arbetet med bristningar inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård. Men på flera håll har arbetet för att förebygga bristningar pågått även innan satsningen tillkom. Det undervisningsmaterial i form av Bäckebottenutbildningen som presenterades 2017 har till exempel använts inom satsningen genom att landsting har låtit personal genomgå utbildningen, men själva Bäckebottenutbildningen tillkom genom arbete utanför satsningen.

Det tycks som att satsningen på kvinnors hälsa tillkom under tid när många övriga förutsättningar fanns på plats för att bedriva ett nationellt utvecklingsarbete – som tillgång till professionell kunskap om metoder för att minska bristningar, och professionell motivation och förändringstryck från patienter. På så sätt kan man se det som att satsningen kom i rätt tid när rätt förutsättningar fanns på plats, men vi vet heller inte hur mycket av arbetet och förbättringarna som skulle ha genomförts utan satsningen.

Förändringstryck från patienter och från befolkningen

Det har funnits *ett externt tryck på förändring* när det gäller att förebygga bristningar och bättre diagnosticering och behandlingar av förlossningsskador via media och olika organisationer. Flera organisationer och rörelser med syfte att uppmärksamma problem med förlossningsvård, bland annat med fokus på problem efter förlossningsskador, har startats och fått stor uppmärksamhet. Det är också något som fått utrymme i den politiska debatten och där politiker på nationell nivå fokuserat på frågan, bekräftat problembilden och pekat ut behovet av åtgärder.

Den förhållandevis stora mediala uppmärksamhet som funnits om förlossningsvården och förlossningsskador under senare år kan utöver

att ha skapat ett förändringstryck också ha bidragit till *ökad kunskap i patientgruppen*. Ökad kunskap och medvetenhet hos patienterna upplevs i intervjuer ha kunnat bidra till ökad oro, men också ha bidragit till ett förändringstryck. Det finns flera exempel på hur verksamheter som en del av sitt arbete med bristningar har utvecklat sin information till och kommunikation med patienter om bristningar för att bättre kunna möta patienters frågor och oro.

4.5 TRE UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR ATT MINSKA OMOTIVERADE SKILLNADER

Vi pekar ut tre utvecklingsområden inom vilka vi ser att beslutsfattare och andra aktörer kan stärka förutsättningarna för ett utvecklings- och förbättringsarbete som leder till minskade omotiverade skillnader. Vi lämnar inte rekommendationer om konkreta arbetssätt eller metoder på olika områden. Vi har samlat våra förslag till olika aktörer inom tre utvecklingsområden:

- stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård
- stärkta förutsättningar regionalt och lokalt förbättringsarbete
- utvecklad kunskapsstyrning

Nedan utvecklar vi kortfattat behoven inom respektive område och hur olika aktörer kan bidra till att stärka utvecklingen i den här riktningen. Vissa rekommendationer riktas till regeringen och andra till landstingen. Några rekommendationer har vi valt att rikta till landstingen gemensamt. Men med tanke på den pågående utvecklingen när det gäller den nationella kunskapsstyrningsstrukturen har vi valt att inte närmare rikta rekommendationer som gäller landstingens gemensamma arbete till specifika forum.

► *Utvecklingsområde 1: Stärkta förutsättningar för en personcentrerad vård*

Grunden för en jämlik vård läggs genom att arbeta mot en personcentrerad vård. Genom att utgå från individens behov och preferenser och anpassa vården efter skillnader i olika individers förutsättningar minskar risken för att omotiverade regionala skillnader uppstår. Det kräver att vården i alla delar av landet har de förutsättningar och verktyg som behövs för att arbeta personcentrerat.



En del av en personcentrerad vård är att patienter är medskapare i vården – både genom delat beslutsfattande i sin egen vård och genom att involvera patienter och befolkningen i utvecklingen av vården. När det gäller graviditetsvårdkedjan finns goda förutsättningar för att på olika sätt involvera gravida kvinnor och deras partner i vården och i vårdens utveckling – de är ju ofta friska.

Ett arbete mot ökad personcentrering kräver kunskap om vad som är viktigt ur patienternas perspektiv och uppföljning av hur vården fungerar ur ett patientperspektiv, för att kunna identifiera förbättringsbehov. I dag saknas en sådan uppföljning för graviditetsvårdkedjan, men arbete pågår med att utveckla en nationell enkät till kvinnor för att följa upp deras erfarenheter av vården i samband med graviditet och förlossning.

Regeringen kan stärka förutsättningarna för en personcentrerad vård i graviditetsvårdkedjan genom att

- inom ramen för överenskommelser med sjukvårdshuvudmännen och SKL ställa krav på att den Graviditetsenkät som planeras genomförs enligt plan samt att den genomförs regelbundet.

Landstingen kan med gemensamma insatser stärka förutsättningarna för en personcentrerad vård i graviditetsvårdkedjan genom att

- arbeta för att graviditetsenkäten genomförs med regelbundenhet.

Landstingen kan stärka förutsättningarna i sina egna verksamheter på detta område genom att

- kontinuerligt följa upp patienternas erfarenheter av vården genom Graviditetsenkäten och andra kompletterande undersökningar och använda resultaten för att identifiera förbättringsbehov och bedriva förbättringsarbete
- säkerställa att verksamheterna har de förutsättningar som behövs för att anpassa vården till kvinnors olika preferenser och behov inom ramen för en god vård och för prioriteringsprinciperna
- stödja verksamheterna med metoder och strategier för en personcentrerad vård
- efterfråga att verksamheterna involverar patienter i vårdens utvecklingsarbete.

