

Rapport 2020:11

Förlösande för kvinnohälsan?

En uppföljning av satsningen
på kvinnors hälsa



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-22-9



Förlösande för kvinnohälsan?

En uppföljning av satsningen
på kvinnors hälsa

Beslut om den här rapporten har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Maria Branting har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Joakim Ramsberg deltagit.

Stockholm den 21 augusti 2020
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Maria Branting
Föredragande

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Förord

Det finns betydelsefulla skillnader mellan kvinnors och mäns hälsa. Det finns också omotiverade skillnader mellan kvinnors och mäns tillgång till hälso- och sjukvård och kvaliteten på vården. Detta är allvarligt även om skillnader i hälsa orsakas av många olika faktorer, varav hälso- och sjukvård bara är en. Mot den bakgrunden har regeringen gjort jämställd hälsa till ett jämställdhetspolitiskt mål och genomfört en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Regeringens satsning har gällt ett flertal områden och omfattat både lagändringar och stimulansmedel till regionerna, men också andra insatser. Regionerna har i den här satsningen haft en ovanligt stor frihet att använda stimulansmedlen på det sätt som gör störst nytta för dem, vilket gör utformningen av satsningen principiellt intressant.

Den här rapporten är en del av slutrapporteringen av ett samlat regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera regeringens satsning på kvinnors hälsa. I den här rapporten redovisar vi vår utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och regionerna kopplad till stimulansmedlen. Vi hoppas att beslutsfattare och andra intressenter kommer att ha nytta av rapporten i arbetet med att fortsätta stärka kvinnors hälsa i Sverige.

Arbetet med rapporten har bedrivits av projektledaren Maria Branting, utredarna Isabelle Carnlöf, Susanna Karlsson Li och Siri Stähle samt analytikerna Agnes Lindvall, Ida Tedeblad, Kerstin Gunnarsson och Martina Bergström. I arbetet har även projektdirektörerna Hanna Sjöberg och Joakim Ramsberg samt projektjuristerna Timothy Hallgren och Nadja Zandpour deltagit. Ett stort antal personer har intervjuats och på andra sätt bidragit till arbetet, och vi vill framföra ett stort tack för dessa värdefulla bidrag. Vi



vill rikta ett särskilt varmt tack till de personer som har besvarat enkäten, medverkat i fokusgrupper och deltagit i workshoppar, samt till de som har lämnat synpunkter på rapporten. Följande organisationer och personer har lämnat synpunkter: Nationella programområdet för barn och ungdomars hälsa, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Socialstyrelsen, Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Sofia Arwehed (vice ordförande i Neonatalföreningens arbetsgrupp för barn och familjecentrerad vård).

Stockholm i augusti 2020

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp överenskommelserna mellan regeringen och SKR om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa.

Våra slutsatser är följande:

- ▶ Överenskommelserna svarar mot kända behov, men täcker inte hela problembilden och saknar en horisontell prioritering.
- ▶ Inom primärvården syns få tecken på en positiv utveckling, och det kan behövas ytterligare insatser, bland annat för att stärka jämlikheten.
- ▶ Även om vi ännu inte kan följa upp utvecklingen inom neonatalvården tycks satsningen ha förbättrat förutsättningarna för utvecklingsarbete.
- ▶ Graviditetsvårdkedjan har till viss del blivit mer kunskapsbaserad och säker, men tillgänglighet, jämlikhet och personcentrering är utmaningar som kvarstår. Eftervården har stort förbättringsutrymme och kompetensförsörjningsbehoven är fortsatt stora.

Vi ger fyra rekommendationer:

Regeringen bör

- ▶ utforma framtida överenskommelser så att de innehåller tydliga, mätbara mål och utgår från en analys av horisontella prioriteringar
- ▶ ge lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för insatser riktade till svårnådda grupper
- ▶ säkerställa en fortsatt uppföljning av utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan, med särskilt fokus på jämlikhet

- ▶ verka för att det genomförs en utvärdering av effekten av vårdtider i samband med förlossning, med fokus på utfall för både mamma och barn.

Regionerna behöver genomföra ett antal åtgärder för att komma till rätta med kvarstående utmaningar inom graviditetsvårdkedjan

- ▶ fortsätta arbeta för en stärkt kompetensförsörjning
- ▶ se över behovet av ett nationellt vårdprogram för graviditet, förlossning och eftervård, för att öka den regionala jämlikheten
- ▶ genomföra en särskild översyn av vården och uppföljningen av kvinnor som har fött barn
- ▶ förstärka insatserna mot språkliga och kulturella tillgänglighetsbarriärer
- ▶ säkerställa förutsättningarna för en personcentrerad vård genom att följa upp patienternas upplevelser och erfarenheter samt följa upp och utvärdera befintlig information.

Sammanfattning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2016 i uppdrag att följa upp och analysera delar av regeringens satsning på kvinnors hälsa (Socialdepartementet 2016). Den här rapporten är en del av slutrapporteringen av det uppdraget, och omfattar uppföljningen av de överenskommelser om stimulansmedel till regionerna som har tecknats mellan regeringen och SKR. Enligt uppdraget ska vi i vår uppföljning granska de insatser som regionerna valt att genomföra utifrån

- hur insatserna valts, utifrån vilka behov
- om insatserna har lett till avsedd effekt på kort och lång sikt
- om insatserna har haft några oförutsedda konsekvenser
- vilka effekter insatserna har haft på utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund samt eventuella andra aspekter på insatserna.

Vi ska också göra en bedömning av hur satsningen bidragit till utveckling av områdena och vilka utmaningar som vi bedömer kvarstår. Resultatet av uppföljningen ska kunna användas av andra myndigheter och huvudmän i deras fortsatta arbete.

1.1 ÖVERENSKOMMELSERNA FOKUSERAR PÅ LOKALA OCH REGIONALA BEHOV

Överenskommelserna mellan regeringen och SKR har tecknats i fyra omgångar. Mål och syfte beskrivs på en övergripande nivå, och även om överenskommelserna innehåller olika skrivningar om vad som ska prioriteras

i arbetet har regionerna haft stor frihet att själva välja vad de vill använda medlen till, utifrån lokala och regionala behov.

Den största delen av överenskommelserna avsåg medel för en förbättrad förlossningsvård och andra insatser för kvinnors hälsa. Insatserna skulle i första hand stärka förlossningsvården och eftervården av födande, och i första hand avse insatser för att stärka kompetensförsörjningen.

Det andra insatsområdet gällde insatser i primärvården för att främja kvinnors hälsa, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. I första hand skulle insatserna öka kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor. Samtliga insatser skulle också syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård.

I den överenskommelse som gällde för 2018–2019 inkluderades även neonatalvården.

1.2 REGIONERNA HAR GENOMFÖRT MÅNGA OLIKA INSATSER

Många regioner anser att överenskommelserna varit motiverade utifrån behov som funnits inom graviditetsvårdkedjan. Däremot är det flera som saknar en behovsanalys och prioritering jämfört med andra områden och grupper, och mellan de olika områden som ingår i överenskommelserna.

Regionerna har sammanlagt påbörjat mer än 1 100 insatser, varav mer än hälften inom graviditetsvårdkedjan, drygt en tiondel inom neonatalvården och knappt en femtedel inom övrig primär- respektive specialistvård. Insatserna har valts utifrån verksamheternas kunskap om behov eller analyser av statistik och annan uppföljning, och mindre ofta utifrån dialog med patienter eller befolkning.

Huvuddelen av insatserna tycks vara i linje med de behov som har identifierats på en övergripande nivå, men det är svårt att bedöma i vilken utsträckning de återspeglar skillnader i lokala och regionala behov. Inom primärvården har bara hälften av regionerna genomfört insatser som haft fokus på socioekonomiskt utsatta kvinnor, trots att det var ett uttalat mål i överenskommelserna.

1.2.1 Många insatser om kompetensförsörjning men med regional variation

Den vanligaste typen av insats är förändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Utbildning och kompetenshöjning av personal samt bemanning är två andra stora insatsområden, medan ett mindre antal

insatser har handlat om utveckling och implementering av vårdprogram, eller om information eller utbildning av patienter och befolkning. Men eftersom regionerna har redovisat sina insatser på olika sätt och inte kan uppge hur mycket medel som använts för varje insats avspeglar antalet insatser inte nödvändigtvis regionernas resursmässiga prioritering.

När det gäller bemanning har det däremot funnits särskilda redovisningskrav, som visar att sammanlagt omkring 60 procent av medlen har använts till bemanning. Men det är stor variation mellan regionerna. I vissa regioner har det inte funnits behov av att stärka bemanningen, och i några regioner har man som princip att inte anställa personal med tillfälliga medel.

1.3 INDIKATORER VISAR PÅ EN VARIERANDE UTVECKLING FÖR OLIKA DELAR AV VÅRDEN

Vi har följt upp ett antal indikatorer för de olika vårdområden som har ingått i satsningen. Uppföljningen kan ge en indikation på satsningens effekter, även om den inte kan ligga till grund för säkra slutsatser om orsakssamband.

1.3.1 Jämlikhet och kompetensförsörjning är fortsatta utmaningar i graviditetsvårdkedjan

För att belysa utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan har vi följt upp 14 indikatorer, varav de flesta är hämtade från Graviditetsregistret. Vi ser att flera indikatorer pekar på att vården blivit mer kunskapsbaserad, och att det finns vissa tecken på en säkrare vård. Däremot har tillgängligheten utvecklats olika för olika indikatorer, och många skillnader kvarstår mellan regioner och olika grupper av kvinnor i vårdens processer och resultat.

Vi har också följt utvecklingen av kompetensförsörjningen, med fokus på tillgången till barnmorskor. Under satsningens gång har antalet barnmorskor på sjukhus i relation till antal födda barn ökat något. Men uppgifterna avser nationella årsgenomsnitt, och återspeglar inte regionala variationer eller säsongsvariationer, och tar inte hänsyn till eventuella förändringar i behov. Det saknas också målvärden att relatera utvecklingen till. Och trots att antalet barnmorskor har ökat, så har också andelen arbetsgivare som uppger brist på barnmorskor ökat.

Till följd av befolkningsutvecklingen, ett ökat barnafödande och pensionsavgångar kommer det dessutom att råda fortsatt brist på barnmorskor de kommande femton åren. Behoven kommer inte fullt ut att kunna mötas av fler utbildningsplatser.



1.3.2 Få förbättringar inom övrig vård för kvinnor och nyfödda barn

När det gäller neonatalvården saknas uppgifter efter 2018, så där är det för tidigt att kunna se någon utveckling i samband med satsningen.

För primär- och specialiserad vård som inte omfattar graviditet, förlossning eller eftervård har vi valt ut 34 indikatorer. Indikatorerna pekar på en generell försämring av vårdens tillgänglighet, och en negativ utveckling för personcentrering i primärvården.

Vad gäller hälsoutfall pekar våra indikatorer på en förbättring av sexuell och reproduktiv hälsa, men fortsatt försämrade psykisk hälsa. I stort sett alla skillnader i vård och hälsa mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor kvarstår.

1.4 PATIENTERNA UPPLIVER BRISTER I INFORMATION, DELAKTIGHET OCH VÅRDEN EFTER FÖRLOSSNING

Vi har genomfört en enkätundersökning riktad till kvinnor som fött barn de senaste fem åren, som ger en lägesbild av vad patienterna tycker är viktiga kvalitets- och förbättringsområden i vården i samband med graviditet och förlossning. Undersökningen visar att kvinnorna har jämförelsevis stort förtroende för förlossningsvården, men att upplevelsen av delaktighet är sämre än i andra delar av vården.

Många av kvinnorna som svarat på enkäten har inte fått den information de tycker att de behöver om risker och komplikationer innan och efter förlossningen. Att känna sig trygg med att få plats på förlossningen tycker många är det allra viktigaste, men det är flera som har känt sig otrygga. Ett tydligt resultat är också att kvinnorna är betydligt mindre nöjda med eftervården än med övriga delar av graviditetsvårdkedjan.

1.5 VÅRA REKOMMENDATIONER

Utifrån vår uppföljning och de kvarstående utmaningar vi identifierat har vi formulerat ett antal rekommendationer till regeringen och en till regionerna.

Regeringen bör

- ▶ *utforma framtida överenskommelser så att de innehåller tydliga, mätbara mål och utgår från en analys av horisontella prioriteringar*

- ▶ *ge lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för insatser riktade till svårnådda grupper*
- ▶ *säkerställa en fortsatt uppföljning av utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan, med särskilt fokus på jämlikhet*
- ▶ *verka för att det genomförs en utvärdering av effekten av vårdtider i samband med förlossning, med fokus på utfall för både mamma och barn.*

Regionerna behöver genomföra ett antal åtgärder för att komma till rätta med kvarstående utmaningar inom graviditetsvårdkedjan

I åtgärderna ingår att:

- ▶ *fortsätta arbeta för en stärkt kompetensförsörjning*
- ▶ *se över behovet av ett nationellt vårdprogram för graviditet, förlossning och eftervård, för att öka den regionala jämlikheten*
- ▶ *genomföra en särskild översyn av vården och uppföljningen av kvinnor som har fött barn*
- ▶ *förstärka insatserna mot språkliga och kulturella tillgänglighetsbarriärer*
- ▶ *säkerställa förutsättningarna för en personcentrerad vård genom att följa upp patienternas upplevelser och erfarenheter samt följa upp och utvärdera befintlig information.*





Innehåll

1	Inledning.....	21
1.1	Satsningen omfattar nationella reformer och stimulansmedel till regionerna.....	21
1.2	Vårdanalys uppdrag	22
1.3	Rapportens disposition	24
2	Om överenskommelsernas omfattning, syfte och mål	29
2.1	En satsning på kvinnors hälsa med fokus på delar av hälso- och sjukvården	29
2.2	Överenskommelserna mellan staten och SKR utgör den största delen av satsningen	30
2.3	Svårt att sammanfatta syfte och mål	33
2.4	Definitioner och begrepp som är kopplade till målen.....	36
3	Metod	43
3.1	Vi har använt ett analytiskt ramverk för att följa upp överenskommelserna.....	43
3.2	Frågor som belyser relevans, organisation, genomförande och resultat..	46
3.3	Vi använder flera olika metoder i vår uppföljning	47
4	Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	55
4.1	Slutsatser om överenskommelsernas utformning	56
4.2	Slutsatser om primärvården.....	58
4.3	Slutsatser om neonatalvården.....	61
4.4	Slutsatser om graviditetsvårdkedjan	63
4.5	Rekommendationer för det fortsatta arbetet	71



5	Arbetet med kvinnors hälsa på den nationella nivån	81
5.1	Flera andra insatser har pågått parallellt med överenskommelserna om kvinnors hälsa	82
5.2	SKR har samordnat arbetet med överenskommelserna	86
5.3	Flera olika nationella aktörer har arbetat med överenskommelserna	90
6	Regionernas arbete med överenskommelserna	95
6.1	Skillnader i regionernas tolkning och tillämpning av överenskommelserna	96
6.2	Regionerna har organiserat sitt arbete olika	99
6.3	Regionerna har initierat mer än 1 100 insatser.....	102
6.4	Uppföljningen varierar men det finns en samstämmig bild av övergripande effekter	108
7	Regionernas insatser och utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan	115
7.1	Utvecklingsområden inom graviditetsvårdkedjan	116
7.2	Regionernas insatser inom graviditetsvårdkedjan	117
7.3	Förbättringar för flera kvalitetsområden inom graviditetsvårdkedjan..	122
8	Kompetensförsörjning inom graviditetsvårdkedjan	143
8.1	Vi följer upp några aspekter av kompetensförsörjningen	144
8.2	Fler specialistläkare och barnmorskor	147
8.3	Saknas nationella mål för barnmorsketäthet	153
8.4	Arbetsmiljö och yrkets attraktivitet.....	155
8.5	Ökad brist på barnmorskor trots fler utbildade.....	157
8.6	Ökande behov och förväntningar framöver	159
8.7	Nya arbetssätt är en nyckel till att möta behoven.....	161
9	Patienternas uppfattning om vården i samband med graviditet och förlossning	167
9.1	Så tycker patienterna om graviditets- och förlossningsvården	168
9.2	Vad är viktigast i graviditetsvårdkedjan?	170
9.3	Utrymme för förbättringar på flera områden	182
9.4	Efterlyser mer information om risker och komplikationer	185
9.5	Patienternas perspektiv på några organisatoriska faktorer	188
9.6	Lägesbild för några av överenskommelsernas mål	190
9.7	Graviditetsvårdkedjan i perspektiv.....	193

10 Regionernas insatser och utvecklingen inom övrig vård för kvinnor	201
10.1 Utvecklingsområden inom övrig vård för kvinnor	202
10.2 Regionernas insatser inom primärvård	203
10.3 Regionernas insatser inom specialiserad vård	207
10.4 Få förbättringar inom övrig vård för kvinnor	209
11 Regionernas insatser och utvecklingen inom neonatalvården ...	233
11.1 Lägesbild inom neonatalvården	233
11.2 Regionernas insatser inom neonatalvården	236
12 Referenser	243
Bilagor	255
Bilaga 1 – Sammanställning av medel till regionerna	255
Bilaga 2 – Sammanställning av statliga satsningar	257
Bilaga 3 – Sammanställning av kunskapsstöd	259
Bilaga 4 – Metod	261
Bilaga 5 – Sammanställning av intervjuade personer	270





Inledning

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Enligt regeringen är det övergripande syftet med den samlade satsningen att ”minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället” (Regeringskansliet 2016). Sedan i november 2016 är jämställd hälsa ett jämställdhetspolitiskt delmål, och den satsning som görs för att stärka kvinnors hälsa är enligt regeringen en del i att uppfylla det jämställdhetspolitiska delmålet (Regeringskansliet 2016).

Regeringens satsning på kvinnors hälsa riktar sig mot olika områden och omfattar både reformer i form av lagändringar och stimulansmedel till regionerna, men också andra insatser som uppdrag till Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) fick 2016 i uppdrag att följa upp och analysera delar av regeringens satsning (Socialdepartementet 2016). Den här rapporten är en del av slutrapporteringen av det uppdraget, och är en uppföljning av stimulansmedlen till regionerna.

1.1 SATSNINGEN OMFATTAR NATIONELLA REFORMER OCH STIMULANSMEDEL TILL REGIONERNA

Satsningen på kvinnors hälsa är bred och regeringen har använt flera olika tillvägagångssätt för genomförandet. Satsningen sammanfattas i följande punkter på regeringens webbplats:

- avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år
- kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år



- avgiftsfri screening för livmoderhalscancer (cervixcancer)
- överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. De omfattar huvudsakligen statliga stimulansmedel till regionerna för att stärka förlossningsvården och främja insatser som syftar till en bättre hälsa hos kvinnor, samt medel för att stärka primärvårdens insatser för att främja kvinnors hälsa.

Dessutom har regeringen gett SBU och Socialstyrelsen flera olika uppdrag att sammanställa kunskap, bedöma behov av kunskap samt ta fram kunskapsstöd. Regeringen har också satsat på utökade utbildningsplatser på barnmorskeutbildningen (se till exempel prop. 2015/16:1 Utgiftsområde 16, Utbildning och universitetsforskning).

1.2 VÅRDANALYS UPPDRAG

Vårdanalys fick 2016 i uppdrag av regeringen att följa upp satsningen på kvinnors hälsa (S2016/06724/FS). Enligt uppdraget ska vi särskilt granska insatserna från ett patient- och brukarperspektiv.

1.2.1 Uppdraget omfattar tre delsatsningar och ska rapporteras vid tre tillfällen

Uppdraget omfattar att följa upp och analysera följande delar av satsningen på kvinnors hälsa:

- införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor 40–74 år
- införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år
- insatser som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa samt insatser för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden.

Vi har avgränsat vår uppföljning och analys till de tre delsatsningarna. Det innebär bland annat att vi inte följer upp utbyggnaden av utbildningarna till barnmorska, sjuksköterska och specialistsjuksköterska eller införandet av avgiftsfri screening för livmoderhalscancer. Vi följer inte heller upp eller granskar andra myndigheters arbete, utan ger bara en översiktlig beskrivning av några av de uppdrag de har arbetat med inom ramen för satsningen.

Enligt uppdraget ska vi särskilt granska insatserna utifrån ett patient- och medborgarperspektiv. Vi ska också särskilt granska de insatser som regionerna valt att genomföra inom ramen för överenskommelserna om stärkt förlossningsvård och insatser för att främja kvinnors hälsa. I den delen av uppföljningen ska vi enligt uppdraget analysera och bedöma

- hur insatserna valts, utifrån vilka behov
- om insatserna lett till avsedd effekt på kort och lång sikt
- om insatserna haft några oförutsedda konsekvenser
- om det är möjligt: vilka effekter insatserna haft på utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund samt eventuella andra aspekter på insatserna.

I uppdraget framgår att vi ska analysera de samlade insatserna som görs 2015–2019. Uppdraget ska redovisas i flera delar, med en delrapport 2018, en fördjupningsstudie 2019 och en slutrapport 2020.

1.2.2 Fördjupningsstudie om regionala skillnader i graviditetsvården

Enligt uppdraget ska fördjupningsstudien identifiera framgångsfaktorer inom ett eller flera av satsningens områden samt ge en beskrivning och analys av dess effekter. I den fördjupningsstudie vi publicerade 2019 (Vårdanalys 2019b) valde vi att belysa regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. Fördjupningsstudien bidrar med kunskap om varför de regionala skillnaderna uppstår, om de är omotiverade och hur omotiverade skillnader kan minska.

1.2.3 Delrapport om de tre delsatsningarna

Den delrapport vi publicerade 2018 (Vårdanalys 2018c) fokuserade på hur inriktningen för de tre delsatsningarna förhåller sig till behov och utmaningar inom de olika områdena, vad som har gjorts inom delsatsningarna under perioden 2015–2017, hur arbetet har organiserats samt hur det förhåller sig till målen. Vi drog även vissa slutsatser om förutsättningarna att uppfylla målen och lämnade ett antal rekommendationer till regeringen och regionerna om vad som skulle kunna stärka målpuppfyllelsen.



Figur 1.1. Innehåll i vår delrapport och våra slutrapporter om uppföljningen av satsningen på kvinnors hälsa.

Inom uppdraget studerar vi:

- ▶ Val av mål för de olika delsatsningarna
- ▶ Val av aktiviteter inom de olika delsatsningarna
- ▶ Genomförande av aktiviteter
- ▶ Måluppfyllelse/resultat – effekter
- ▶ Hållbarheten i resultat och effekter över tid

Delrapport
2018

Slutrapport
2020

1.2.4 Slutrapporten bedömer effekterna i tre delar

Slutrapporten ska enligt uppdraget innehålla vår samlade bedömning av satsningens effekter, i den utsträckning som det är möjligt att mäta effekter. Vi ska också göra en bedömning av hur satsningen har bidragit till utvecklingen av områdena och vilka utmaningar vi bedömer kvarstår. Resultatet av uppföljningen ska kunna användas av andra myndigheter och huvudmän i deras fortsatta arbete även sedan satsningen avslutats.

Vi har valt att publicera slutrapporten i tre olika delar – en för införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor 40–74 år, en för införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år samt en för överenskommelserna mellan staten och SKR om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Den här rapporten omfattar överenskommelserna mellan staten och SKR.

1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

Vi har delat in rapporten i ett antal kapitel som beskriver överenskommelserna och resultaten av dem på ett övergripande plan, samt i kapitel som ger en fördjupande bild av överenskommelsernas olika delar. Kapitel 1–4 beskriver övergripande hur överenskommelserna var utformade, vilka metoder vi använt i vår uppföljning och slutligen sammanfattar vi våra slutsatser och ger rekommendationer för det fortsatta arbetet:

- *Kapitel 2* beskriver överenskommelserna och deras syfte och mål.
- *Kapitel 3* beskriver de metoder vi använt i vår uppföljning.
- *Kapitel 4* sammanfattar våra slutsatser av uppföljningen av överenskommelserna mellan staten och SKR, och de rekommendationer vi lämnar för det fortsatta arbetet.

Övriga kapitel är fördjupningar av olika delar av vår uppföljning:

- *Kapitel 5* beskriver det arbete som har bedrivits på nationell nivå kopplat till kvinnors hälsa, både inom och utanför satsningen.
- *Kapitel 6* beskriver regionernas arbete med överenskommelserna, både hur regionerna har organiserat arbetet och vilka insatser de genomfört.
- *Kapitel 7* beskriver regionernas insatser och utvecklingen av indikatorer inom graviditetsvårdkedjan.
- *Kapitel 8* beskriver hur kompetensförsörjningen har utvecklats inom graviditetsvårdkedjan.
- *Kapitel 9* beskriver resultatet av de fokusgrupper och den enkätundersökning vi har genomfört med kvinnor som har fött barn.
- *Kapitel 10* beskriver regionernas insatser och utvecklingen av indikatorer för övrig vård, det vill säga primärvård och specialiserad vård som inte rör graviditet eller förlossning.
- *Kapitel 11* innehåller motsvarande beskrivning för neonatalvården.





Om överenskommelsernas omfattning, syfte och mål

I det här kapitlet beskriver vi överenskommelsernas omfattning, syfte och mål. Överenskommelserna fokuserar på hälso- och sjukvårdens insatser för kvinnors hälsa. De har tecknats i fyra omgångar och omfattar närmare 4,6 miljarder kronor i stimulansmedel till regionerna under 2015–2019. De omfattar insatser för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa, insatser inom primärvården som rör kvinnors hälsa och insatser inom neonatalvården. Överenskommelserna innehåller ett antal olika beskrivningar av mål, syfte och prioriterade områden.

2.1 EN SATSNING PÅ KVINNORS HÄLSA MED FOKUS PÅ DELAR AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Syftet med satsningen på kvinnors hälsa var att ”minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället” och satsningen var en del i att uppfylla det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa (Regeringskansliet 2016).

Satsningen har inkluderat reformer om avgiftsfri mammografiscreening, kostnadsfria preventivmedel och avgiftsfri screening för livmoderhalscancer, överenskommelser om stimulansmedel till regionerna för att stärka förlossningsvården och primärvårdens insatser för att främja kvinnors hälsa, uppdrag till SBU och Socialstyrelsen att sammanställa kunskap inom området samt utökade utbildningsplatser på barnmorskeutbildningen. Samtliga delar av satsningen berör därmed hälso- och sjukvården.



Samtidigt kan vi konstatera att hälsa påverkas av mycket annat än hälso- och sjukvårdens insatser, som till exempel genetiska faktorer, livsstilsfaktorer, sociala faktorer och miljöfaktorer (McGinnis & Foege 1993, Schroeder 2007, Folkhälsomyndigheten 2020). När det gäller kvinnor lyfts särskilt lönediskriminering, ekonomisk stress och dubbelarbete i form av förvärvsarbete, hushållsansvar och föräldraskap som bidragande faktorer till ohälsa och sjukfrånvaro (SKL 2019e). Några av de andra faktorerna som påverkar kvinnors hälsa ingår i regeringens övriga jämställdhetspolitiska delmål, som till exempel målen om ekonomisk jämställdhet och jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.

Ett stort fokus för satsningen har varit vården i samband med graviditet och förlossning och sjukdomar kopplade till det reproduktiva systemet. Även om sexuell och reproduktiv hälsa är en vanlig orsak till kontakt med hälso- och sjukvården för kvinnor så finns det andra hälsoproblem och delar av vården som är viktiga, som reumatiska sjukdomar, kronisk smärta, ångest och depression (SKR 2019e). Några få av dessa områden belyser vi i de delar av rapporten som handlar om utvecklingen inom primärvård och specialiserad vård som inte är kopplad till graviditetsvårdkedjan. Däremot belyser vi inte faktorer utanför hälso- och sjukvården.

2.2 ÖVERENSKOMMELSERNA MELLAN STATEN OCH SKR UTGÖR DEN STÖRSTA DELEN AV SATSNINGEN

Sammantaget omfattar satsningen på kvinnors hälsa mer än 5,1 miljarder kronor åren 2015–2019. Det framgår av tabell 2.1. I tabellen ingår inte de utökade platserna på barnmorskeutbildningen som ingår i en större utbyggnad av platserna på utbildningarna till barnmorska, sjuksköterska och specialistsjuksköterska och inte heller uppdragen till olika myndigheter.

Tabell 2.1. Omfattning i miljoner kronor per år för satsningen.

Del av satsningen	Utbetal				
	2015	2016	2017	2018	2019
Förbättra förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa	200 (1)	375 (1)	673 (2,3)	1 545 (2,3,4)	1 329 (5)
Förstärka primärvårdens arbete med kvinnors hälsa	–	125 (1)	117 (2)	114 (4)	120 (5)
SKR:s samordningsansvar för insatserna i överenskommelserna	–	5 (1)	6 (2)	15 (4)	23 (6)

(forts.)

Tabell 2.1. (forts.)

Del av satsningen	Utbetalt				
	2015	2016	2017	2018	2019
Övriga medel till SKR (7)	–	15 (1)	15 (2)	16 (4)	16 (6)
Avgiftsfri mammografiscreening 40–74 år	–	100 (10)	207 (10)	– (8)	
Kostnadsfria preventivmedel till och med 20 år	–	–	27 (9)		
Avgiftsfri screening av livmoderhalscancer	–	–	–	141 (4)	141 (5)
Totalt	200	620	1 045	1 831	1 629

1) Överenskommelse 1, 2) Överenskommelse 2, 3) Överenskommelse 3, 4) Överenskommelse 4, 5) Utbetalt 2019, 6) Personlig kommunikation, Eva Estling, SKR, 7) Stöd till screeninginsatser/screening av livmoderhalscancer, Stöd till utveckling av bäckenrehabilitering, Cancer och graviditet, 8) Prop. 2018/19:1, 9), Prop. 2016/17:1, 10) Prop. 2016/17:1.

2.2.1 Överenskommelserna har träffats i fyra omgångar

Den största delen i den samlade satsningen för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas till kvinnor är de överenskommelser som regeringen ingått med SKR i fyra omgångar (se faktaruta 2.1).

Faktaruta 2.1

Överenskommelserna mellan staten och SKR har träffats i fyra omgångar:

- 1) Överenskommelse 1 för 2015–2016 (Socialdepartementet och SKL, 2015, En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015 och 2016 S2015/07777/FS).
- 2) Överenskommelse 2 för 2017–2019 (Socialdepartementet och SKL, 2017a, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting S2016/00844/FS, S2017/00425/FS).
- 3) Överenskommelse 3, en tilläggsöverenskommelse för 2017–2019 (Socialdepartementet och SKL, 2017b, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2019, S2017/03585/FS).
- 4) Överenskommelse 4, en tilläggsöverenskommelse för 2018–2019 (Socialdepartementet och SKL, 2018, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018–2019, S2018/01950/FS).

I rapporten kallar vi överenskommelserna för överenskommelse 1, överenskommelse 2, överenskommelse 3 och överenskommelse 4.

2.2.2 Medlen till regionerna fördelas utifrån befolkningsstorlek och får användas utifrån lokala behov

Överenskommelserna avser huvudsakligen stimulansmedel i form av riktade statsbidrag som betalas ut till regionerna för insatser som rör förlossningsvården och kvinnors hälsa, samt för insatser inom primärvården som rör kvinnors hälsa. Medlen till regionerna utbetalas utifrån befolkningsstorlek, och ger regionerna stor frihet att prioritera vad de vill använda medlen till utifrån lokala och regionala behov.

Vår uppföljning av överenskommelserna om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa omfattar åren 2015–2019. I bilaga 1 redovisas tilldelade medel per region för den perioden.

2.2.3 SKR har fördelat medel för cervixcancerscreening och bäckenrehabilitering

En annan del av överenskommelserna är medel som tilldelats SKR för att främja regional och nationell samverkan inom cervixcancerscreening samt kunskapsuppbyggnad och rehabilitering av bäckenkomplikationer vid cancersjukdom.

Under åren 2016–2019 har SKR fått sammanlagt cirka 20 miljoner för cervixcancerscreening och 40 miljoner för bäckenrehabilitering (2018 inkluderades cancer vid graviditet i dessa medel). År 2019 fick SKR också 1 miljon till arbete med cancer och graviditet (överenskommelse 1, överenskommelse 2 och överenskommelse 4). Vi har inte gjort någon särskild uppföljning av dessa medel, men SKR har redovisat arbetet till regeringen varje år (SKL 2018d, SKL 2019b, SKR 2020f). Inom cervixcancerscreening har fokus legat på att ta fram ett nationellt vårdprogram som grund för införandet av HPV-test. Arbetet har utförts av RCC:s nationella arbetsgrupp för cervixcancerprevention.

Andra insatser gäller utbildning för att öka kunskapen hos personalen inom olika screeningverksamheter och it-stöd. För bäckenrehabilitering fick SKR ekonomiska medel att betala ut till de sjukvårdsregioner som utvecklar och främjar omhändertagandet av bäckenkomplikationer och kunskapsuppbyggnad av bäckenrehabilitering. RCC har ansvarat för det regionala planeringsarbetet, och en arbetsgrupp bestående av regionala projektledare har tagit fram en klinisk vägledning för bäckencancerrehabilitering (Regionala cancercentrum i samverkan 2020).

2.3 SVÅRT ATT SAMMANFATTA SYFTE OCH MÅL

Det är svårt att sammanfatta mål, syfte och prioriteringar för samtliga överenskommelser om förstärkningar av förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelserna innehåller ett antal beskrivningar av mål och syften på en övergripande nivå, som delvis skiljer sig åt mellan de olika överenskommelserna. De innehåller också flera olika skrivningar om vilka utmaningar som finns och vad som ska prioriteras i arbetet.