► *Utvecklingsområde 2: Stärkta förutsättningar för regionalt och lokalt förbättringsarbete*

Nationella förbättringar och minskade skillnader nås genom lokalt och regionalt utvecklingsarbete. Det behövs också möjlighet till nationell uppföljning för att följa utvecklingen. Då behövs data som verksamheterna känner tillit till och som är relevant för både verksamhetsnära analyser och nationell uppföljning. Fortsatt arbete med att säkerställa korrekt inrapportering till nationella kvalitetsregister och fortsatt utveckling av nationella indikatorer som är relevanta ur ett jämlikhetsperspektiv behövs. Det kan stärka förutsättningarna för både regionalt och lokalt förbättringsarbete samt nationell uppföljning och analys. Nationella mål med bred legitimitet och nationell uppföljning utifrån dessa mål kan skapa gemensam riktning och främja att lokalt och regionalt förbättringsarbete leder till nationella förbättringar och ökad jämlikhet.

Utöver att säkra god datatillgång för uppföljning och analys, behövs också organisatoriska strukturer och stödsystem för att arbeta med utveckling. Det bör finnas både förbättringskunskap och professionell kompetens i organisationens olika delar, och en organisationskultur som stödjer utveckling. Goda strukturer för kontinuerligt utvecklingsarbete minskar också risken att enskilda projekt som gett goda resultat inte omsätts i ordinarie praktik.

Landstingen kan tillsammans med professionerna och kvalitetsregistren stärka förutsättningarna på detta område genom att

- fortsätta utveckla nationella mål för graviditetsvårdkedjan
- följa upp resultaten för kvalitetsindikatorer som är särskilt viktiga för att följa utvecklingen av vårdens jämlikhet vad gäller graviditetsvårdkedjan.

Landstingen kan stärka sina egna verksamheters förutsättningar på detta område genom att

- fortsätta förbättra inrapporteringen till nationella kvalitetsregister
- se till att verksamheterna har tillgång till kompetens och stödstrukturer för systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete
- fokusera förbättringsarbete på områden som är angelägna ur ett patientperspektiv och för att nå nationella mål
- följa upp resultat i graviditetsvårdkedjan, inklusive resultat som visar hur vården fungerar ur ett patientperspektiv.



Regeringen kan stärka förutsättningarna på detta område genom att

- säkerställa att det görs återkommande nationell uppföljning av jämlikhet och kvalitet i graviditetsvårdkedjan genom uppdrag till myndigheter.

► *Utvecklingsområde 3: Utvecklad kunskapsstyrning*

Utöver stärkt personcentrering och stärkta förutsättningar för lokalt och regionalt utvecklingsarbete, kan förutsättningarna för minskade regionala skillnader stärkas genom att utveckla den nationella styrningen. En central främjande faktor för den positiva utvecklingen som skett av allvarliga bristningar har varit att det funnits en gemensam nationell bild av både förbättringspotentialen och behovet av utveckling samt tillgängliggjord kunskap om vilka arbetssätt som rekommenderas. Det har också varit en återkommande uppfattning i våra intervjuer att en mer sammanhållen nationell kunskapsstyrning av förlossningsvården kan bidra till att minska oönskad variation.

Vår övergripande bedömning är att behoven av utvecklad kunskapsstyrning kan se olika ut för olika delar i graviditetsvårdkedjan. På vissa områden saknas kunskapsstöd. I andra delar ser vi att det finns nationella kunskapsstöd, både i form av professionsbaserade riktlinjer och nationella medicinska indikationer, men att det kan finnas behov av att tillgängliggöra eller uppdatera kunskapsstöden. Vi har också sett exempel på att skillnaderna mellan landstingen trots kunskapsstöden ändå är betydande. I dessa fall behövs en analys av varför kunskapsstöden inte leder till den enhetliga bedömning och arbetssätt som de syftar till.

I våra intervjuer har det framförts att det inom förlossningsområdet tidigare funnits mer sammanhållna kunskapsstöd. Socialstyrelsens *State of the art – handläggning av normala förlossningar* från 2001 är det mest aktuella exemplet, men detta har inte längre status som nationellt kunskapsstöd och uppdateras därför inte. Samtidigt kan vi konstatera att det fortfarande används som utgångspunkt för en del regionala riktlinjer och rutiner för handläggning av förlossningar. Det pågår också arbete på Socialstyrelsen med nya nationella kunskapsstöd för graviditetsvårdkedjan, och det finns ett pågående projekt för att ta fram ett nationellt basprogram för mödrahälsovården i regi av arbetsgrupperna för mödrahälsovård inom SFOG och SBF, som också har bjudit in SKL i arbetet.

Sammantaget får vi en bild av att det finns ett behov av att uppdatera, utveckla och tillgängliggöra den nationella kunskapsstyrningen för

gravitetsvårdkedjan, men också att ett sådant arbete bör föregås av en inventering och behovsanalys. För att ta fram och kontinuerligt uppdatera kunskapsstöd, behövs kunskap om hur olika metoder och arbetssätt relaterar till både medicinska resultat och patientupplevd kvalitet. För graviditet och förlossning finns förhållandevis goda möjligheter till uppföljning av medicinska resultat i och med Medicinska födelseregistret och Graviditetsregistret. Därmed finns stor potential för studier och ökat lärande om effekter av olika arbetssätt under graviditet och förlossning.

Landstingen kan med gemensamma insatser och tillsammans med professionerna stärka förutsättningarna för en jämlik vård i olika delar av landet på detta område genom att

- analysera vilka specifika kunskapsstöd som kan behöva utvecklas inom områden i graviditetsvårdkedjan, till exempel om det finns behov av ett samlat och uppdaterat nationellt kunskapsstöd för handläggning av det som betraktas som normala förlossningar
- analysera och klargöra vilka variationer i arbetssätt och utbud som ryms inom ramen för en jämlik vård.

Regeringen kan stärka förutsättningarna för en mer jämlik vård i olika delar av landet på detta område genom att

- ge de kunskapsstyrande myndigheterna de förutsättningar som behövs för att bidra till utvecklingen av kunskapsstöd utifrån behoven i graviditetsvårdkedjan.





Referenser

- Batalden och Stoltz (1993). *A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Volume 19, Issue 10, October 1993.
- Batalden och Davidoff (2007). *What is “quality improvement” and how can it transform healthcare?* Qual Saf Health Care, 2007 Feb; 16(1): 2–3
- Bergman och Klefsjö (2012). *Kvalitet från behov till användning*. Studentlitteratur.
- Bet. 1996/97:SoU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Socialutskottet.
- Cadilhac, Moss, Price, Lannin, Lim och Anderson(2013). *Pathways to enhancing the quality of stroke care through national data monitoring systems for hospitals*. Medical Journal of Australia, 199(10), s. 650–651.
- Eldh, Fredriksson, Halford, Wallin, Dahlström, Vengberg och Winblad (2014). *Facilitators and barriers to applying a national quality registry for quality improvement in stroke care*. BMC Health Services Research, 14, s. 354.
- Eldh A, Wallin L, Fredriksson M, Vengberg S, Winblad U, Halford C. och Dahlström T. (2016). *Factors facilitating a national quality registry to aid clinical quality improvement: findings of a national survey*. BMJ Open, 6, e011562.
- Davies, H. T.O., Nutley, SM., Mannion, R. (2000) *Organizational culture and quality of health care*. Quality in health care 2000; 9 111–119.
- Graviditetsregistret (2018). *Årsrapport 2017*.
- Gustavsson (2016). *Patient involvement in quality improvement*. Diss., Göteborg: Chalmers tekniska högskola.

- Halford och Dahlström (2016). *Factors facilitating a national quality registry to aid clinical quality improvement: findings of a national survey*. *BMJ Open*, 6, e011562.
- Institutet för hälsa och välfärd (2018) *Nordisk perinatalstatistik 2016*. Statistikrapport nr 5 2018.
- Ivers, Jamtvedt, Flottorp m.fl. (2012). *Audit and feedback: Effects on professional practice and Healthcare outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, s. CD000259.
- Kaplan m.fl. (2010). *The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature*. *Milbank Q.* 2010 Dec;88(4):500-59. doi: 10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x.
- Karolinska institutet (2019). *Eva-studien*: <https://ki.se/kids/eva-studien>. [Hämtat 2019-05-06].
- Kilbourne m.fl (2006) *Advancing Health Disparities Research Within the Health Care System: A Conceptual Framework*. *American Journal of public health*, december 2006, Vol 96, No. 12
- Mesterton (2019) *Measuring health care performance: variations in care process, resource use and outcomes in childbirth care. Thesis for doctoral degree*. Karolinska Institutet, Stockholm
- Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.
- Regeringsbeslut (S2016/06724/FS). *Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015-2019*. Socialdepartementet.
- Rskr. 1996/97:186.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a). *Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter*. Rapport 250/2016.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016b). *Anal-finkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Rapport 249/2016.
- SFOG – Svensk förening för obstetrik och gynekolog (2001). *Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling*. Rapport nr 46.
- SFOG – Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrahälsovårdspsykologernas förening (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Rapport nr 76, publicerad 2008, uppdaterad webbversion 2016.

- SFOG – Svensk förening för obstetrik och gynekolog (2010). *Kejsarsnitt. Rapport nr 65.*
- SFOG – Svensk förening för obstetrik och gynekolog (2013). *Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet.*
- SFOG – Svensk förening för obstetrik och gynekolog (2017). *Förlossningsrädsla. Rapport nr 77.*
- SFOG – Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och SBF - Svenska Barnmorskeförbundet (2019). *Bäckenbottenutbildning.se: <http://backenbottenutbildning.se/index.php/metodik/metodik>. [Hämtat 2019-05-06].*
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2018). *Trygg hela vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet.*
- SKL (2019a) *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2018 – före, under och efter graviditet*
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2019b). *Enkät till gravida och nyblivna mammor: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa/graviditetsenkaten.13922.html>. [Hämtat 2019-05-06].*
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2019c) *Strategier för kvinnors hälsa – före, under och efter graviditet*
- SFAI (2018). *Ryggbedövning som smärtlindring vid förlossning -- Information till dig som ska föda barn.*
- Socialstyrelsen (2001). *Handläggning av normal förlossning. State of the art.*
- Socialstyrelsen m.fl. (2011a). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. Nationella medicinska indikationer. Rapport 2011:09.*
- Socialstyrelsen m.fl. (2011b). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning. Nationella medicinska indikationer. Rapport 2011:08.*
- Socialstyrelsen (2014a). *Nya stöd för mödra- och barnhälsovården: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014april/nyastodformodra-ochbarnhalsovarden>. [Hämtat 2019-05-06].*
- Socialstyrelsen (2014b). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet.*
- Socialstyrelsen (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn Medicinska födelseregistret 1973–2014 Assisterad befruktning 1991–2013.*
- Socialstyrelsen (2016a). *Öppna jämförelser 2016. Jämlik vård. Kvinnors hälso- och sjukvård, fördjupningsrapport.*