I följande avsnitt sammanfattar vi de övergripande målen med överenskommelserna och beskriver deras innehåll närmare.

2.3.1 Bakgrund och övergripande mål för överenskommelserna

Regeringen och SKR motiverar överenskommelserna om stärkt förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa med att det finns utvecklingsområden både för förlossningsvården och den hälso- och sjukvård i övrigt som kvinnor får, till exempel när det gäller komplikationer och skador hos den födande kvinnan i samband med förlossning, tillgången till barnmorskor, kunskapen om vanliga kvinnosjukdomar och skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen (överenskommelse 1).

Regeringen och SKR skriver i överenskommelse 1 att parterna vill ”verka för att uppnå målet om en mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa”. I överenskommelse 2 anges också att målen innefattar att vården ska vara av god kvalitet och utgå från kvinnans behov. Regeringen och SKR anger också att det övergripande målet för överenskommelserna är att ”främja sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa samt stärka primärvårdens insatser som rör kvinnors hälsa” (överenskommelse 1 och 2).

2.3.2 Insatser för förlossningsvården och kvinnors hälsa

Den största delen av överenskommelserna är medel till regionerna för en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Insatserna ska enligt överenskommelserna i första hand stärka förlossningsvården och eftervården av födande. I andra hand får medlen användas till insatser inom hälso- och sjukvården under förutsättning att insatserna leder till att stärka kvinnors hälsa (överenskommelse 1 och 2). Regionerna ska i första



hand genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, bland annat bemanningen (överenskommelse 1). Övriga texter i överenskommelsen lyfter bland annat fram komplikationer och skador hos den födande kvinnan samt utveckling och förbättring av kunskapsstöd som prioriterade områden.

Mödravården var inte särskilt utpekad i den första överenskommelsen förutom i vissa skrivningar om de medel som avsätts för primärvården. Sedan lyftes hela vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård fram i den andra och tredje överenskommelsen för 2017–2019. Men eftersom överenskommelserna medger att regionerna får använda tilldelade medel för all vård som syftar till att stärka kvinnors hälsa har det ändå varit möjligt för regionerna att genomföra insatser inom mödravården under hela perioden, även om detta inte har varit helt tydligt. Den fjärde överenskommelsen tydliggör ytterligare att insatserna ska förbättra hela vårdkedjan för gravida och födande.

Överenskommelse 3 (för 2017–2019) lyfte särskilt fram utvecklingsområden som verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor och barnmorskor, utveckling av vårdkedjan inklusive eftervården, utarbetande av kunskapsstöd och utbildning om förlossningsskador.

I överenskommelse 4 (för 2018–2019) ingår insatser inom neonatalvården (se nedan) och en avgiftsfri screening för cervixcancer. I överenskommelse 4 har parterna också enats om ett antal mer specifika mål för vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård:

- Det finns en tydlig vårdkedja.
- Eftervården utvecklas och stärks.
- Rätt vård för eventuella komplikationer och skador är lätt att hitta.
- Bemanningen är sådan att en barnmorska eller annan relevant kompetens finns tillgänglig för den födande kvinnan under förlossningen.
- Föräldrar känner trygghet i att det finns plats för dem både före och efter förlossning, inte minst för dem som har långt till närmaste förlossningsklinik.
- Evidensbaserad kunskap och kunskapsstöd för att förebygga, diagnostisera och behandla förlossningsskador finns tillgänglig för personalen.
- Det finns goda förutsättningar för forskning.

2.3.3 Insatser för kvinnors hälsa i primärvården

Det andra insatsområdet i överenskommelserna gäller insatser för att stärka primärvårdens insatser som främjar kvinnors hälsa, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. Enligt överenskommelserna ska regionerna i första hand välja insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor. Andra insatser kan väljas om de tydligt leder till att primärvårdens behandling av kvinnors sjukdomar förbättras. Överenskommelserna anger också att samtliga insatser ska syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden (överenskommelse 1 och 2).

Ett område som särskilt behöver uppmärksammas, enligt överenskommelserna, är metoder för att identifiera och nå patientgrupper i utsatta områden. Enligt parterna kan nya arbetsmetoder komma att krävas för att nå socioekonomiskt utsatta kvinnor, inte minst när det gäller det hälsofrämjande och förbyggande arbetet. I den första överenskommelsen kom parterna överens om att främja innovativa metoder för detta (överenskommelse 1). I den andra överenskommelsen nämns flera exempel på områden som kan behöva utvecklas, bland annat information om sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), könsstympning, våldutsatthet och jämställt föräldraskap (överenskommelse 2).

2.3.4 Insatser inom neonatalvården

I budgetpropositionen för 2018 (prop. 2017/18:1) föreslog regeringen att medel inom satsningen även skulle få användas för insatser i neonatalvården, och i den tilläggsöverenskommelse som gäller för 2018–2019 (överenskommelse 4) ingår neonatalvården. I överenskommelsen anges att medlen får användas till

- vård av för tidigt födda barn och den samvård som behöver ske med kvinnan och övriga familjemedlemmar
- insatser som förbättrar övergången mellan olika delar i vårdorganisationen
- samordning och uppföljning av vården.

2.3.5 Överenskommelserna saknar mätbara mål

Som beskrivits har överenskommelserna övergripande mål- och syftesformuleringar, men de saknar mer specifika mål som är mätbara och tidsbegränsade. Regeringen och SKR pekar i texter i överenskommelserna



ut ett antal områden där de ser att det behövs en utveckling, eller där de förväntar sig förbättringar. Överenskommelserna ger dock ingen vägledning om hur situationen inom respektive område ska se ut för att önskade resultat kan anses vara uppnådda.

De områden som pekas ut är också en blandning av mål och medel, där några områden handlar om vad som behöver utvecklas och andra om hur regionerna bör arbeta. Det tydligaste exemplet på ett område som handlar om *hur* regionerna bör arbeta är stärkt kompetensförsörjning, inklusive bemanning. Några exempel på områden som mer handlar om *vad* som behöver förbättras är förlösningsskador, eftervård, kunskap om kvinnosjukdomar, kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), könsstympling, våldsutsatthet och jämställt föräldraskap samt skillnader i hälsa mellan olika grupper.

I överenskommelse 4 anges tydligare målformuleringar för vårdkedjan för gravida. Det är dock svårt att mäta måluppfyllelse, eftersom målformuleringarna inte innehåller några tydliga målvärden. De har dessutom bara gällt för det sista året som omfattas av vår uppföljning.

2.4 DEFINITIONER OCH BEGREPP SOM ÄR KOPPLADE TILL MÅLEN

Överenskommelsernas övergripande mål är i stort sett desamma som kvalitetsdimensionerna som ingår i Socialstyrelsens modell för en god vård och omsorg – det vill säga att vården är säker, kunskapsbaserad, tillgänglig, effektiv, jämlik och individanpassad. Kompetensförsörjning har också varit särskilt prioriterat, även om det inte varit ett uttalat mål i alla överenskommelserna.

2.4.1 De övergripande målen motsvarar kvalitetsdimensioner för en god vård och omsorg

Överenskommelsernas övergripande mål motsvarar i stort sett de sex kvalitetsdimensionerna i modellen God vård och omsorg som Socialstyrelsen har tagit fram, det vill säga att vården är säker, kunskapsbaserad, tillgänglig, effektiv, jämlik och individanpassad.

God vård och omsorg är en modell som används av Socialstyrelsen för att utveckla och ta fram indikatorer. Den tar bland annat sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), tandvårdslagen (1985:125) (TvL) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), och speglar de egenskaper en god vård och omsorg ska innehålla (Socialstyrelsen 2009, Socialstyrelsen 2017c).

Modellens olika kvalitetsdimensioner är delvis överlappande, och påverkar varandra på olika sätt. Kvalitetsdimensionen effektiv vård ska spegla om vården utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål, det vill säga målpufffyllelse i relation till kostnaden. Det innebär att övriga fem kvalitetsområden bör relateras till hälso- och sjukvårdens kostnader för att ge en bild av vårdens effektivitet (Socialstyrelsen 2009, Socialstyrelsen 2017c). Effektiv vård är dock den enda av de sex kvalitetsdimensionerna som *inte* är inkluderad som ett uttalat mål i överenskommelserna.

Jämlik vård innebär inte att alla ska få samma vård

Jämlik vård innebär, enligt modellen God vård och omsorg som Socialstyrelsen tagit fram, att vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla, oavsett ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden (Socialstyrelsen 2009, Socialstyrelsen 2017c). Ett mått på vårdens jämlikhet kan därmed vara (avsaknaden av) skillnader mellan olika grupper i övriga kvalitetsdimensioner.

Men eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör vården prioritera de som har störst behov, för att uppnå en god hälsa för hela befolkningen (Socialstyrelsen 2009). Att vården ska anpassas efter behov innebär alltså att inte alla ska ha samma vård. Därmed är inte alla skillnader i vården att betrakta som ojämlika.

Vårdanalys har tidigare lyft fram begreppet ”omotiverade skillnader”, och utarbetat kriterier för att avgöra om en skillnad i vården är omotiverad eller inte (Vårdanalys 2014a). Omotiverade skillnader handlar bland annat om skillnader i den vård som ges, trots samma behov och preferenser.

I arbetet med den här rapporten har vi dock inte alltid haft möjlighet att genomföra fördjupade analyser av vilka skillnader som är omotiverade och inte.

Vi använder begreppet personcentrerad i stället för individanpassad

Ett av de övergripande målen i överenskommelserna är att vården ska utgå från kvinnans behov, vilket kan sägas motsvara God vård och omsorgmodellens kvalitetsdimension individanpassad, som tidigare kallades patientfokuserad (Socialstyrelsen 2009). Andra begrepp som förekommer är patientcentrerad eller personcentrerad. De olika begreppen används och definieras på olika sätt i olika sammanhang.

Vårdanalys använder begreppet personcentrerad, som tar hänsyn till människors sammanhang och hur de upplever och hanterar sin sjukdom, och inte enbart fokuserar på interaktionen mellan patient och vårdgivare i det enskilda kliniska mötet (Vårdanalys 2018b). Personcentrerad innebär att



patienten blir sedd, respekterad och inkluderad i vården utifrån sina behov, preferenser och resurser. Det innebär också att vården, och den omsorg som patienten eventuellt tar del av, ska fungera som en helhet (Vårdanalys 2018b). Viktiga delar av en personcentrerad vård kan sammanfattningsvis sägas vara information, kommunikation och bemötande, medskapande och delaktighet i beslut samt samordning (Vårdanalys 2019a). Information och delaktighet omfattas också av särskilda lagkrav, bland annat i patientlagen (2014:821) (PL).

Neonatalvården använder begreppet familjecentrerad vård

Inom neonatalvården pratar man om betydelsen av en familjecentrerad, eller barn- och familjecentrerad, vård. Begreppet fokuserar både på barnet och på familjen där barnet ingår, och har flera likheter med personcentrering, bland annat betoningen av individuella behov, vikten av information samt delaktighet och medskapande i vården.

Begreppet familjecentrerad vård inkluderar även mer konkreta aspekter relaterade till vården av barn och föräldrar, som samvård av barn och mammor med egna medicinska behov, möjlighet för föräldrar att bo på enheter där deras nyfödda barn vårdas samt psykosocialt stöd och stöd i bindnings- och anknytningsprocessen för föräldrar (Socialstyrelsen 2014a).

Faktabuta 2.2

Krav på en god vård i hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL).

Patientlagen ställer krav på information och delaktighet

Det finns flera krav på information och delaktighet i lagen. Av patientlagen framgår bland annat att du som patient ska få information om både väsentliga risker för komplikationer, biverkningar och eftervård såväl som metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § PL). Patienten ska till exempel också få information om de olika behandlingsalternativ som finns tillgängliga (3 kap. 1–2 §§ PL). Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utföras och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL).

2.4.2 Kompetensförsörjning inte ett uttalat mål men ändå prioriterat

Trots att det inte är ett uttalat mål med satsningen är kompetensförsörjning särskilt prioriterat i överenskommelserna. Det förekommer flera olika

formuleringar om kompetensförsörjning och bemanning i de fyra överenskommelserna.

I överenskommelse 1 och 2 anges att regionerna i första hand ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanning. I de första två överenskommelserna hade regionerna dessutom särskilda krav att redovisa vilka kompetensbehov de har på 1–5 års sikt, och vilka kompetenshöjande insatser de ser behov av, för att få ta del av medel från satsningen. I överenskommelse 2 fanns även krav på att redovisa hur stor andel av regionernas medel som använts till insatser om bemanning och bemanningsfrågor.

I överenskommelse 4 fanns i stället krav på att redovisa hur regionerna har använt medel för att förbättra arbetsmiljön och förstärka personaltäteten samt i övrigt stärka bemanningen. Där anges också att varje insats ska syfta till att utforma en arbetsmiljö som medför att förlossningsvården som arbetsplats förmår att attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare. Det finns även ett mål om att bemanningen ska vara sådan att relevant kompetens finns tillgänglig för den födande kvinnan under hela förlossningen.

Faktaruta 2.3

Kompetensförsörjning inkluderar bemanning och kompetensutveckling

Bemanning kan definieras som antal av specifika yrkesgrupper i relation till antalet patienter eller vårdtyngd, men det kan också avse personalsammansättning, användning av tillfällig personal och schemaläggning.

Kompetens kan handla både om formell kompetens som utbildning och utbildningsnivå, men också om erfarenhet (Socialstyrelsen 2018a).

Kompetensutveckling handlar i sin tur om att utveckla och anpassa kompetens utifrån behov (SIS 2017).

Kompetensförsörjning inkluderar både bemanning och kompetensutveckling, och kan ses som en process för att utbilda, rekrytera och behålla personal med lämplig kompetens samt att använda personalens kompetens på bästa sätt för att tillgodose befolkningens behov (Vårdanalys 2019c).

2.4.3 I överenskommelserna används begreppet kvinnors hälsa

Satsningen och överenskommelserna använder begreppet *kvinnors hälsa*. För att öka rapportens läsbarhet har också vi använt begreppet kvinna eller kvinnor, även om gruppen också innefattar individer som inte identifierar sig som kvinnor.





Metod

I uppföljningen har vi utgått ifrån ett analytiskt ramverk som beskriver vår tolkning av hur överenskommelserna är tänkta att fungera, samt olika interna och externa faktorer som kan tänkas påverka måluppfyllelsen. Våra frågor utgår ifrån det ramverket och från de frågor vi ska besvara enligt uppdraget från regeringen. För att besvara frågorna använder vi oss av flera olika metoder och datakällor. Bland annat använder vi uppgifter från regionerna om de insatser de har genomfört samt intervjuer med personer från regioner och professionsorganisationer om hur arbetet med överenskommelserna har fungerat. Vi använder indikatorer från olika register och enkätundersökningar för att beskriva utvecklingen av vården av kvinnor och nyfödda barn. Vi har också samlat in uppgifter från fokusgrupper och en enkät till kvinnor som har fött barn om deras uppfattning om vården.

3.1 VI HAR ANVÄNT ETT ANALYTISKT RAMVERK FÖR ATT FÖLJA UPP ÖVERENSKOMMELSERNA

Figur 3.1 visar vårt analytiska ramverk för att följa upp överenskommelserna. Ramverket baseras på en förenklad programteoretisk ansats, som är tänkt att beskriva kedjan mellan valda aktiviteter, genomförda prestationer och önskade resultat och effekter. Enligt ramverket är överenskommelserna aktiviteter och regionernas insatser är de prestationer som genomförs. Prestationerna är i sin tur tänkta att leda till olika resultat och effekter.



3.1.1 Utgår från de övergripande målen med fokus på vissa områden

Något som gör det mer komplicerat att skapa ett analytiskt ramverk utifrån en programteoretisk ansats här är att regionerna har haft stor frihet att välja insatser, och därmed mål för insatserna, utifrån de egna behoven. Överenskommelsernas övergripande mål ger ramen för vad överenskommelserna är tänkta att leda till, men för att kunna följa upp regionernas insatser och deras effekter behövs mer specifika, konkreta målområden. Vi har därför identifierat ett antal områden som särskilt pekas ut i texter i överenskommelserna, områden som är viktiga ur ett patientperspektiv och områden där flera regioner har genomfört insatser.

Figur 3.1. Analytiskt ramverk för att följa upp överenskommelserna.



3.1.2 Regionernas insatser utgör prestationer

När vi beskriver regionernas insatser (prestationerna) utgår vi dels ifrån vad regionerna har genomfört för typ av insatser – om det har varit fråga om bemanning, utbildning eller andra kompetenshöjande insatser för personalen, ändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete, utveckling eller implementering av riktlinjer, kunskapsstöd eller vårdprogram alternativt information eller utbildning riktad till patienter eller befolkning. Vi har också studerat vad insatserna har varit inriktade på och kategoriserat dem i olika områden, som till exempel minskade förlossningsskador, skador på barnet eller psykisk ohälsa. Många av insatserna gäller dock inte specifika områden, utan syftar till att förbättra vården mer generellt.