- Socialstyrelsen (2017). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.*
- Socialstyrelsen (2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning.*
- Socialstyrelsen (2018b). *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning. En översikt av befintliga kunskapsstöd och kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd.*
- Socialstyrelsen (2018c). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.*
- Socialstyrelsen (2018d). *Komplikationer efter förlossning. Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer.*
- Sower (2007). *Benchmarking in hospitals: More than a scorecard.* Quality progress, 40(8), s. 58.
- Sveriges Kvinnolobby (Alm Dahlin, J.) (2017). *Med rätt att föda. En granskning av satsningar på förlossningsvården i budgetpropositionen för 2018.*
- SVEUS (2015) *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem.*
- Ternström m.fl. (2015) *Higher prevalence of childbirthrelated fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden.* Midwifery 31 (2015) 445–450.
- Thor (2002). *Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården.* Läkartidningen.
- Van Der Veer, De Keizer, Ravelli, Tenkink och Jager (2010). *Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers.* International Journal of Medical Informatics, 79(5), s. 305–323.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013). *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* PM 2013:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av motiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.* Rapport 2014:7.
- Vårdanalys - Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården.* PM 2016:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft.* Rapport 2017:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister.* Rapport 2017:4.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Förnuft och känsla – befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Bäddat för utveckling. Ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och omsorgen*. Rapport 2018:6
- Världsbanken (2018) *Mortality rate infant (per 1000 live births), Mortality rate neonatal (per 1000 live births), Mortality rate -5 (per 1000 live births)*. Hämtat maj 2019 från <https://data.worldbank.org/>.



BILAGA 1 – METOD OCH DATA

I bilagan redovisas :

- Information om de uppgifter från Graviditetsregistret som presenteras i rapporten inklusive beskrivning av Graviditetsregistrets modell för case-mixjustering och bakgrundsinformation om landsting och förlossningskliniker
- Genomförandet av intervjuer med verksamma i vården samt lista på vilka som intervjuats
- Exempel på vilka dokument som studerats

Data från Graviditetsregistret

De data som ligger till grund för vår rapport är i huvudsak hämtade ur Graviditetsregistret. Undantaget är vårdtid efter förlossning som hämtats från Medicinska födelseregistret som är ett nationellt hälsodataregister. Graviditetsregistret är ett kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Insamling av data till Graviditetsregistret sker på två sätt; via direktöverförda journaldata och via manuellt inmatade uppgifter av barnmorskor inom mödrahälsovård. För vissa av indikatorerna som rör mödrahälsovården, har rapporteringen under senare år gått från manuell inmatning till direktöverföring från journal, vilket behöver beaktas vid jämförelser över tid. Täckningsgraden är högre för direktöverförd journaldata än för manuellt inmatad. För båda delarna av registret finns dock variation mellan landsting och mellan olika variabler.

Landstingen i Norrbotten, Kronoberg, Uppsala och Värmland hade ingen direktöverföring av data från journal 2017. Därför finns inte uppgifter redovisat för dessa landsting eller klinikerna i dessa landsting för de uppgifter som hämtas via direktöverföring från journal. (Graviditetsregistret 2018)

Under 2017 har 115 940 förlossningar registrerats i Medicinska födelseregistret. I Graviditetsregistret finns år 2017 104 267 förlossningar registrerade vilket innebär att Graviditetsregistret i relation till Medicinska födelseregistret har en täckningsgrad på omkring 90 procent vad gäller förlossningar.

Enligt Graviditetsregistrets årsrapport har mödrahälsovårdsdelen av registret en sammanlagd täckningsgrad på 80%. I mödrahälsovårdsdelen fanns totalt 92 391 fullständiga registreringar över kvinnor med ett förlossningsdatum under 2017. Täckningsgraden varierar dock mellan landstingen. Sjutton av de 21 landstingen uppvisade en täckningsgrad på 80% eller mer för mödrahälsovårdsdelen av registret. (Graviditetsregistret 2018)

Urvalet av indikatorer

Eftersom det inte är möjligt att undersöka all data i registret så har ett urval av indikatorer gjorts. Följande kriterier har varit vår utgångspunkt i urvalet:

- det skulle finnas förhållandevis stora skillnader i utfall mellan landsting och kliniker
- indikatorerna skulle vara möjliga att studera med en samhällsvetenskaplig och kvalitativ ansats
- indikatorerna skulle avspegla skillnader som bedöms angelägna och möjliga att relatera ur ett patientperspektiv.
- indikatorerna skulle tillsammans täcka in såväl mödrahälsovården under graviditet, förlossningstillfället samt vården efter förlossning.
- indikatorerna skulle vara max tio stycken för att möjliggöra fördjupad diskussion om alla indikatorer

Urvalet av indikatorer gjordes stegvis och baserades på tidigare redovisad data, diskussioner i de inledande intervjuerna och bedömningar av olika indikatorers datakvalitet.

Redovisningsgrupper

Uttaget ur registret baserades på de kvinnor som hade ett förlossningsdatum år 2017. Avgränsningar har därefter gjorts för respektive utfall, till exempel har uttagen generellt avsett enkelbördsförlossningar. Även för

mödrahälsovårdsindikatorerna har uttaget baserats på förlossningsår, men med landsting vid inskrivning som urvalskriterium. Uppgifterna som redovisas i den här rapporten kan skilja sig mot uppgifter som tagits ut med andra urvalskriterier. I figur 1 redovisas redovisningsgruppen, täljare, nämnare och genomsnitt för riket för mödrahälsovårdsindikatorerna i rapporten och figur 2 redovisas motsvarande för förlossningsindikatorerna. Antalet i nämnaren för mödrahälsovårdsindikatorerna avser antal kvinnor för vilka det finns uppgift om aktuellt utfall. Skillnaden mellan nämnaren och det totala antalet kvinnor i urvalet avser internt bortfall (missing). För mödrahälsovårdsindikatorerna är det totala antalet kvinnor i urvalet 102 286 (inskrivna kvinnor med förlossning under 2017).

Figur 1. Mödrahälsovårdsindikatorer i rapporten.

Indikator	Redovisningsgrupp	Nämnare	Täljare	Andel (riket)
Kvinnor som screenats med AUDIT i mödrahälsovården	Förlösta 2017	102 286	83 022	81,2 %
Kvinnor som tillfrågats om våldsutsatthet i mödrahälsovården	Förlösta 2017	94 792	80 086	84,5 %
Kvinnor som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla	Förlösta 2017	93 558	7 857	8,4 %
	Förfödskor 2017	38 125	2 383	6,3 %
	Omfödskor 2017	53 017	5 307	10,0 %
Kvinnor som kom på eftervårdsbesöket i mödrahälsovården	Förlösta 2017	94 792	76 879	81,1 %

Figur 2. Förlossningsindikatorer i rapporten.

Indikator	Redovisningsgrupp	Nämnare	Täljare	Andel riket
Oxytocinstimulering under förlossning	Förstföderska, fullgången graviditet, huvudbjudning, enkelbörd, spontan start+induktion	35 197	20 554	58,4 %
Smärtlindring med epidural (EDA) under förlossning	Förstföderska, fullgången graviditet, huvudbjudning, enkelbörd, spontan start+induktion	35 197	20 490	58,2 %
Kejsarsnitt (elektiva + akuta + omedelbara)	Först+omföderskor som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla	7 690	3 205	41,7 %
	Förstföderskor som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla	2 383	969	40,7 %
	Omföderskor som fått extra stödåtgärder för förlossningsrädsla	5 307	2 236	42,1 %
Elektiva kejsarsnitt på psykosocial indikation	Förstföderskor, enkelbörd	41 487	659	1,6 %
	Omföderskor, enkelbörd	57 546	2 084	3,6 %
Bristningar grad 3 och 4	Samtliga icke instrumentella förlossningar	80 794	1 898	2,3 %
	Samtliga instrumentella förlossningar	5 368	626	11,7 %
	Vaginal icke instrumentell förlossning förstföderskor, enkelbörd	30 050	1 295	4,3 %
	Vaginal icke instrumentell förlossning omföderskor, enkelbörd	47 242	534	1,1 %
	Vaginal instrumentell förlossning förstföderskor, enkelbörd	3 980	501	12,6 %
	Vaginal instrumentell förlossning omföderskor, enkelbörd	1 128	100	8,9 %

Beräkning av konfidensintervall för några indikatorer

Resultaten för de indikatorer som ingår i rapporten presenteras deskriptivt i tabeller och diagram. I de fall grupperna är små kan det vara så att skillnader uppstår till följd av slumpen. Vi har därför beräknat konfidensintervall för de indikatorer som baseras på ett mindre antal observationer. Konfidensintervall

beräknades för andelen som fått stödåtgärder för förlossningsrädsla (uppdelat på landsting och efter födelseland och utbildningsnivå), andelen kejsarsnitt på psykosocial indikation och andelen som fått allvarliga bristningar. Konfidensintervallens betydelse för tolkningen av skillnaderna redovisas i anslutning till att skillnaderna beskrivs för respektive indikator i kapitel 2.

Graviditetsregistrets modell för case-mixjustering

Som det beskrevs ovan har vi i så stor utsträckning som möjligt redovisat uppgifter för jämförbara urval av kvinnor för att minimera påverkan av populationsrelaterade skillnader mellan landsting. I tillägg till det har vi från Graviditetsregistret fått så kallad case-mixjusterad data för ett urval av indikatorer där patientsammansättning kan ha betydelse för utfallet. En case-mixjustering är en statistisk analys där resultat justeras för olika faktorer i patientsammansättningen.

Graviditetsregistrets modell inkluderar tre steg. För varje utfall beräknas först medelvärdet per förlossningsklinik, år och månad, genom att dividera antal förlossningar som har aktuellt utfall med totala antalet förlossningar. Därefter räknas ett förväntat eller modellerat värde ut. För att beräkna det förväntade värdet givet förlossningsklinikens patientsammansättning används en logistisk regressionsmodell med följande karakteristika hos den gravida kvinnan:

- Ålder (kontinuerlig)
- Paritet (först- eller omföderska)
- BMI (<18.5, 18.5-24.9, 25-29.9, 30-34.9, 35-39.9, ≥40, Saknas)
- Längd (<150, 150-159, 160-169, 170-179, ≥180, Saknas)
- Tobak vid inskrivning (Ja/Nej, Saknas)
- Utbildningsnivå (<9 år, Grundskola, Gymnasium, Universitet/högskola, Saknas)
- Födelseland (Sverige, Övriga Norden, Övriga Europa, Övriga världen, Saknas)
- IVF (ja/nej)
- Flerbörd (ja/nej)
- Tidigare kejsarsnitt (ja/nej)
- Samsjuklighet (ja/nej) (hjärtkärlsjukdom, gulsot, diabetes, trombos, SLE, psykiatrisk vård, epilepsi, kronisk njursjukdom, IBD, kronisk hypertoni)

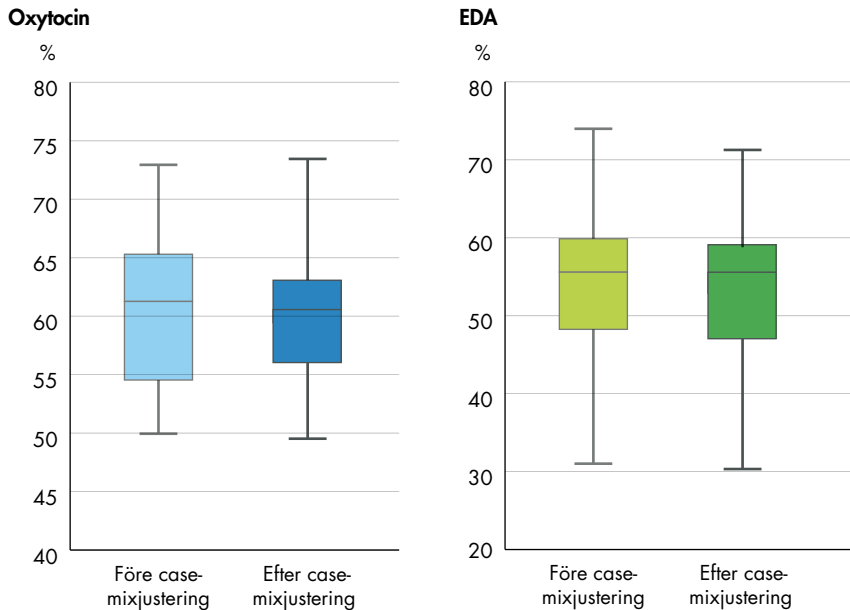
Det förväntade värdet av ett utfall på en enskild förlossningsklinik är medelvärdet av den från modellen skattade sannolikheterna för att utfallet