3.1.3 Resultat och effekter beskrivs med ett urval indikatorer

För att följa upp prestationernas resultat har vi valt ut ett antal indikatorer som ska belysa utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn. Syftet är att bedöma om vården generellt och om vården specifikt inom de olika områdena har blivit mer personcentrerad, tillgänglig, jämlik, säker och kunskapsbaserad sedan satsningen inleddes.

Vi följer också upp ett antal hälsoutfall för att belysa effekter av prestationerna. Eftersom kompetensförsörjning varit i fokus i överenskommelserna beskriver vi också hur bemanning och andra aspekter relaterade till kompetensförsörjning inom graviditetsvårdkedjan har utvecklats.

3.1.4 Vi beskriver interna och externa faktorer

I ramverket ingår också olika faktorer som kan tänkas påverka utvecklingen av vård och hälsa för kvinnor och nyfödda barn. Faktorerna kan vara interna respektive externa.

De interna faktorerna är faktorer som är kopplade till hur arbetet med överenskommelserna har genomförts, som överenskommelsernas utformning, SKR:s arbete för att stödja regionerna och regionernas utformning av sin organisation och sitt arbete med överenskommelserna i övrigt.

De externa faktorerna är yttre faktorer som kan tänkas ha påverkat utvecklingen. Exempel på det är andra statliga satsningar som har pågått parallellt med satsningen på kvinnors hälsa, andra delar av satsningen på kvinnors hälsa än överenskommelserna, den nationella kunskapsstyrningsstrukturen med nationella programområden (NPO:er) samt det arbete som bedrivs av register- och professionsorganisationer.



3.2 FRÅGOR SOM BELYSER RELEVANS, ORGANISATION, GENOMFÖRANDE OCH RESULTAT

Våra frågor utgår ifrån det analytiska ramverket, och från de frågor vi ska besvara enligt uppdraget från regeringen. Frågorna omfattar två övergripande områden – överenskommelsernas relevans och arbetets organisation samt arbetets genomförande och överenskommelsernas resultat och effekter. Några av frågorna besvarades delvis i den tidigare publicerade delrapporten, men de inkluderas också i den här rapporten.

1. Överenskommelsernas relevans och arbetets organisation:
 - Är överenskommelsernas mål rätt valda utifrån kända utmaningar och behov?
 - Hur har val av insatser gått till i regionerna, och hur har medel och insatser fördelats mellan olika områden och målgrupper?
 - Hur har regionerna organiserat sitt arbete med överenskommelserna i övrigt?
 - Hur har SKR genomfört sitt samordningsansvar?
 - Vilka andra faktorer kan ha påverkat arbetet med överenskommelserna?
2. Arbetets genomförande och överenskommelsernas resultat och effekter:
 - Vad har regionerna genomfört för insatser, och hur är de kopplade till överenskommelsernas utformning och identifierade behov?
 - Har det skett någon förändring inom vården av kvinnor och nyfödda barn utifrån de övergripande målen för överenskommelserna eller inom specifika områden?
 - Hur ser utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn ut för utrikes respektive inrikes födda kvinnor, och för kvinnor med olika utbildningsbakgrund?
 - I vilken grad bedöms arbetet inom överenskommelserna ha bidragit till eventuella förändringar inom vården av kvinnor och nyfödda barn?
 - Vilka utmaningar kvarstår inom vården av kvinnor och nyfödda barn?

3.2.1 Rapporten beskriver ramverkets olika delar och svarar på våra frågor

I figur 3.2 framgår i vilka kapitel i rapporten vi beskriver de olika delarna i ramverket, och vilka frågor som besvaras i respektive kapitel. Beskrivningen av regionernas insatser och av utvecklingen av indikatorerna är uppdelad

utifrån de olika vårdområden som ingår i överenskommelserna, det vill säga graviditetsvårdkedjan, övrig primärvård och specialiserad vård samt neonatalvård.

Figur 3.2. Kapitel i rapporten som beskriver olika delar av vårt analysramverk, besvarar olika frågor och frågorna i regeringsuppdraget.

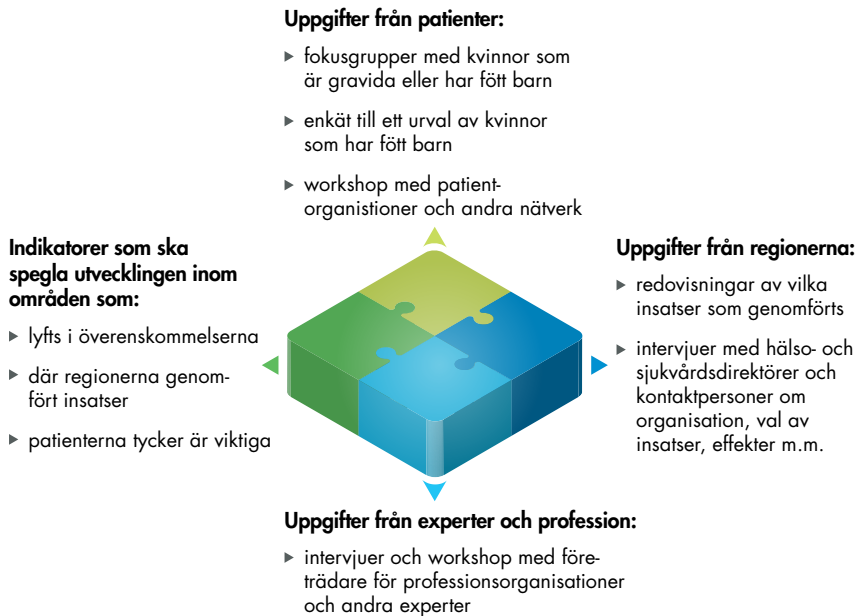
Kapitel	Del av analysramverket som beskrivs	Frågor i regeringsuppdraget som besvaras	Frågeställningar som besvaras
2	Aktiviteter		
6 Övergripande	Prestationer	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hur insatserna valts, utifrån vilka behov 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vad har regionerna genomfört för insatser, och hur är de kopplade till överenskommelsernas utformning och identifierade behov?
7 Graviditetsvårdkedjan		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Om insatserna lett till avsedd effekt på kort och lång sikt 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har det skett någon förändring inom vården utifrån de övergripande målen för överenskommelserna eller specifika områden?
10 Övrig vård		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Om det är möjligt: vilka effekter insatserna haft på utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund samt eventuella andra aspekter på insatserna. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hur ser utvecklingen ut för utrikes respektive inrikes födda kvinnor, och för kvinnor med olika utbildningsbakgrund?
11 Neonatalvård	Resultat och effekter		
5	Externa faktorer Intern faktorer på nationell nivå		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vilka andra faktorer på nationell nivå kan ha påverkat arbetet med överenskommelserna? ▶ Hur har SKR genomfört sitt samordningsansvar?
6	Intern faktorer på regional nivå		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hur har val av insatser gått till i regionerna, och hur har medel och insatser fördelats mellan olika områden och målgrupper? ▶ Hur har regionerna organiserat sitt arbete med överenskommelserna i övrigt?
4		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hur satsningen bidragit till utveckling av områdena ▶ Vilka utmaningar kvarstår 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Är överenskommelsernas mål rätt valda utifrån kända utmaningar och behov? ▶ I vilken grad bedöms arbetet inom överenskommelserna ha bidragit till eventuella förändringar inom vården av kvinnor och nyfödda barn? ▶ Vilka utmaningar kvarstår inom vården av kvinnor och nyfödda barn?



3.3 VI ANVÄNDER FLERA OLIKA METODER I VÅR UPPFÖLJNING

I vår uppföljning av överenskommelserna har vi använt uppgifter från patienter, experter och professionsföreträdare, regioner, register och andra datakällor. Vi har använt oss av flera olika metoder: intervjuer, workshoppar, fokusgrupper, enkätundersökningar och analyser av data och statistik. En mer utförlig beskrivning av respektive metod finns i bilaga 4.

Figur 3.3. Metoder och källor vi använder i uppföljningen.



3.3.1 Vi har genomfört intervjuer och två workshoppar

För att få en bild av hur regionerna har organiserat sitt arbete med satsningen har vi intervjuat alla regionernas kontaktpersoner för satsningen vid två tillfällen: våren 2018 (till delrapporten) och hösten 2019. I några regioner har fler personer som varit verksamma inom satsningen deltagit vid intervjun.

Under våren 2019 genomförde vi även intervjuer med ett antal hälso- och sjukvårdsdirektörer om deras uppfattning om satsningen på kvinnors hälsa. Vi har också intervjuat SKR:s projektteam för satsningen, företrädare för professionsorganisationer och andra experter, nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning, nationella programområdet för barn och ungdomars hälsa samt genomfört en workshop

med professionsorganisationer och en med patientorganisationer och andra nätverk för att diskutera satsningens genomförande och resultat.

3.3.2 Regionerna har redovisat sina insatser varje år

För att kunna följa upp och analysera de insatser som regionerna har initierat inom ramen för överenskommelserna har vi tillsammans med SKR inhämtat redovisningar från regionerna varje år. Redovisningarna har samlats in i form av en webenkät som skickats ut från SKR. I enkäten redovisas alla påbörjade insatser, och för varje insats beskrivs insatsens syfte, mål, genomförda aktiviteter, behov som ligger till grund för insatsen, insatsens resultat och om den fokuserat på särskilda målgrupper.

Regionerna har själva valt hur de grupperar och redovisar sina insatser, vilket har lett till att det är stor variation i antalet insatser mellan olika regioner. Utifrån regionernas redovisningar har vi, som beskrivs i vårt analysramverk, kategoriserat insatserna i olika typer av insatser och i olika utvecklingsområden. Men antalet insatser av olika typ och inom olika områden återspeglar dock inte nödvändigtvis resursmässig omfattning, och behöver därför tolkas med viss försiktighet.

3.3.3 Indikatorerna beskriver utveckling snarare än effekter

Enligt vårt uppdrag från regeringen ska vi göra en bedömning av satsningens effekter, i den utsträckning som det är möjligt att mäta effekter. För att kunna mäta effekter behövs uppgifter som beskriver läget innan och efter satsningen. Det innebär att vi i vår uppföljning är hänvisade till existerande datakällor, det vill säga datakällor som funnits på plats redan innan satsningen inleddes. Vårt urval av indikatorer har därför begränsats av vilka uppgifter som finns tillgängliga i olika hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och patient- eller befolkningsenkäter. Det innebär att det inte finns indikatorer som täcker alla relevanta områden.

Vi har i den utsträckning som det är möjligt analyserat utvecklingen från en tid innan satsningen inleddes och fram till och med 2019, för att avgöra om den eventuella utveckling vi ser är en del i en längre trend eller inte. Men eftersom olika datakällor omfattar olika tidsperioder har det inte alltid varit möjligt att följa utvecklingen över längre tid. Vissa datakällor har också en längre tids eftersläpning för inrapportering och redovisning av data, vilket gör att det i vissa fall inte finns uppgifter som sträcker sig längre fram i tid än till 2017.



Utvecklingen av indikatorerna kan ge en indikation om satsningens effekter. Men den kan inte ligga till grund för säkra slutsatser om orsakssamband, det vill säga om eventuella effekter är en direkt följd av de insatser som har genomförts inom ramen för satsningen.

För att kunna dra slutsatser om orsakssamband räcker det inte med uppgifter om utvecklingen under en längre tid. Man behöver också kunna kontrollera för andra faktorer som kan ha påverkat resultatet av de insatser som regionerna har genomfört. Det kan exempelvis handla om ifall regionerna har använt medel från andra statliga satsningar, förekomsten av nationella riktlinjer eller andra kunskapsstöd eller generella trender i samhället som kan ha påverkat utvecklingen. Men det handlar också om ifall de insatser regionerna har valt att satsa på är effektiva och hur väl de har genomförts.

På grund av det stora antalet insatser som regionerna har genomfört, samt den stora variationen i vilka områden insatserna har fokuserat på och hur de har utformats, är det svårt att göra en samlad bedömning av effekter kopplade till satsningen. Men en beskrivning av utvecklingen kan ändå, tillsammans med resultat från intervjuer och regionernas redovisningar av insatser, ge en indikation på om satsningen haft önskad effekt.

3.3.4 Fokusgrupper och enkät belyser vad patienterna tycker

En viktig del av vårt uppdrag är att granska insatserna utifrån ett patient- och medborgarperspektiv. Men på samma sätt som för övriga delar av vår uppföljning innebär den stora mängden och bredden av insatser att det inte är praktiskt möjligt att granska alla. Vi har därför valt att fokusera på graviditetsvårdkedjan, som var den största delen av överenskommelserna, och har genomfört fokusgrupper och en enkätundersökning.

Vi har genomfört sex fokusgrupper och en enskild intervju, med sammanlagt 30 deltagare som var gravida eller hade fött barn. Syftet var att få en djupare bild och förståelse för vilka områden som är viktiga att belysa för att beskriva kvaliteten i vården ur patienternas perspektiv.

Enkäten ger en kompletterande bild av hur ett urval kvinnor som fött barn under 2014–2019 har upplevt vården i samband med graviditet och förlossning, och vad de tycker är viktiga kvalitetsaspekter. Frågorna i enkäten bygger bland annat på det som kom fram i samtalen i fokusgrupperna, och handlar framför allt om olika aspekter kopplade till tillgänglighet och personcentrering, och inte om medicinska insatser. Men vi har också frågat om ett antal organisatoriska aspekter och försökt belysa några av målen från överenskommelse 4 (se avsnitt 2.3.2).

Enkäten ger en övergripande bild av vilka områden som är viktiga ur ett patientperspektiv, som sedan kan relateras till de områden som regionerna har prioriterat i arbetet med satsningen. Den beskriver däremot inte utvecklingen över tid. Vi kan alltså inte säga om patienternas uppfattning om vården har förändrats under den tid vi har följt upp satsningen.





Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Utifrån det underlag som presenterats i den här rapporten, vår tidigare delrapport och fördjupningsrapport drar vi följande slutsatser om överenskommelsernas utformning, samt om genomförande och resultat inom de olika vårdområden som ingått i överenskommelserna:

- Överenskommelserna var motiverade utifrån de utvecklingsbehov som fanns för kvinnors hälsa och graviditetsvårdkedjan, men de täcker inte hela problembilden. Det saknas också en horisontell prioritering, det vill säga en bedömning av behov av insatser jämfört med andra områden eller grupper. Överenskommelsernas övergripande målformuleringar och fokus på regionala behov har inneburit utmaningar för prioriteringar, genomförande, uppföljning och lärande.
- Primärvården har stor potential att förebygga ohälsa och stärka jämlikhet i hälsa, men var en liten del av satsningen. Vi ser heller ingen förbättring av tillgängligheten eller personcentreringen i primärvården.
- När det gäller neonatalvården har det gått för kort tid för att beskriva utvecklingen i samband med satsningen. Flera förutsättningar för förbättringsarbete finns på plats, men kompetensförsörjningen är en utmaning.
- Graviditetsvårdkedjan har till viss del blivit mer kunskapsbaserad och säker, och bemanningen har stärkts. Samtidigt är kompetensförsörjningen fortfarande en utmaning och det finns få tecken på förbättringar av jämlikhet och personcentrering. Vår enkät till patienter visar också att eftervården har stort förbättringsutrymme.



Vi lämnar därför ett antal rekommendationer till regeringen och regionerna, framför allt med fokus på de områden inom graviditetsvårdkedjan där vi har identifierat kvarstående utmaningar. Men vi ger också en generell rekommendation om hur man kan utforma framtida överenskommelser och om kunskapsstöd för insatser för svårnådda grupper.

4.1 SLUTSATSER OM ÖVERENSKOMMELSERNAS UTFORMNING

I vår delrapport konstaterade vi att en satsning på kvinnors hälsa var motiverad, men att satsningen även borde ha lyft fram psykisk hälsa. Det saknas också en prioritering av behovet av insatser jämfört med andra grupper och delar av hälso- och sjukvården. Dessutom har överenskommelsernas utformning, med övergripande målformuleringar och fokus på regionala behov, inneburit svårigheter för genomförande, uppföljning och lärande.

4.1.1 Överenskommelsernas intentioner svarar mot kända behov men täcker inte hela problembilden

I vår delrapport drog vi slutsatsen att det är motiverat att arbeta för att utjämna skillnader i vård och hälsa mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor i samhället och mellan olika delar av landet. Vi konstaterade också att det är motiverat att utveckla vården av gravida och födande. Ett viktigt skäl är att det finns skillnader i den vård som ges och i vårdens resultat mellan olika delar av landet, men också att vården behöver bli mer personcentrerad.

Däremot har vi inte bedömt behovet av insatser jämfört med behovet hos andra grupper eller inom andra delar av hälso- och sjukvården. Satsningen är inte heller baserad på någon sammanställd behovsanalys, där kvinnors hälsa prioriterats mot andra gruppers hälsa, eller där förlossningsvården ställts mot andra delar av vården för kvinnor.

I delrapporten konstaterade vi att de huvudsakliga områden som pekas ut i överenskommelserna har betydelse för överenskommelsernas övergripande mål. Vi har däremot inte bedömt om de områden som pekas ut är de mest relevanta för att förbättra kvinnors hälsa. Vi kan ändå se att det saknas ett område utifrån kända behov och utmaningar, nämligen psykisk ohälsa.

Kvinnor är i större utsträckning än män sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, och en stor andel av sjukfallen hos kvinnor är orsakade av psykisk ohälsa. Det är alltså ett område som det skulle vara motiverat att arbeta med för att motverka sjukskrivningar hos kvinnor och förbättra kvinnors hälsa – vilket motsvarar satsningens övergripande syfte.

Trots att psykisk hälsa inte lyftes fram särskilt i överenskommelserna har flera regioner arbetat med det. Samtidigt med satsningen på kvinnors hälsa har det också pågått en satsning på psykisk hälsa, bland annat genom överenskommelser mellan staten och SKR (SKL 2017c, 2018f, 2019d).

4.1.2 Styrningen har inneburit frihet men bidragit till osäkerhet

Överenskommelsernas utformning har inneburit stor frihet för regionerna att själva välja insatser utifrån lokala och regionala behov. Eftersom behoven kan variera har det klara fördelar. Det förutsätter dock att regionerna har kunskap om vilka behov som finns.

Överenskommelserna föregicks inte av någon sammanställd nationell behovsanalys. SKR har under satsningens gång tagit fram olika övergripande behovskartläggningar och en strategisk plattform för att stödja prioriteringar samt tydliggöra mål och möjliga strategier, men kartläggningarna och den strategiska plattformen fanns inte på plats förrän en bit in i satsningen. Innan dess var det upp till regionerna själva att genomföra behovsanalyser och prioritera bland insatser och målgrupper. Flera regioner uttrycker att de hade önskat tydligare instruktioner om hur och till vad medlen skulle användas.

Regionernas behovsanalyser har haft olika omfattning, och baserats på olika typer av underlag. Dessutom är det endast ett fåtal regioner som har involverat patienter i det övergripande arbetet med behovsanalyser och prioritering. För att kunna prioritera och fokusera på rätt saker i utvecklingsarbetet är det viktigt med kunskap om vad som är god kvalitet i vården ur ett patientperspektiv. Här kommer förhoppningsvis den nationella graviditetsenkäten (se avsnitt 5.2.3) att kunna bidra med värdefull kunskap framöver.

Vår uppföljning visar att regionerna har valt att genomföra insatser inom många olika områden. Som framgår i kommande avsnitt tycks huvuddelen av de insatser som genomförts vara i linje med de behov som har identifierats på en övergripande nivå. Men det är svårt att bedöma i vilken utsträckning de olika insatser som genomförts återspeglar faktiska skillnader i lokala och regionala behov.

4.1.3 Tydligare mål och prioriteringar hade underlättat uppföljning och lärande

Överenskommelsernas bredd, med övergripande målformuleringar och fokus på lokala och regionala behov, har också påverkat förutsättningarna för uppföljning och lärande.



Ett viktigt syfte med uppföljning är att mäta om satsningens mål har uppnåtts. Men eftersom överenskommelserna saknat tydliga, mätbara mål har vi inte kunnat följa upp någon måluppfyllelse. Vi har i stället följt utvecklingen för ett urval indikatorer, för att få en indikation på om satsningen haft önskad effekt på de övergripande målen – alltså om vården blivit mer personcentrerad, kunskapsbaserad, säker, tillgänglig och jämlik, och om kvinnors hälsa har förbättrats. Men med tanke på att regionerna har valt att satsa på så många olika områden kommer vi sannolikt inte kunna se några stora sammanlagda effekter för enskilda indikatorer på nationell nivå, även om variationen mellan regionerna kan tänkas minska.

Ett annat viktigt syfte med uppföljning är att bidra med underlag för lärande och förbättringsarbete på mer verksamhetsnära nivå. Där är regionernas egen uppföljning av sina insatser viktig för att de ska kunna dra slutsatser om nyttan av nya metoder och arbetssätt. Här ser vi att det skiljer sig mellan regionerna om och hur de följer upp och mäter effekter av sina insatser. För att regionerna ska kunna lära av varandra är det också viktigt med utbyte. Eftersom överenskommelserna har omfattat så många områden och regionerna har fokuserat på olika insatser, har de haft olika behov och intresse av att utbyta erfarenheter under satsningens gång. SKR har ordnat olika forum för kunskapsutbyte, men några regioner har haft önskemål om ett mer fördjupat utbyte av erfarenheter. En tydligare samordning av arbetet med satsningen i olika undergrupper hade kunnat underlätta lärandet mellan regionerna och verksamheterna.

Både överenskommelserna och arbetet med dem kunde också tydligare ha fokuserat på samordning med det nationella systemet för kunskapsstyrning och med professionsorganisationerna. Att utnyttja det redan pågående arbetet hade kunnat stärka förutsättningarna för långsiktighet i kunskapsutveckling och lärande.

4.2 SLUTSATSER OM PRIMÄRVÅRDEN

Primärvården har stor potential att stärka kvinnors hälsa men var inte en stor del av satsningen. Andelen medel som avsattes till primärvården var bara 10 procent, och vi ser inte heller någon entydigt positiv utveckling för de indikatorer vi har följt upp.

Beroende på vilka mål som prioriteras kan det behövas olika typer av insatser framöver. Överenskommelsernas övergripande mål var att vården skulle bli mer säker, kunskapsbaserad, jämlik, personcentrerad och tillgänglig, men utan någon inbördes prioritering mellan de olika målen.

Och samtidigt som regionerna har varit fria att själva välja de insatser som bäst uppfyller målen utifrån sina egna behov, så skulle insatserna inom primärvården enligt överenskommelserna *i första hand* öka kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor, och i *samtliga* insatser skapa förutsättningar för en mer jämlik vård.

Sammantaget är det inte helt självklart vilken typ av insatser som bäst motsvarar överenskommelsernas intentioner. Men vår bedömning är att regionernas insatser inte har riktats mot särskilda målgrupper i den utsträckning som överenskommelserna anger. Däremot har många av insatserna varit inriktade på att bidra till ökad kunskap och bättre behandling av sjukdomar som kvinnor drabbas av.

4.2.1 Många av insatserna rör kunskap om kvinnors sjukdomar men få har varit riktade mot särskilda målgrupper

Det är bara ett fåtal av regionernas insatser inom primärvården som har handlat om utveckling eller implementering av riktlinjer, kunskapsstöd eller vårdprogram. Däremot har flera av utbildningsinsatserna till personalen handlat om ”sjukdomar som är vanliga hos kvinnor”, som endometriosis, PMS, klimakteriebesvär och reproduktiv hälsa.

Det är samtidigt bara en femtedel av insatserna, genomförda i 11 regioner, som har varit inriktade på socioekonomiskt utsatta kvinnor. Många av de insatserna inkluderar generell information om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar samt allmän hälsoinformation, utbildningsinsatser och gruppinterventioner för att stärka hälsosamma levnadsvanor. När det gäller levnadsvanor har flera regioner genomfört insatser som inte haft ett uttalat fokus på att nå grupper i utsatta områden. Men i och med att ohälsosamma levnadsvanor är en viktig bidragande faktor till skillnader i hälsa mellan olika grupper av kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2020), kan även generella insatser förbättra jämlikheten.

Några andra vanliga områden för insatser är psykisk ohälsa och cervixcancer. Som vi tidigare har konstaterat lyfts inte psykisk ohälsa specifikt fram i överenskommelserna, men det är den vanligaste orsaken till sjukskrivning bland kvinnor (Försäkringskassan 2020). Regionernas insatser inriktade på psykisk ohälsa har både omfattat utbildning, kartläggning och kunskapsinhämtning, och olika projekt, som samtalsmottagningar, samverkan med försäkringskassan och preventivt arbete med kvinnor som har utmattningsproblematik. Satsningen har även bidragit till att skapa PTP-platser (praktisk tjänstgöring) för psykologer under utbildning. När det



gäller cervixcancer handlar många insatser om att få fler kvinnor att delta i cellprovtagning.

Överenskommelsen för 2017–2019 lyfter även fram information om sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR), könsstympning, våldsutsatthet och jämställt föräldraskap som möjliga områden för insatser. Regionerna har också genomfört flera insatser fokuserade på SRHR inom primärvården, bland annat utbildning av personal, information till patienter och befolkning och insatser för att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel.

4.2.2 Primärvården visar få tecken på positiv utveckling

När det gäller utvecklingen av kvinnors hälsa ser vi att antalet aborter och antalet fall av klamydiainfektioner har minskat. Här kan satsningen på kvinnors hälsa ha bidragit till en redan pågående positiv trend, tillsammans med den förstärkning av ungdomsmottagningarna som genomförts inom ramen för satsningen på psykisk hälsa (SKL 2017a). Däremot ser vi inte någon entydigt positiv utveckling för de indikatorer som vi har följt upp för levnadsvanor, psykisk ohälsa eller endometrios. Inte heller personcentreringen, eller tillgängligheten i form av väntetider, har förbättrats inom primärvården.

Vår uppföljning omfattar dock en begränsad tidsperiod. Det är också bara knappt hälften av regionerna som har genomfört insatser även bland de vanligaste utvecklingsområdena, och primärvården utgjorde en mindre del av satsningen. Andelen medel avsatta för primärvården utgjorde en fjärdedel under satsningens första år, och har sedan successivt minskat, för att 2019 vara mindre än en tiondel av medlen i överenskommelserna och omfatta 476 miljoner kronor.

Mindre än en femtedel av regionernas insatser har genomförts inom primärvården, om man undantar mödravården (som ingår i vår uppföljning av graviditetsvårdkedjan). När det är fråga om en så jämförelsevis begränsad satsning hade det varit rimligt med en tydligare prioritering mellan olika mål och insatser. För att förbättra tillgänglighet och personcentrering kan det exempelvis krävas ett bredare grepp och mer omfattande insatser.

4.2.3 Det kan behövas ytterligare insatser för att stärka jämlikheten

Delvis parallellt med satsningen på kvinnors hälsa har det pågått annat arbete som fokuserar på primärvården, bland annat inom ramen för överenskommelsen om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården och

den så kallade patientmiljarden, som innebar medel till regionerna för att kunna införa patientkontrakt för förbättrad kontinuitet och för att ge patienter snabbare tillgång till vård inom primärvården (se beskrivning i bilaga 1).

Det pågående arbetet med omställningen till en god och nära vård syftar också till att utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (prop. 2019/20:164). Arbetet har inneburit stimulansmedel till regionerna, bland annat för insatser som stödjer omställningen till en nära vård, förbättrar tillgängligheten i primärvården samt patientkontrakt och andra sätt att främja samordning (Socialdepartementet 2019, SKR 2020a).

En generellt ökad tillgänglighet och personcentrering inom primärvården kan bidra till ökad jämlikhet, men för att nå kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden kan det krävas särskilda insatser. Det kan därför finnas skäl att överväga ytterligare insatser, och att särskilt följa upp jämlikheten i det fortsatta arbetet med omställningen till nära vård.

4.3 SLUTSATSER OM NEONATALVÅRDEN

Neonatalvården blev en del av satsningen i tilläggsöverenskommelsen som gällde för 2018–2019. Neonatalvård hänger nära samman med övriga delar av graviditetsvårdkedjan, och kan på så vis vara motiverat att inkludera i satsningen. Många av insatserna regionerna har genomfört har handlat om kompetensförsörjning, och flera regioner har arbetat med familjecentrering i vården.

En fördel för neonatalvården är att behovskartläggningar och gemensamt formulerade mål har tagits fram i ett tidigare skede än för andra delar av satsningen. Men det har inte gått tillräckligt lång tid för att vi ska kunna uttala oss om någon utveckling inom vården av nyfödda barn. För att främja förbättringsarbete och stärka kompetensförsörjningen kan det krävas ytterligare insatser.

4.3.1 Många av regionernas insatser har handlat om familjecentrering

Det vi har sett från tidigare kartläggningar är att det inom neonatalvården, i likhet med graviditets- och förlossningsvården, finns skillnader i den vård som ges och i vårdens resultat mellan olika delar av landet, samt utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen (SKL 2018c, Socialstyrelsen 2019b).

Ytterligare ett utvecklingsområde som lyfts fram i kartläggningarna är en familjecentrerad vård (SKL 2018c, Socialstyrelsen 2019b). Möjlighet till



samvård är också något som många kvinnor som svarade på vår enkät tycker är viktigt. I överenskommelsen framgår att medlen får användas till vård av för tidigt födda barn och den samvård som behöver ske med kvinnan och övriga familjemedlemmar, insatser som förbättrar övergången mellan olika delar i vårdorganisationen samt samordning och uppföljning av vården.

Drygt 10 procent av regionernas insatser har genomförts inom neonatalvården. Flest insatser har handlat om nya eller förändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete, men nästan lika många har handlat om utbildning och annan kompetenshöjning av personal eller om bemanning. Flera av insatserna inom neonatalvården har också handlat om familjecentrering.

Vår övergripande bedömning är att många av regionernas insatser är i linje med de behov som har identifierats i kartläggningarna, men att det behövs ytterligare insatser. Viktiga utvecklingsområden som regionerna själva lyfter fram är bland annat tillgången till anpassade lokaler för att stärka samvården och familjecentreringen samt samarbeten över verksamhetsgränserna för att stärka en sammanhållen vårdkedja.

4.3.2 Goda förutsättningar för förbättringsarbete men fler insatser behövs

Neonatalvården har vissa fördelar jämfört med övriga områden som har ingått i satsningen under en längre tid. Dels är området i sig mer avgränsat än kvinnors hälsa, dels har det faktum att det kom med i satsningen först 2018 inneburit att nationella behovskartläggningar, prioriteringar och mål har funnits på plats i ett tidigare skede än för övriga delar av satsningen.

Både SKR och Socialstyrelsen har kartlagt neonatalvården (SKL 2018c, Socialstyrelsen 2019b), och neonatalvården ingår även i den strategiska plan SKR har tagit fram (SKL 2019a). I den strategiska planen specificeras ett antal mål med tillhörande indikatorer för uppföljning av målen. I stort sett alla indikatorer hämtas från kvalitetsregistret SNQ, som är ett register med hög täckningsgrad. Det innebär att det finns goda möjligheter att följa utvecklingen av indikatorerna framöver.

Med utgångspunkt från kartläggningarna, och baserat på analyser av registerdata, har det också påbörjats arbeten med att ta fram kunskapsstöd. Socialstyrelsen arbetar med ett kunskapsstöd som framför allt fokuserar på olika aspekter av familjecentrering, samtal med föräldrar, informationsöverföring mellan vårdverksamheter och patientsäkerhet. Vidare har SNQ, i samråd med Svenska Neonatalföreningen, beslutat att ta

fram evidensbaserade rekommendationer för ett antal behandlingsmetoder som uppvisar omotiverat stora regionala variationer.

Sammanfattningsvis finns det flera gynnsamma förutsättningar för minskade regionala skillnader inom neonatalvården framöver, med gemensamt formulerade mål, tillgängliga kunskapsstöd och tillgång till data för uppföljning. Men för att förbättringsarbete ska komma till stånd behövs också förutsättningar på verksamhetsnivå.

Vi har i tidigare rapporter konstaterat att både verksamheter och forskning lyfter fram att lärande och förbättring behöver vara en del av den ordinarie verksamheten, att det behövs ett engagerat ledarskap och en organisationskultur som stödjer utveckling, lokal kompetens i förbättringsarbete samt fungerande och lättarbetade it-stöd (Vårdanalys 2017c, Vårdanalys 2019b). Det är också viktigt att ta reda på vad familjerna själva tycker är viktiga förbättringsområden, eftersom patienter och anhöriga kan ha andra förslag på vad som behöver göras än personalen (Gustavsson 2016).

Inom neonatalvården kan det också, på samma sätt som för övriga delar av graviditetsvårdkedjan och för hälso- och sjukvården i stort, behövas ytterligare insatser för att stärka kompetensförsörjningen. Bristen på sjuksköterskor framhålls av många i våra intervjuer som det största problemet, med platsbrist och onödiga transporter av nyfödda barn som följd. Regionerna uppger också i sin redovisning att kompetensförsörjning är det viktigaste förbättringsområdet inom neonatalvården.

4.4 SLUTSATSER OM GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

Den största delen av överenskommelserna avsåg medel för en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Insatserna skulle i första hand stärka förlossningsvården och eftervården av födande, och regionerna skulle i första hand genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen. Överenskommelserna lyfter även fram komplikationer och skador hos den födande kvinnan, eftervård samt utveckling och förbättring av kunskapsstöd som prioriterade områden.