inträffar per förlossning givet den gravida kvinnans karakteristika, vilket på populationsnivå ger patientsammansättningen som finns på kliniken. Om det observerade medelvärdet är bättre än det förväntade medelvärdet betyder det att kliniken presterar över förväntan givet patientsammansättningen, och tvärtom. I beräkningen av det förväntade medelvärdet har data för år 2016 och år 2017 slagits samman.

Resultat före och efter case-mixjustering

Figur 3-4 redovisar spridningen mellan förlossningskliniker före och efter case-mixjustering för oxytocinstimulering, epiduralbedövning och kejsarsnitt på psykosocial indikation. I kapitel 4 redovisas spridningen före och efter case-mixjustering för allvarliga bristningar hos förstföderskor.

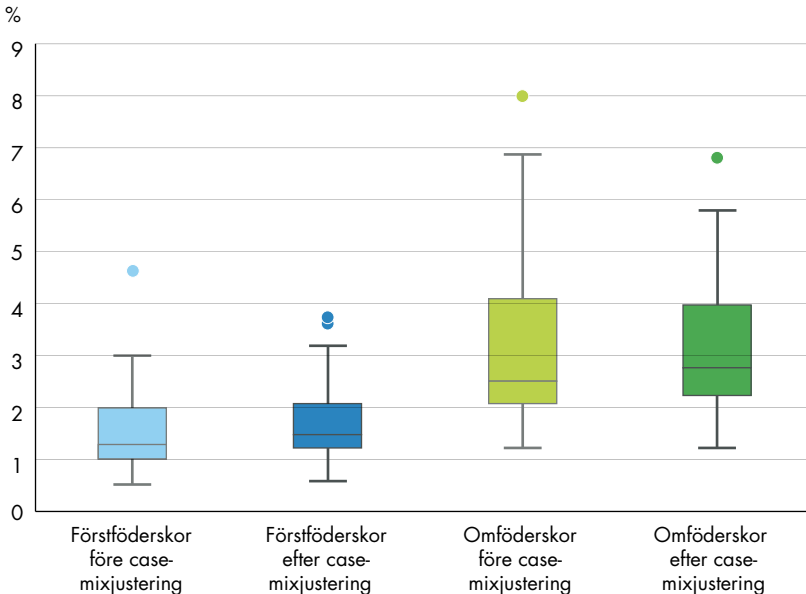
Figur 3. Oxytocinstimulering och epiduralbedövning i gruppen fullgångna förstföderskor (37 fullgångna veckor) med enkelbörd, barnet i huvudbjudning och spontan eller inducerad förlossningsstart. Spridning mellan kliniker före och efter case-mixjustering. År 2016 och 2017 sammanslaget.



Kommentar: För oxytocin saknas data för Örebro, Karlskoga, Linköping och Norrköping. Avsaknad av data antingen 2016 eller 2017 medför att de sammanslagna siffrorna för dessa kliniker blir missvisande För epidural saknas data för Linköping och Norrköping eftersom avsaknad av data antingen 2016 eller 2017 medför att de sammanslagna siffrorna för dessa kliniker blir missvisande Källa: Gravditetsregistret, bearbetat av Vårdanalys för figur.

Figur 4. Kejsarsnitt på psykosocial indikation, förstföderskor respektive omföderskor (enkelbörd). Spridning mellan kliniker före och efter case-mixjustering. År 2016 och 2017 sammanslaget.

Kejsarsnitt psykosocial indikation



Kommentar: Linköpings och Norrköpings resultat har uteslutits ur analysen eftersom de av organisatoriska skäl får missvisande siffror per klinik.

Källa: Graviditetsregistret, bearbetat av Vårdanalys för figur.

Vi redovisar inte data som baseras på färre än fem observationer

Antalet förlossningar skiljer stort per förlossningsklinik. I figur 5 redovisas antalet förlossningar per klinik för de kliniker som ingick i Graviditetsregistret år 2017. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har inte stöd för att behandla känsliga personuppgifter utan samtycke. Det innebär begränsningar kring vilka typer av data vi får hantera och kan få del av från andra verksamheter. En begränsning är att vi inte kan behandla data som innehåller för små tal eftersom det kan innebära en risk för bakvägsidentifiering av enskilda individer. I våra analyser är därför data för kliniker med färre än fem observationer på respektive variabel exkluderade. Eftersom flera förlossningskliniker är små och vi dessutom i vissa fall studerar ett mindre urval av förlossningar är en del av redovisningen avgränsad till större kliniker när det gäller vissa variabler. I redovisning av andelsuppgifter har vi i de fall det funnits tidigare publicerad data kunnat redovisa procentandelar, men i analyser som krävt att vi bearbetar data saknas uppgifter för kliniker med färre än fem observationer på en viss variabel.

Figur 5. Antalet förlossningar per förlossningsklinik i Graviditetsregistret 2017

Klinik	Antal förlossningar i Graviditetsregistret 2017
Göteborg Sahlgrenska Universitetssjukhuset	9 540
Stockholm Södersjukhuset	7 895
Danderyds sjukhus	6 446
Malmö Skånes Universitetssjukhus	4 944
Huddinge Karolinska Universitetssjukhuset	4 366
BB Stockholm	3 966
Solna Karolinska Universitetssjukhuset	3 762
Lund Skånes Universitetssjukhus	3 703
Trollhättan NU-sjukvården	3 638
Helsingborgs Lasarett	3 383
Falu Lasarett	3 232
Västerås Västmanlands Sjukhus	3 120
Borås Södra Älvsborgs Sjukhus	3 105
Örebro Universitetssjukhuset	2 993
Skövde Skaraborgs Sjukhus	2 701
Linköping Universitetssjukhus	2 554
Varberg Hallands Sjukhus	2 305
Eskilstuna Mälarsjukhuset	2 196
Södertälje sjukhus	2 162
Norrköping Vrinnevisjukhuset	2 160
Halmstad Hallands Sjukhus	2 140
Kristianstad Centralsjukhuset	2 083
Jönköping Länssjukhuset Ryhov	2 025
Gävle sjukhus	1 860
Umeå Norrlands Universitetssjukhus	1 783
Sundsvall Länssjukhuset	1 771
Kalmar Länssjukhuset	1 717
Karlskrona Blekingesjukhuset	1 575
Östersunds sjukhus	1 492

(Forts.)

Klinik	Antal förlossningar i Graviditetsregistret 2017
Ystads lasarett	1 405
Eksjö Höglandssjukhuset	1 247
Hudiksvalls sjukhus	1 026
Nyköpings lasarett	1 023
Värnamo sjukhus	973
Skellefteå lasarett	882
Västerviks sjukhus	875
Örnsköldsviks sjukhus	732
Karlskoga lasarett	572
Visby lasarett	538
Lycksele lasarett	352

Intervjuer med verksamma i graviditetsvårdkedjan

Vi har genomfört 43 intervjuer och inom ramen för dessa intervjuat totalt 86 personer. Huvuddelen av personerna som intervjuats är verksamma i graviditetsvårdkedjan. Vi har intervjuat barnmorskor i mödrahälsovård och förlossningsvård, samordningsbarnmorskor (barnmorskor med uppgift att samordna mödrahälsovårdens arbete i en region), förlossningsläkare och överläkare, mödrahälsovårdsöverläkare verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare med flera.

Först genomfördes tio intervjuer med urval av verksamma i vården och professionsföreträdare. I de inledande intervjuerna tillfrågades intervjupersonerna om urvalet av indikatorer, studiens relevans samt hypoteser om orsaker till att skillnader uppstår utifrån deras respektive kunskap och erfarenhet. Dessa intervjuer genomfördes under perioden 20 november – 19 december 2018.

Därefter genomfördes fördjupade intervjuer med verksamma i vården i fem landsting. Landstingen valdes utifrån att de skulle vara geografiskt fördelade över landet, ha olika befolkningsstruktur och förlossningskliniker av olika storlek samt att de sammantaget skulle spegla en variation i resultat för de olika indikatorer vi studerat. Vi bad att få träffa personal inom såväl mödrahälsovård som förlossningsvård. I större landsting valde vi ut en av

förlossningsklinikerna att besöka. Landstingen och klinikerna vi genomförde intervjuer med var:

- Region Örebro, mödrahälsovården och förlossningen på Örebros universitetssjukhus
- Region Stockholm, mödrahälsovårdsenheten samt förlossningen på Södersjukhuset
- Region Västra Götaland, mödrahälsovården samt förlossningen på Sahlgrenska universitetssjukhuset
- Region Västerbotten, mödrahälsovården samt förlossningen på Umeås universitetssjukhus, Skellefteå lasarett samt Lycksele lasarett
- Region Halland, mödrahälsovården samt förlossningen på Varbergs sjukhus samt Hallands sjukhus

Dessa intervjuer genomfördes under perioden 9 januari till 12 februari 2019. Inför intervjuerna fick alla intervjupersoner ta del av ett underlag med data för de indikatorer som vi studerat. Utifrån underlaget tillfrågades intervjupersonerna om deras reflektioner och hypoteser om vad som förklarar deras egna resultat utifrån den i förhållande till andras, faktorer som har betydelse för utfallet, deras arbetssätt och rutiner på de områden som studeras samt utmaningar och framgångsfaktorer på olika områden. Intervjuerna anpassades till de olika intervjupersonernas roller och profession. Av praktiska skäl hade landstingen möjlighet att bistå med olika många intervjupersoner och även personal med olika befattningar. Vissa intervjuer genomfördes som gruppintervjuer och andra som individuella intervjuer. Huvuddelen av intervjuerna genomfördes på plats men några genomfördes på telefon. Eftersom intervjuer genomförts med ett urval av personer i ett urval av landsting ska inte intervjuerna betraktas som representativa för alla kliniker och landsting. I figur 6 redovisas vilka som intervjuades i de inledande intervjuerna. I figur 7 redovisas vilka befattningar och organisationer intervjupersonerna i de fördjupande intervjuerna hade och tillhörde.