I vår uppföljning ser vi att kompetensförsörjningen har stärkts, men det behövs bättre statistik för att få en fullständig bild av utvecklingen, och det finns fortfarande regionala variationer. Få av regionernas insatser har handlat om kunskapsstöd, men vissa indikatorer pekar på att vården har blivit mer kunskapsbaserad, och regionerna själva framhåller att deras utvecklings- och förbättringsarbete har blivit mer systematiskt. Antalet skador hos födande kvinnor, i form av allvarliga bristningar, minskar.



Däremot pekar resultat från vår enkätundersökning på att upplevd trygghet och tillgänglighet fortsatt är bristfällig. Tillgängligheten brister särskilt i eftervården. Skillnaderna är också fortsatt stora både mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor, och personcentrering kvarstår som ett förbättringsområde.

4.4.1 Kompetensförsörjningen har stärkts men statistiken är ofullständig

Enligt överenskommelserna skulle regionerna i första hand genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanningen. Vår sammantagna bedömning är att regionernas insatser till stor del varit i linje med överenskommelsernas intentioner att stärka kompetensförsörjningen, och att bemanningssituationen för barnmorskor har förbättrats.

Insatser om kompetensförsörjning har varierat mellan regionerna

De flesta av regionernas insatser har inneburit nya eller förändrade arbetsätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete. Därefter följer insatser inriktade på utbildning och annan kompetenshöjning av personal, och sedan bemanningsinsatser.

Antalet insatser som handlat om bemanning utgör ungefär en fjärdedel av alla insatser totalt sett. Men samtidigt uppger regionerna att drygt 60 procent av de totala medlen som fördelats under 2017–2019 har använts till bemanningsinsatser. Och antalet insatser som handlat om kompetensförsörjning totalt sett, det vill säga både bemanning och kompetensutveckling, utgör närmare 60 procent av insatserna.

I våra intervjuer framhåller många att kompetensutveckling för medarbetarna varit en viktig del av satsningen. Vi bedömer att satsningen har lett till fler och mer omfattande kompetenshöjande insatser än vad som annars hade varit fallet, och därmed bidragit till en åtminstone tillfälligt ökad takt i kvalitetsutvecklingen. Men hur effekterna ser ut på längre sikt är svårare att värdera.

Det finns också skillnader mellan regionerna i hur stor andel av medlen som har använts till bemanningsinsatser. Variationen kan bero på olika behov och olika förutsättningar, men också på olika inställning till att använda tillfälliga medel till bemanningsinsatser. I våra intervjuer har det framkommit att en del regioner har beslutat att inte anställa fast personal, eftersom det medför en kostnadsökning som kvarstår även efter att satsningen tar slut. Andra regioner har valt att ändå anställa, men då med en

osäkerhet om vad som kommer hända med de tillsatta tjänsterna när medlen försvinner.

I en del regioner har man inte behövt anställa mer personal, men har i stället ett problem med väntande pensionsavgångar och brist på till exempel nya barnmorskor. I dessa regioner har utbildningsanställningar prioriterats, det vill säga att sjuksköterskor får utbilda sig till barnmorska med lön under utbildningstiden. En del regioner har också genomfört projekt om arbetstider och schemaläggning, samt använt ekonomiska incitament för att förbättra bemanningen på svärbemannade pass.

Bemanningen av barnmorskor har stärkts på nationell nivå

I vår uppföljning av utvecklingen av bemanningen har vi framför allt fokuserat på barnmorskor, eftersom det är en central yrkesgrupp i förlossningsvården och dessutom den personalkategori som går att belysa med nationell statistik. Det innebär att vi inte kan ge någon fullständig bild av utvecklingen för bemanning. Men när det gäller barnmorskor ser vi att antalet har ökat under hela 2000-talet, både i absoluta tal och i relation till befolkningen.

Vårt underlag tyder också på att barnmorsketätheten har förstärkts något de senaste åren mätt som antal barnmorskor på sjukhus i relation till antalet födda barn. Uppgifterna om barnmorsketätheten tar däremot inte hänsyn till utvecklingen av andel riskförlossningar eller eventuella ambitionsnivåhöjningar i vården. Dessutom avser de nationella årsgenomsnitt och speglar därför inte regional variation eller säsongsvariationer. Det finns inte heller något målvärde att relatera utvecklingen till. I överenskommelse 4 fanns ett mål formulerat för bemanning i förlossningsvården: ”bemanningen ska vara sådan att en barnmorska eller annan relevant kompetens finns tillgänglig för den födande kvinnan under förlossningen”. Målet går dock inte att följa upp med hjälp av tillgänglig statistik.

4.4.2 Positiv påverkan på förbättringsarbete trots få insatser om kunskapsstöd

Ett av överenskommelsernas övergripande mål var en mer kunskapsbaserad vård, och utveckling och förbättring av kunskapsstöd lyfts som ett prioriterat område. I överenskommelse 4 fanns också särskilda krav att regionerna ska redovisa hur de har arbetat för att utveckla eller ta till sig av de kunskapsstöd som finns inom vårdområdena graviditet, förlossning och eftervård. Trots att få insatser har handlat om kunskapsstöd, finns vissa tecken på att vården har blivit mer kunskapsbaserad.



Få regionala insatser om kunskapsstöd

Inom vissa områden har det på nationell nivå funnits tillgängliga kunskapsstöd och riktlinjer från professionsorganisationerna. Däremot har myndigheternas arbete med kunskapsstöd i stor utsträckning pågått parallellt med övrigt arbete inom satsningen. Regionerna har sannolikt också avvaktat arbetet inom det nationella programområdet för kvinnosjukdomar.

Enligt vår bedömning handlar bara fem procent av de insatser som regionerna har redovisat om utveckling eller implementering av riktlinjer, kunskapsstöd och vårdprogram under 2015–2019. Samtidigt uppger samtliga regioner utom en att de har arbetat för att utveckla eller ta till sig av de kunskapsstöd som finns i det särskilda redovisningskravet för 2019. Det innebär däremot inte nödvändigtvis att de har använt medel från satsningen för det arbetet, eller att de har inkluderat det som en insats i sin redovisning. Det är dessutom stor variation i hur regionerna beskriver sitt arbete, och hur systematiskt och omfattande arbetet har varit.

Indikatorer pekar på att vården har blivit mer kunskapsbaserad

För att följa utvecklingen av en mer kunskapsbaserad vård har vi analyserat ett antal indikatorer där det finns olika typer av riktlinjer, rekommendationer och kunskapsunderlag, för att se om vården arbetar enligt dem.

Vår uppföljning visar att flera indikatorer har haft en positiv utveckling under tiden som satsningen pågått. Men eftersom många av indikatorerna bara har mätts sedan 2014 kan vi inte säga om den förbättring vi ser är ett trendbrott från en tidigare negativ eller neutral trend, eller om det är en del i en längre positiv trend. En viss del av förbättringen kan också bero på förbättrad inrapportering till kvalitetsregister. Själva registreringen i sig, det vill säga mätning och uppföljning av resultat, kan också vara en förklaring till förbättringen.

Mer systematiskt förbättringsarbete uppges vara ett resultat av satsningen

Utöver att handla om utveckling och implementering av kunskapsstöd kan en kunskapsbaserad vård också sägas handla om ett systematiskt förbättringsarbete, baserat på lokala data och analyser. Många av regionernas insatser har handlat om nya eller förändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete.

I våra intervjuer beskriver också flera personer att satsningen har bidragit till goda rutiner och systematik för förändringsarbete och verksamhets-

utveckling, och att det är något som man kommer att ha med sig in i framtiden även efter satsningen. En annan effekt som flera intervjupersoner lyfter fram är att satsningen har lett till bättre kommunikation och samverkan mellan olika verksamheter, vilket i sin tur har bidragit till en samsyn och mer likartade arbetssätt.

4.4.3 Vissa tecken på en säkrare vård med färre vårdskador

Att vården ska bli mer säker var ett av de övergripande målen i överenskommelserna, och komplikationer och skador hos den födande kvinnan lyfts som ett prioriterat område. Att vården är säker är även det som prioriteras högst av de kvinnor som har besvarat vår enkät.

Många insatser och en positiv utveckling vad gäller allvarliga bristningar

De vanligaste av regionernas insatser som varit inriktade på något specifikt område har handlat om skador på mamma och barn samt andra aspekter av medicinsk kvalitet. Nästan alla regioner har arbetat med förlossningsskador (bristningar) och många också med fosterdiagnostik och övervakning, samt generell förbättring av medicinsk kvalitet. De flesta insatserna har handlat om utbildning i att förebygga, diagnosticera och suturera bristningar.

Vår uppföljning visar att andelen kvinnor som drabbas av allvarliga bristningar har minskat sedan 2014. Samtidigt har många kliniker blivit bättre på att diagnosticera, det vill säga upptäcker fler bristningar. För mindre allvarliga bristningar saknas nationella uppgifter om utvecklingen.

Arbete för att minska allvarliga bristningar har pågått sedan 2008, i projektet "Säker förlossningsvård" som drivs av professionsorganisationer med stöd av Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Satsningen på kvinnors hälsa har dragit nytta av, och sannolikt förstärkt, det redan pågående arbetet. Till exempel har flera regioner använt medel från satsningen för att låta sin personal ta del av projektets utbildningsprogram.

Andra indikatorer på säker vård är oförändrade eller visar viss försämring

Andra indikatorer på en säker vård visar att andelarna är oförändrade eller har försämrats något. Andel nyfödda barn med låg Apgar-poäng har ökat, men orsakerna är svårbedömda. Vi ser ingen förändring av antalet dödfödda barn och andelen mödrar som återinskrivs akut efter förlossning under den tid som satsningen har pågått. Andelen återinskrivna mödrar har däremot



ökat något sedan 2005, vilket kan tyda på att mödrar skrivs ut för tidigt och att vårdplaneringen brister (Socialstyrelsen 2017a).

4.4.4 Upplevd trygghet och tillgänglighet är en utmaning

Ytterligare ett övergripande mål i överenskommelserna var att vården skulle bli mer tillgänglig. I överenskommelse 4 fanns tre mål som kan kopplas till tillgänglighet:

- Föräldrar känner trygghet i att det finns plats för dem både före och efter förlossning, inte minst för dem som har långt till närmaste förlossningsklinik.
- Eftervården utvecklas och stärks.
- Rätt vård för eventuella komplikationer och skador är lätt att hitta.

Många kvinnor känner sig otrygga

Vår bedömning är att målet att föräldrar ska känna trygghet i att det finns plats för dem inte är uppnått. Enligt våra enkätresultat är att känna trygghet att det finns plats på förlossningen det allra viktigaste, utöver att vården är säker.

Mer än 90 procent av kvinnorna som har svarat på vår enkät tycker att det är mycket viktigt att känna sig trygga med att det finns plats på förlossningen när det är dags att föda. Samtidigt var det 30 procent som uppgav att de inte kände sig trygga, och drygt 10 procent som inte fick komma in till förlossningskliniken när de själva kände att de behövde det.

Det saknas nationell statistik om hur vanligt det är att kvinnor hänvisas till andra sjukhus på grund av platsbrist i samband med förlossning, men det är vanligast med platsbrist under sommaren. Den stärkta bemanning vi sett av barnmorskor under satsningen är positiv, men uppgifterna gäller nationella genomsnitt och speglar inte den regionala variationen. Det ger inte heller en bild av de säsongsvariationer som finns inom förlossningsvården.

Eftervården har stärkts men är samtidigt det kvinnorna är minst nöjda med

Vår bedömning är att eftervården till viss del har utvecklats och stärkts, men att antalet och omfattningen på de insatser som har genomförts inte helt motsvarar behoven. Drygt hälften av regionerna har genomfört någon insats för att utveckla och förbättra eftervården, exempelvis genom tidiga kontakter

med familjerna efter hemgång via telefon, videosamtal eller hembesök, och informationsmaterial till nyförlösta om vart de ska vända sig vid olika typer av problem efter förlossningen.

Vår uppföljning visar också att andelen kvinnor som deltar vid eftervårdsbesök inom mödravården efter förlossningen har ökat sedan 2014. Samtidigt är ett tydligt resultat från vår enkät att kvinnorna själva är betydligt mindre nöjda med eftervården än med övriga delar av graviditetsvårdkedjan. Många av de områden som har stort förbättringsutrymme i enkäten handlar också om eftervård. Även Socialstyrelsens tidigare kartläggning pekar på brister i eftervården (Socialstyrelsen 2017a).

Det är svårt att avgöra om de brister som framkommer är nya och vad de i så fall orsakas av. Men vi kan konstatera att den genomsnittliga vårdtiden efter förlossning har minskat under lång tid. Kortare vårdtid är inte nödvändigtvis ett problem i sig, men kan tillsammans med högt belastad personal leda till en mindre säker och individanpassad vård (Socialstyrelsen 2017a).

Svårt att hitta rätt vård för komplikationer

Inte heller målet om att rätt vård för eventuella komplikationer och skador är lätt att hitta bedömer vi har uppnåtts. I vår enkätundersökning är det närmare 50 procent av kvinnorna som uppger att de inte alls eller bara till viss del har fått den information de behövde om vart de ska vända sig med hälsoproblem efter förlossningen. Enkäten har besvarats av kvinnor som fött barn under perioden maj 2014–maj 2019.

Hösten 2019 lanserade Socialstyrelsen en webbplats, *Mer än bara mamma*, inom ramen för sitt uppdrag att genomföra en informationssatsning om stöd och vård efter graviditeten (Socialdepartementet 2018). Webbplatsen innehåller svar på vanliga frågor, råd om vart man kan vända sig, fakta och statistik om förlossningsvården samt filmer där kvinnor berättar om sina upplevelser av tiden efter förlossningen. Informationen på webbplatsen kan förhoppningsvis ge nyblivna mammor bättre stöd i att ta reda på hur och var de kan hitta rätt vård. Men vi bedömer att den behöver kompletteras med lokal och regional information samt muntlig information från barnmorskan.

4.4.5 Jämlikhet och personcentrering är fortfarande utmaningar

En mer jämlik och behovsanpassad (personcentrerad) vård ingick bland överenskommelsernas övergripande mål, men både jämlikhet och personcentrering är fortsatta förbättringsområden inom graviditetsvårdkedjan.



Många skillnader mellan regioner och grupper kvarstår

I vår uppföljning ser vi att den geografiska jämlikheten har förbättrats för några indikatorer under den tid som satsningen har pågått, men att den är oförändrad eller har försämrats för andra. Till exempel kvarstår stora skillnader mellan regionerna i andelen allvarliga bristningar, deltagande i föräldrastöd, andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök och andelen kvinnor som får extrastöd på grund av förlossningsrädsla.

I vår fördjupningsstudie kunde vi konstatera att väsentliga skillnader mellan regionerna kvarstår även efter justering för skillnader i patient-sammansättning, och bedömde att skillnaderna sannolikt inte heller kan förklaras av regionala variationer i preferenser och behov (Vårdanalys 2019b).

När det gäller olika grupper av kvinnor ser vi att lite drygt hälften av regionerna har genomfört insatser riktade mot särskilda målgrupper. Några insatser har varit riktade mot grupper som beskrivs som socioekonomiskt utsatta, men större delen av insatserna har handlat om andra språk och kulturkompetens, till exempel översättning av informationsmaterial, föräldragrupper på specifika språk eller utbildning för att öka vårdpersonalens kompetens i att kommunicera över kulturgränser. En specifik typ av insats är kulturtolkar och kulturdoulor, som har använts i olika grad i ett antal regioner. En doula är en icke-medicinsk stödperson som ger praktisk och emotionell assistans till kvinnan och hennes partner i samband med barnafödande. Kulturtolkar och kulturdoulor bidrar dessutom till att överbrygga språkliga och kulturella svårigheter genom kompetens från både ursprungslandet och svensk förlossningsvård, vilket förbättrar möjligheten till en jämlik vård.

Vår uppföljning visar samtidigt att inte heller alla skillnader mellan olika grupper av kvinnor har minskat. Det kvarstår skillnader mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa både i vilken vård kvinnorna får (till exempel extrastöd vid förlossningsrädsla, behandling för psykisk ohälsa under graviditeten, kejsarsnitt och deltagande i eftervårdsbesök), och vad vården får för resultat (allvarliga bristningar). Det finns också skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå, till exempel i extrastöd på grund av förlossningsrädsla och deltagande i eftervårdsbesök.

Vår bedömning är att skillnaderna inte i första hand orsakas av skillnader i behov eller preferenser, även om vi ser att det finns vissa skillnader i preferenser mellan olika grupper av kvinnor som har svarat på vår enkät

Information och delaktighet kan bli bättre

Viktiga delar av en personcentrerad vård är information, bemötande, delaktighet och samordning. I vår enkät och i våra fokusgrupper

framstår information och delaktighet som särskilt utmanande inom graviditetsvårdkedjan. Många av kvinnorna som svarat på enkäten har till exempel inte alls eller bara till en mindre del fått den information de tycker att de behöver om risker och komplikationer innan och efter förlossningen, samtidigt som flera tycker att det är mycket viktigt att få sådan information.

Från fokusgrupperna framkommer en upplevelse att vårdpersonal inte vill prata om risker och komplikationer som kan uppstå under och efter graviditet och förlossning, för att inte oroa. Men det upplevs bara skapa mer oro, och leda till att man i stället söker information från andra, kanske mindre tillförlitliga källor.

Information är också en viktig förutsättning för att kunna vara delaktig i beslut om sin vård och därmed kunna utöva sitt självbestämmande. I fokusgrupperna efterfrågas bättre information om olika alternativ, så man vet man vad har för valmöjligheter och kan vara med och fatta informerade beslut.

Information om risker för komplikationer och biverkningar, och om olika behandlingsalternativ som finns tillgängliga, omfattas av särskilda lagkrav (3 kap. 1–2 §§ PL). Även delaktighet omfattas av särskilda lagkrav, som anger att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL) och att en god vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). Samtidigt visar vår analys att andelen som upplever att personalen har gjort dem delaktig är lägre bland kvinnor i förlossningsvården jämfört både med övrig slutna specialistvård och primärvården.

4.5 REKOMMENDATIONER FÖR DET FORTSATTAR ARBETET

Vi lämnar ett antal rekommendationer om det fortsatta arbetet, framför allt med fokus på de områden inom graviditetsvårdkedjan där vi har identifierat kvarstående utmaningar, det vill säga vårdens jämlikhet och personcentrering, eftervården samt kompetensförsörjningen. Men vi lämnar också en generell rekommendation om utformningen av framtida överenskommelser, och om kunskapsstöd för insatser för svårnådda grupper.

- ▶ *Regeringen bör utforma framtida överenskommelser så att de innehåller tydliga, mätbara mål och utgår från en analys av horisontella prioriteringar*

Överenskommelsernas övergripande målformuleringar har gjort det svårt att mäta om målen har uppnåtts. Vi rekommenderar därför att framtida



överenskommelser innehåller tydliga, mätbara mål. Genom att sätta tydliga mål och följa utvecklingen förbättras förutsättningarna för att kunna använda medlen så effektivt och ändamålsenligt som möjligt. Målen kan inkludera både process- och resultatmått, men har med fördel störst fokus på mått som belyser kvalitet och resultat ur patienternas perspektiv. Det är också viktigt att målen är konkreta, har målnivåer och är tidsatta, och att det tas fram en baslinjemätning för att kunna beskriva utvecklingen över tid. Målnivåer kan formuleras både som uppnådda resultat och grad av förbättring.

Den här typen av mål kan vara starkt styrande, även i oförutsedda eller oönskade riktningar, och ibland riskera att annat viktigt prioriteras ned för mycket. Därför är det viktigt att de är relevanta och bygger på en behovsanalys som tas fram tillsammans med patienter, profession, forskare och verksamhetsföreträdare, där det tydligt framgår varför vissa områden eller grupper prioriteras. Mål och målnivåer behöver också vara rimliga och möjliga att påverka mellan mätstillfällena. För graviditetsvårdkedjan finns nu goda förutsättningar för framtida behovsanalyser, prioriteringar och uppföljning, utifrån existerande kvalitetsregister, den planerade graviditetsenkäten och SKR:s arbete med den strategiska planen. Men tydliga, uppföljningsbara mål är viktigt oavsett område.

Det finns också skäl att noga överväga när den här typen av överenskommelser ska användas och hur de bäst formuleras utifrån horisontella prioriteringar. Regeringen behöver förstärka det horisontella behovsperspektivet i sin styrning, och hitta former för att tydligare redovisa hur olika satsningar förhåller sig till principen om vård efter behov och prioriteringar mellan olika grupper och områden (Vårdanalys 2020).

► *Regeringen bör ge lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för insatser riktade till svårnådda grupper*

Enligt överenskommelserna skulle samtliga insatser inom primärvården skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden, och metoder att nå patientgrupper i utsatta områden skulle särskilt uppmärksammas. Men det är bara en femtedel av insatserna i primärvården, genomförda i hälften av regionerna, som har haft den inriktningen. Den pågående omställningen mot en god och nära vård, med fokus på förbättrad tillgänglighet och

kontinuitet i primärvården, kommer även utsatta grupper till del, och kan på så vis bidra till ökad jämlikhet. Men det kan behövas ytterligare insatser för att nå kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden.

Att nå marginaliserade grupper är en utmaning inom flera områden. Ett sätt att stärka förutsättningarna för att utforma insatser för att nå svårnådda grupper kan därför vara att ta fram ett tvärvetenskapligt kunskapsstöd. Det finns exempel på regionala och lokala projekt för att nå svårnådda grupper inom hälso- och sjukvården, till exempel hälsoinformatörer, riktade informationsinsatser och olika typer av mobila och uppsökande insatser. Men det finns även viktig kunskap om effektiva metoder för att nå svårnådda grupper inom andra discipliner som socialt arbete, folkhälsovetenskap, demokratiforskning och statistik. Ett stärkt användarperspektiv kan också nås genom lärdomar från områden som tjänstedesign och beteendevetenskap. Vi anser därför att en tvärvetenskaplig ansats skulle vara värdefull.

Vi har inte en komplett bild av forskningsläget eller annan kunskap inom detta område, men en utgångspunkt för arbetet bör vara att samla både forskningsresultat och praktiska exempel på framgångsrika nationella, regionala och lokala arbetsätt. Vi rekommenderar därför i ett första steg att en lämplig aktör får i uppdrag att kartlägga tillgången till utvärderade och beprövade metoder. Om förutsättningarna bedöms vara goda bör därefter ett stödmaterial riktat till regioner och andra aktörer med uppdrag inom förebyggande arbete tas fram. Hur ett sådant stöd bäst utformas för att sprida befintlig kunskap och göra nytta kan dock behöva utredas vidare.

► *Regeringen bör säkerställa en fortsatt uppföljning av utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan, med särskilt fokus på jämlikhet*

Utifrån de skillnader vi ser mellan regioner och grupper inom graviditetsvårdkedjan är det angeläget att fortsätta följa utvecklingen av vårdens jämlikhet. Vi rekommenderar därför att regeringen säkerställer att det genomförs en återkommande, nationell uppföljning av jämlikhet och kvalitet i graviditetsvårdkedjan genom uppdrag till myndigheter.

För att kunna följa upp jämlikhet och kvalitet inom vården kan man behöva utreda frågor om statistik över personal i graviditetsvårdkedjan. Det finns i dag till exempel ingen nationell statistik som möjliggör uppföljning av personaltätheten inom förlossnings- eller eftervården. Det



försvarar en strategisk styrning och har också bidragit till att det under satsningen på kvinnors hälsa har varit svårt att få en gemensam bild av läget.

- ▶ *Regeringen bör verka för att det genomförs en utvärdering av effekten av vårdtider i samband med förlossning, med fokus på utfall för både mamma och barn*

Något som uppvisar stora variationer mellan regioner och kliniker är vårdtiden efter förlossning (Vårdanalys 2019b). Vi har också konstaterat att vårdtiderna inom förlossningsvården har minskat generellt, liksom för annan hälso- och sjukvård. Den genomsnittliga vårdtiden efter förlossning har mer än halverats på 30 år, både för vaginala förlossningar och kejsarsnitt (Vårdanalys 2018c). Utvecklingen av vårdtider har inte föregåtts av några gemensamma, nationella riktlinjer eller beslut.

Vi bedömer också att det finns behov av ytterligare kunskap om eventuella samband mellan vårdtidens längd och olika effekter. Vi rekommenderar därför att regeringen verkar för att det genomförs en utvärdering av effekterna av vårdtidens längd i samband med förlossning, med fokus på utfall både för mamma och barn, för att säkerställa att nivåer och variationer är inom ramen för en god och säker vård.

- ▶ *Regionerna behöver genomföra ett antal åtgärder för att komma till rätta med kvarstående utmaningar inom graviditetsvårdkedjan*

Utifrån vår uppföljning har vi identifierat ett antal områden där regionerna behöver genomföra åtgärder. I åtgärderna ingår att

- fortsätta arbeta för en stärkt kompetensförsörjning
- se över behovet av ett nationellt vårdprogram
- genomföra en särskild översyn av vården och uppföljningen av kvinnor som har fött barn
- förstärka insatserna mot språkliga och kulturella tillgänglighetsbarriärer
- säkerställa förutsättningarna för en personcentrerad vård genom att följa upp patienternas upplevelser och erfarenheter samt följa upp och utvärdera befintlig information.

Fortsätta arbeta för en stärkt kompetensförsörjning inom graviditetsvårdkedjan

Trots att många regioner har intensifierat arbetet för att säkerställa kompetensförsörjningen under senare år, ser vi att behoven fortsatt är stora. Andelen arbetsgivare som uppger brist på barnmorskor har ökat under tiden som satsningen har pågått. Det finns även mycket som tyder på att behoven kommer att öka framöver, till exempel väntande pensionsavgångar, ökat barnafödande och ambitionshöjningar inom graviditets- och förlossningsvården.

Det framtida behovet av barnmorskor bedöms inte kunna fyllas enbart av fler utbildningsplatser. Det är också osäkert i vilken utsträckning de personalförstärkningar som skett kommer kvarstå när satsningen avslutas. Därför är det viktigt att arbetet med att stärka kompetensförsörjningen fortsätter, och att alla regioner har en genomtänkt målbild och plan för hur personalen inom hela graviditetsvårdkedjan ska ha den tid och kompetens som behövs för att möta familjers behov under graviditet och förlossning.

Många av de generella lösningar som brukar föras fram för stärkt kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården är tillämpbara även inom graviditetsvårdkedjan. Det handlar till exempel om att utveckla arbetsätten för att använda allas kompetens på rätt sätt, arbeta med arbetsmiljöfrågor, öka antalet som arbetar heltid och möjliggöra lönekarriärer (SKL 2015).

Några saker som utöver de generella strategierna framstår som särskilt viktiga inom graviditetsvårdkedjan är att utveckla strategier för hur bemanningen på förlossningsavdelningar kan utformas för att möta variationer i antalet förlossningar olika dagar och delar av året, och att utnyttja digitaliseringens möjligheter, till exempel för information till patienterna samt utbildning och övervakning.

Andra frågor som behöver belysas är hur vården bäst organiseras för att säkra att den är personcentrerad och främjar delaktighet, kontinuitet och samordning, att förlossningsvården är en attraktiv arbetsplats för barnmorskor samt att det finns tillgång till god och säker vård i glesbygd. Diversifiering av vården, möjliggörande av alternativa vårdformer och organisatoriska lösningar som *Caseload Midwifery* har lyfts fram som sätt att öka förlossningsvårdens attraktivitet som arbetsplats för barnmorskor, och också för att öka valfriheten och personcentreringen för kvinnor och deras familjer. *Caseload Midwifery* är en form av sammanhållen vårdkedja som innebär att den gravida kvinnan har kontakt med samma



team av barnmorskor före, under och efter förlossningen (Vårdförbundet 2019). Den organisatoriska uppdelningen mellan mödrahälsovård och förlossningsvård som finns i många regioner kan också behöva ses över.

Se över behovet av ett nationellt vårdprogram för graviditet, förlossning och eftervård, för att öka den regionala jämlikheten

Vår uppföljning visar att flera av skillnaderna mellan regionerna när det gäller vårdens processer och resultat kvarstår och är fortsatt stora. Vissa av skillnaderna har vi bedömt som tydligt omotiverade, medan andra kan spegla att klinikerna arbetar på olika, men kvalitetsmässigt likvärdiga sätt. En förklaring till några av de skillnader vi ser kan vara att det saknas nationell styrning av förlossningsvården (Vårdanalys 2019b).

Tillgängliga kunskapsstöd, tillsammans med gemensamma mål, data för uppföljning och strukturer för förbättringsarbete, är viktiga framgångsfaktorer för förbättringsarbete och lärande, vilket i sin tur kan minska omotiverade skillnader (Vårdanalys 2019b). Vi rekommenderar därför att regionerna, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning, och i samarbete med relevanta professions- och patientorganisationer, ser över behovet av ett nationellt vårdprogram för vården i samband med graviditet och förlossning.

Ett sådant vårdprogram kan med fördel inkludera alla delar av graviditetsvårdkedjan (inklusive eftervården), innehålla nationella målvärden samt klargöra vilka variationer i arbetssätt och utbud som ryms inom ramen för en jämlik vård.

Genomföra en särskild översyn av eftervård och uppföljning av kvinnor som fött barn

I vår uppföljning av graviditetsvårdkedjan framkommer att eftervården är den del av vårdkedjan som kvinnorna själva är minst nöjda med, och att det finns stort förbättringsutrymme bland annat i information om var man ska vända sig med eventuella hälsoproblem efter förlossningen.

För att säkerställa att kvinnor som har fött barn får en god och säker vård bör regionerna särskilt se över resurser, organisation och ansvarsfördelning i vården och uppföljningen av kvinnor som har fött barn. Socialstyrelsen har tidigare lyft fram ett utökat uppdrag för mödrahälsovården att följa upp kvinnors hälsa samt erbjuda stöd och vård som ett sätt att förbättra eftervården (Socialstyrelsen 2017a).

Sannolikt finns behov av olika organisatoriska lösningar i olika regioner. Men det är viktigt att den vård som erbjuds är jämlik, att

det är tydligt när, var, hur och med vad kvinnorna kan få hjälp, och att vårdgivarnas avtal, uppdrag och ersättningar återspeglar det faktiska behovet och möjliggör en uppbyggnad av en eftervård som är säker och av god kvalitet.

Förstärka insatser mot språkliga och kulturella tillgänglighetsbarriärer inom graviditetsvårdkedjan

Utöver regionala skillnader visar vår uppföljning också att det kvarstår skillnader mellan olika grupper av kvinnor, bland annat mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda i andra länder. Skillnaderna handlar både om vilken vård kvinnorna får, och vad vården får för resultat. Vi har inte gjort någon fördjupad analys av dessa skillnader, men bedömer att de inte i första hand kan förklaras av skillnader i preferenser eller behov, utan att de i större utsträckning orsakas av språkliga och kulturella tillgänglighetsbarriärer och brister i kommunikation.

Flera regioner har inom ramen för satsningen genomfört olika insatser för att erbjuda information och vård på flera språk och förbättra personalens kompetens att kommunicera över kulturgränser, och några regioner har använt sig av kulturtolkar eller kulturdoulor. Vi bedömer att regionerna bör fortsätta och förstärka dessa insatser, för att förbättra jämlikheten i graviditetsvårdkedjan. En utgångspunkt i det fortsatta arbetet bör vara att i så stor utsträckning som möjligt samarbeta och dra nytta av varandras erfarenheter, exempelvis om översättningar av informationsmaterial och framgångsrika arbetssätt. För närvarande pågår till exempel en utvärdering av ett kulturdouloprojekt, vars resultat kan vara till nytta även för andra regioner.

Säkerställa förutsättningarna för en personcentrerad vård genom att följa upp patienternas upplevelser och utvärdera befintlig information

Vår uppföljning visar att patienterna upplever brister i personcentreringen inom graviditetsvårdkedjan, framför allt för delaktighet och information. Uppföljningen visar också att regionerna i olika omfattning har involverat patienter i sitt arbete med att utforma och följa upp insatser inom ramen för satsningen.

Kunskap om patienternas uppfattning om och erfarenheter av vården är en viktig grund för personcentrering och kvalitetsutveckling, och behöver hämtas in regelbundet. Vi rekommenderar därför regionerna att hämta in underlag för att identifiera förbättringsbehov och bedriva



förbättringsarbete utifrån patienternas perspektiv, till exempel genom att genomföra den planerade graviditetsenkäten. Graviditetsenkäten kan med fördel kompletteras med mindre regionala eller lokala initiativ för att hämta in patienternas synpunkter, men en gemensam enkät ger ett värdefullt underlag för jämförelser och lärande mellan regioner och verksamheter.

Möjligheten för enskilda patienter att vara delaktiga i beslut om sin egen vård är också en viktig del av en personcentrerad vård. En förutsättning för delaktighet är information. Mycket information om graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen går att hitta på 1177 Vårdguiden, samt på Socialstyrelsens nylanserade webbplats *Mer än bara mamma*. Samtidigt visar vår uppföljning att många kvinnor inte tycker att de har fått den information de behöver, och Socialstyrelsens undersökning visar att muntlig information från vårdpersonal är det som ger mest nytta och bidrar till ökad trygghet för flest kvinnor (Socialstyrelsen 2019c).

För att främja en personcentrerad vård, anpassad efter olika kvinnors individuella behov (bland annat utifrån språk och funktionsförmåga), behövs information i olika former via olika kanaler. Men det är också viktigt att det finns tydlig, saklig och enhetlig information lätt tillgänglig, som vårdpersonalen kan hänvisa till vid behov. Vi har inte haft möjlighet att genomföra någon analys av den information som finns tillgänglig i dag, eller hur den används, men vi bedömer att det finns ett behov av att närmare undersöka hur den uppfattas och används, både av patienter och av personal.