Figur 6. Inledande intervjuer

Intervju nr	Namn	Titel	Organisation
1	Eric Hildebrand	Medicinskt ledningsansvarig läkare för förlossningen, BB och neonatal / Överläkare kvinnokliniken	Linköpings universitetssjukhus
2	Karin Petterson	Överläkare/chef förlossningsvården	Huddinge Karolinska universitetssjukhuset
3	Hanna Nyström	Samordningsbarnmorska	Region Västerbotten
4	Caroline Lilliecreutz	Mödrahälsovårdsöverläkare	Region Östergötland
5	Mia Ahlberg	Ordförande Barnmorskeförbundet	Barnmorskeförbundet
6	Linnea Swansson	Samordningsbarnmorska	Västra Götalandsregionen
7	Åke Berggren	Mödrahälsovårdsöverläkare	Region Norrbotten
8	Lars Ladfors	Docent, Universitetssjukhusöverläkare/ Medicinsk rådgivare	Sahlgrenska universitetssjukhuset/Enheten för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling Västra Götalandsregionen
9	Kerstin Petersson	Barnmorska, Med dr / Ordförande mödrahälsovårdsdelen av Graviditetsregistret	SKL / Graviditetsregistret
10	Michaela Granfors	Överläkare, patientområde graviditet och förlossning/ Vice registerhållare Graviditetsregistret	Solna Karolinska universitetssjukhuset / Graviditetsregistret

Figur 7. Fördjupande intervjuer i fem landsting

Intervju nr	Deltagare	Organisation
11	Fem samordningsbarnmorskor	Region Stockholm
12	Tre mödrahälsovårdsöverläkare	Region Stockholm
13	Två barnmorskor i mödrahälsovård	Region Örebro
14	Samordningsbarnmorska	Region Örebro
15	Chefsbarnmorska; verksamhetsutvecklare	Örebro Universitetssjukhus
16	Fyra barnmorskor på förlossningen	Örebro Universitetssjukhus

(Forts.)

Intervju nr	Deltagare	Organisation
17	Mödrahälsovårdsöverläkare	Region Örebro
18	Två barnmorskor på förlossningen; förlossningsläkare; vårdchef på förlossningen	Södersjukhuset
19	Chefsbarnmorska förlossningsavdelningen; överläkare förlossningen; medicinskt ledningsansvarig läkare kvinnokliniken; överläkare anestesi	Södersjukhuset
20	Läkare/medicinsk chef	Umeå Norrlands universitetssjukhus
21	Förlossningsöverläkare	Umeå Norrlands universitetssjukhus
22	Barnmorska/ biträdande avdelningschef BB/förlossning/Gyn	Skellefteå Lasarett
23	Barnmorska/biträdande verksamhetschef; läkare med ansvar för bristningsmottagningen; barnmorska/avdelningschef	Skellefteå Lasarett
24	Mödrahälsovårdsöverläkare	Region Västerbotten
25	Samordningsbarnmorska	Region Västerbotten
26	Barnmorska/avdelningschef	Lycksele lasarett
27	Fyra barnmorskor på förlossningen	Umeå Norrlands universitetssjukhus
28	Avdelningschef	Umeå Norrlands universitetssjukhus
29	Fyra samordningsbarnmorskor	Västra Götalandsregionen
30	Tre barnmorskor i mödrahälsovården	Västra Götalandsregionen
31	Två mödrahälsovårdsöverläkare	Västra Götalandsregionen
32	Chefsbarnmorska; barnmorska med ansvar för auroraverksamhet; verksamhetsutvecklare kvinnokliniken	Sahlgrenska universitetssjukhuset
33	Två överläkare förlossningen	Sahlgrenska universitetssjukhuset
34	Tre barnmorskor på förlossningen varav en sektionsledare och en kvalitets- och patient-säkerhetsombud	Sahlgrenska universitetssjukhuset
35	Två chefsbarnmorskor	Varbergs sjukhus
36	Aurorabarnmorska	Varbergs sjukhus
37	Tre barnmorskor på förlossningen varav en koordinator	Varbergs sjukhus
38	Fem barnmorskor i mödrahälsovården	Region Halland
39	Överläkare anestesi/verksamhetschef	Varbergs sjukhus

(Forts.)

Intervju nr	Deltagare	Organisation
40	Två chefsbarnmorskor	Hallands sjukhus
41	Läkare/klinikansvarig förlossningsvården, Läkare/medicinskt ansvarig läkare, barnmorska/ansvar för Auroraverksamheten	Varbergs sjukhus/Region Halland
42	Överläkare kvinnokliniken	Hallands sjukhus
43	Barnmorska/verksamhetschef kvinnohälsövården	Region Halland

Dokumentstudier

De olika nationella styrdokument vi studerat redovisas i inledningen av kapitel 2 i rapporten och framgår av referenslistan. Därutöver har vi studerat ett urval av lokala och regionala styrdokument. Vilka dokument som studerats har avgjorts av vilka dokument de landsting och kliniker där vi genomfört intervjuer skickat oss. Vi efterfrågade lokala och regionala styrdokument av relevans för de indikatorer vi studerat. Vissa kompletterande sökningar efter dokument har också gjorts. För mödrahälsovårdsindikatorerna har vi till exempel tagit del av basprogrammet för mödrahälsovården för fyra av de fem landsting vi besökt och vissa tilläggsdokument som till exempel särskilda rutiner eller handböcker för våld i nära relationer, förlossningsrädsla eller alkoholförebyggande arbete. För förlossningsindikatorerna har vi till exempel studerat riktlinjer för handläggning av normal förlossning, riktlinjer och rutiner vid värksvaghet samt riktlinjer/rutiner för kejsarsnitt på moderns önskan/psykosocial indikation.

Olik eller ojämlig?

En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan

Det finns regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. I den här rapporten undersöker vi vad skillnaderna beror på och om de är omotiverade ur ett patientperspektiv. Vi identifierar också faktorer som har varit av betydelse för förbättringsarbetet när det gäller andelen kvinnor som får allvarliga bristningar vid förlossningen. Vården bör arbeta för att utjämna omotiverade skillnader i graviditetsvårdkedjan genom lärande och utvecklingsarbete. Vi rekommenderar ett stärkt arbete inom tre utvecklingsområden för att öka kvaliteten och jämlikheten i graviditetsvårdkedjan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