Vi rekommenderar därför regionerna att följa upp och utvärdera användningen av och uppfattningar om den information om graviditetsvårdkedjan som på olika sätt ges till patienterna, inklusive material som finns tillgängligt skriftligen till exempel på 1177 Vårdguiden. Utifrån resultatet av uppföljningen och utvärderingen kan det sedan eventuellt behövas ytterligare åtgärder för att säkerställa att patienternas behov av information tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt och enligt lagstiftningens krav på information.



5

Arbetet med kvinnors hälsa på den nationella nivån

I det här kapitlet beskriver vi de insatser för kvinnors hälsa som har genomförts på nationell nivå, både inom och utanför satsningen. Vår beskrivning visar följande:

- Flera andra statliga satsningar har pågått samtidigt, som på olika sätt berört kvinnors hälsa och vården av kvinnor. De kan därmed ha påverkat både utvecklingen och regionernas val av insatser.
- Socialstyrelsen och SBU har haft flera uppdrag att ta fram kunskapsstöd inom ramen för satsningen. Även den nationella strukturen för kunskapsstyrning, kvalitetsregister och professionsorganisationer har haft en roll i kunskapsstyrningen.
- SKR har arbetat med kartläggningar, uppföljning och kunskapsutbyte inom satsningen, vilket uppskattats av regionerna. Men professionsorganisationer har upplevt en bristande samordning.
- Många aktörer har varit inblandade i satsningen och det finns en bild av onödigt dubbelarbete och fel fokus i den nationella uppföljningen.



5.1 FLERA ANDRA INSATSER HAR PÅGÅTT PARALLELLT MED ÖVERENSKOMMELSERNA OM KVINNORS HÄLSA

Samtidigt med satsningen på kvinnors hälsa har det pågått flera andra statliga satsningar. Det har också pågått arbete inom nationella programområden, kvalitetsregister och professionsorganisationer, och i satsningen på kvinnors hälsa ingår också andra delar än de som vi följer upp. Bland annat ingår uppdrag till Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) att ta fram kartläggningar av forskningsläget och kunskapsstöd. Allt detta kan på olika sätt ha påverkat utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn, och hur regionerna har använt medel från överenskommelserna om kvinnors hälsa.

5.1.1 Andra satsningar kan ha haft betydelse för kvinnors hälsa

Under den period som omfattas av vår uppföljning av överenskommelserna om förlossningsvård och kvinnors hälsa har det samtidigt funnits flera andra överenskommelser mellan regeringen och SKR. Flera av överenskommelserna har handlat om områden som på olika sätt berör kvinnors hälsa och har inneburit stimulansmedel till regionerna.

I bilaga 2 redovisar vi en sammanställning över några av de satsningar som pågått under perioden 2016–2019. Totalt omfattar de mer än 26 miljarder. Några exempel är de så kallade professions-, personal- och patientmiljarderna, satsningarna på psykisk hälsa, sjukskrivning och rehabilitering, god och nära vård samt nationella kvalitetsregister. Flera av satsningarna har sannolikt haft betydelse för utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn, och kan ha påverkat hur regionerna har valt att använda medel från satsningen på kvinnors hälsa.

5.1.2 Programområden, register och professionsorganisationer har en viktig roll i kunskapsstyrningen

I satsningen på kvinnors hälsa har det ingått uppdrag till olika myndigheter för att stärka kunskapsstyrningen inom området, men det har också pågått mycket arbete som inte varit en del av satsningen. Det handlar bland annat om det arbete som bedrivits av det nationella programområdet för kvinnosjukvård och förlossning och programområdet för barn och ungdomars hälsa, av de nationella kvalitetsregister som finns inom området samt av professionsorganisationerna.

Nationella programområden arbetar med förbättring

Nationella programområden (NPO) är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning och finns i nuläget inom totalt 26 områden. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom området och representanter från alla sex sjukvårdsregionerna. De har bland annat till uppgift att leda och samordna kunskapsstyrningen, följa upp och analysera sitt område genom att exempelvis göra behovsanalyser och identifiera om kunskapsstöd saknas samt bidra till arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används (SKL 2018a). De har också till uppgift att bidra till arbetet med eventuella statliga satsningar (SKL 2018a).

Inom varje programområde skapas det arbetsgrupper som ska arbeta med åtgärder utifrån identifierade förbättringsområden (SKL 2018a). Sedan december 2017 finns ett NPO för kvinnosjukdomar och förlossning. Arbetet inleddes med en behovsanalys där man identifierade prioriterade områden för insatser, och har sedan handlat om blödningsrubbningar samt fetal RHD-screening och profylax (en behandling för gravida kvinnor som har en Rh-negativ blodgrupp men vars barn är Rh-positiva) (Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2020). Det finns även ett NPO för barn och ungdomars hälsa. Även här har arbetet inletts med en behovskartläggning för att identifiera prioriterade områden. NPO för barn och ungdomars hälsa deltar också i Socialstyrelsens arbete för en bättre vårdkedja för neonatologi.

Nationella kvalitetsregister är en viktig datakälla i förbättringsarbete

Nationella kvalitetsregister är en viktig källa till data om vårdens processer och resultat, och kan ligga till grund för kunskapsstyrning och förbättringsarbete genom kartläggningar och systematisk uppföljning. Ett nationellt kvalitetsregister innehåller uppgifter om diagnos, behandling och resultat och finns för många medicinska områden, sjukdomar och för specifika behandlingar. Inom graviditetsvårdkedjan finns tre nationella kvalitetsregister: Graviditetsregistret, Bristningsregistret och Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ).



Tabell 5.1. Översiktlig beskrivning av kvalitetsregister inom området.

Graviditetsregistret	Består av indikatorer för mödrahälsovården och förlossningsvården. Har funnits sedan 1999 och kompletterades 2010 med variabler för fosterdiagnostik. Innehåller sedan 2014 information om hela graviditeten och fram till ett par månader efter förlossningen. År 2018 var täckningsgraden 98,5 procent av alla förlossningar. I nuläget överförs de flesta indikatorer direkt från journalen, men ett mindre antal överförs manuellt. Ett fåtal regioner rapporterar in allt manuellt. För att öka rapporteringen till registret och minska administration pågår ett arbete för att möjliggöra automatisk överföring från fler journalsystem.
Bristningsregistret	Startade 2014 för att möjliggöra en systematisk uppföljning och kvalitetskontroll av bristningar inom förlossningsvården (Gynop 2019). Innehåller information om bristningar samt patientrapporterade utfallsmått. Allt fler förlossningsenheter har anslutit sig och börjat rapportera bristningar på ett systematiskt sätt sedan tillkomsten av registret. Men det är inte alla bristningar som rapporteras till registret, grad 2-bristningar rapporteras bara av vissa förlossningsenheter.
Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	Finns sedan 2001, och syftar till att möjliggöra nationell kvalitetskontroll och kvalitetsförbättring av vården av nyfödda barn. Innehåller omkring 200 variabler, som inkluderar tillgänglighet, interventioner och behandlingar, samt överlevnad och komplikationer. Under 2018 var täckningsgraden 98 procent.

Professionsorganisationerna har tagit fram rekommendationer

Flera professionsföreningar, som Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet (SBF) har tagit fram eller uppdaterat kunskapsstöd och rekommendationer inom graviditetsvårdkedjan och för kvinnors hälsa under den tid som satsningen har pågått.

Bland annat har intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, samordningsbarnmorskorna inom SBF och Mödrahälsovårds-psykologernas föreningar tillsammans tagit fram ett kunskapsstöd för mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa (kallad *Blå boken* eller *ARG-rapport nr 59/76*) som uppdaterades 2016. Rapporten omfattar mödrahälsovårdens utveckling och uppdrag och beskriver bland annat det medicinska basprogrammet för mödrahälsovården. SFOG har också tagit fram råd och rekommendationer om bland annat förlossningsrädsla, obstetriskt ultraljud, inducerad abort, menopausal hormonbehandling och endometrios. SBF har bland annat tagit fram ett kunskapsstöd om barnmorskors samtal om levnadsvanor (SBF 2018).

Projektet Säker förlossningsvård ska minska vårdskadorna

Sedan 2007 har SFOG, SBF och Svenska neonatalföreningen arbetat tillsammans med Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) i projektet

Säker förlossningsvård. Projektet vill stötta förlossningsenheter i att minska antalet undvikbara skador i samband med förlossning (Löf 2017). I ett första skede fokuserade projektet främst på att undvika CP-skador orsakade av undvikbar syrebrist under förlossningen, men utvidgades senare till att även inkludera riskgraviditeter och skador hos den födande kvinnan. Projektet har bland annat inneburit platsbesök på olika förlossningsenheter för att granska deras arbete med att undvika skador, vilket har lett till förbättringsarbeten och åtgärder både på lokal och regional nivå. Inom ramen för projektet har också fyra webbutbildningar uppdaterats eller tagits fram (CTG, Bäckebotten, Neo-HLR och NEWS2, *National Early Warning Score*).

5.1.3 Socialstyrelsen och SBU har tagit fram kunskapsunderlag

Både Socialstyrelsen och SBU har tagit fram olika slags kunskapsunderlag om kvinnors hälsa, både inom ramen för satsningen och som egeninitierade projekt. I bilaga 3 finns en sammanställning över olika kunskapsstöd som har tagits fram, och över arbete som pågår.

Som en del av satsningen har Socialstyrelsen bland annat tagit fram nationella riktlinjer för vård och behandling vid endometriosis (Socialstyrelsen 2018b) och utvärderat endometriosisvården utifrån riktlinjerna (Socialstyrelsen 2019a). Socialstyrelsen har också kartlagt hur vården efter förlossning ser ut i Sverige i dag, samt utmaningar och behov av förändringar i eftervården (Socialstyrelsen 2017a). Socialstyrelsen har också i uppdrag att genomföra en informationssatsning riktad till gravida och nyförlösta kvinnor om hälsofrågor kopplade till förlossningen, samt att ta fram kunskapsstöd för neonatalvården baserat på en tidigare kartläggning av skillnader i vården (Socialdepartementet 2018).

Även SBU har haft och har flera pågående uppdrag inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa. SBU har bland annat genomfört en systematisk kunskapsöversikt över förebyggande och diagnostik av analsfinkterskador vid förlossning (SBU 2016a), kartlagt utvärderingar av behandling av förlossningsskador (SBU 2016b) och utvärderingar av behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor (SBU 2019a). SBU har också i uppdrag att utvärdera metoder för att behandla förlossningsrädsla, psykisk ohälsa under graviditet och metoder för prevention av postpartumdepression, samt att utvärdera metoder för diagnostik och bemötande vid förlossningsskador (SBU 2019b, 2019c).



5.2 SKR HAR SAMORDNAT ARBETET MED ÖVERENSKOMMELSERNA

Den första överenskommelsen om kvinnors hälsa gav SKR ett samordningsansvar för att i samverkan med regionerna och andra aktörer, som till exempel Socialstyrelsen, kartlägga behov och ge förslag på insatser inom ramen för satsningen. SKR ska enligt överenskommelsen också samordna sitt arbete med andra överenskommelser som rör samma och näraliggande områden. SKR ska även följa kvalitet och resursåtgång inom mödra- och förlossningsvården genom kvalitetsregister samt med bland annat det som underlag lämna förslag på hur hälso- och sjukvården som berör kvinnors hälsa bör utvecklas.

I den andra överenskommelsen utvecklades samordningsansvaret till att initiera och fördjupa det förbättringsarbete som identifierades i kartläggningen av behov (SKL 2016) tillsammans med regioner och andra aktörer. I den fjärde överenskommelsen ingick samordning av arbetet med att kartlägga och ge förslag på insatser som regionerna behöver genomföra i neonatalvården.

5.2.1 SKR har kartlagt vården för att stödja regionerna

I början av 2016 genomförde SKR en kartläggning av utmaningarna inom förlossningsvården och inom övriga områden som rör kvinnors hälsa (SKL 2016). SKR har också kartlagt vårdkedjan före, under och efter graviditet för att identifiera förbättringsbehov och lärande exempel för beslutsfattare som ska besluta om förbättringsåtgärder (SKL 2018b).

SKR har även genomfört en nulägesbeskrivning för att identifiera förbättringsmöjligheter för en stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården (SKL 2017b), samt tagit fram en beskrivning av framgångsfaktorer och exempel på strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården (SKR 2020b). Ytterligare kartläggningar har handlat om neonatalvården (SKL 2018c), vården vid sexuellt våld (SKR 2020c), ungdomsmottagningarnas arbete (SKR 2020d) och vård för kvinnor som utsatts för könsstympning (SKR 2020e).

Förutom de här arbetena har SKR varje år publicerat uppföljningsrapporter om vilka insatser regionerna har genomfört inom överenskommelsen. I sin uppföljningsrapport för 2019 redovisar SKR en lista över de olika regionernas insatser. Tanken är att regionerna ska använda listan som underlag för att själva kontakta varandra och lära av andra som har genomfört insatser inom det område som man är intresserad av.

5.2.2 En nationell enkät ska samla erfarenheter från kvinnor under graviditet, efter förlossning och i eftervård

I SKR:s arbete ingår också att tillsammans med relevanta kvalitetsregisterorganisationer och professionsorganisationer utveckla en nationell enkät till kvinnor som är gravida och har fött barn. Syftet med enkäten är att öka kvinnors delaktighet i samband med graviditet och förlossning samt att ge underlag till lärande och förbättringsarbete för regionerna.

Enkäten kommer att finnas på 1177 i tre delar som ska besvaras vid tre olika tillfällen – under graviditeten, sex veckor efter förlossning och ett år efter förlossning. Ursprungligen planerades lanseringen av enkäten till 2018, men den blev av olika anledningar försenad. I början av 2019 genomfördes ett pilottest i två regioner, men som en följd av coronaviruset blev det nationella utskicket av Graviditetsenkäten uppskjutet.

5.2.3 Plan för graviditetsvårdkedjan ska tydliggöra mål och strategier

SKR har också tagit fram en plan för graviditetsvårdkedjan (SKL 2019a). Efter att arbetet med satsningen hade pågått några år och fler överenskommelser tillkommit, identifierade SKR ett behov av att tydliggöra satsningen. Det fanns även ett behov av att beskriva hur olika mål och förbättringsområden relaterade till varandra.

Den strategiska planen beskriver mål och vision för arbetet samt strategier och insatser för att nå målen. Både visionen och målen är desamma som för överenskommelserna. Visionen är att alla kvinnor och deras familjer ska känna sig trygga hela vägen före, under och efter graviditeten. Målen är att regionernas arbete ska bidra till att vården blir mer personcentrerad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik. För varje mål har man identifierat tre delmål.

Delmålen ska så långt som möjligt ha ett patientperspektiv samt utgå från satsningens uttalade prioriteringar och områden där det finns ett särskilt utvecklingsbehov. Varje delmål ska även kunna följas upp, och därför har man identifierat ett antal indikatorer för uppföljning. Många av indikatorerna är baserade på uppgifter från kvalitetsregister, men också på den planerade Graviditetsenkäten.

I planen beskriver SKR att förutsättningar för att uppnå målen är en stärkt kompetensförsörjning samt ett gott medarbetar- och ledarskap. Utöver detta presenteras fem strategier för att nå målen. Strategierna är att involvera kvinnor och deras familjer, utforma vården och insatserna efter kvinnans och familjens behov, säkerställa en sammanhållen vårdkedja, utveckla



arbetssätten och stärka kunskapsstyrningen. Tanken är att regionerna ska använda strategierna i sitt arbete med att nå målet för satsningen. Den strategiska planen ger exempel på insatser som regionerna kan genomföra för att uppnå målen utifrån den givna strategin.

I våra intervjuer framgår att ungefär hälften av regionerna har använt den strategiska planen, och säger sig ha haft stor nytta av den. Man uppskattar bland annat de goda exemplen och tycker att planen ger en bra vägledning och en överblick. Enligt uppgift planerar SKR att genomföra workshoppar med regionerna, för att diskutera utvecklingsområden utifrån deras resultat på uppföljningsindikatorerna.

5.2.4 SKR har ordnat olika forum för kunskapsutbyte

SKR har också genomfört regelbundna möten med regionernas kontaktpersoner och arrangerat ett antal regionala och nationella konferenser och möten, för att förankra pågående arbete och skapa en gemensam bild av satsningen (SKL 2018d, SKL 2019b, SKR 2020f).

Alla regioner har en utsedd kontaktperson som representerar regionen i kontakterna för satsningen. Kontaktpersonerna är utsedda av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i respektive region, och ansvarar bland annat för att sprida information om satsningen i den egna organisationen och rapportera hur medlen använts till SKR (SKL 2018d, SKL 2019b, SKR 2020f). SKR har bjudit in kontaktpersonerna till gemensamma möten om aktuella frågor och arbetet framåt några gånger per år. Syftet med kontaktpersonsdagarna är att kontaktpersonerna ska få möjlighet att träffas, lära av varandra och utbyta erfarenheter.

Under våren 2019 arrangerade SKR en nationell konferens på temat *Trygg vård – före, under och efter graviditet*, där kontaktpersonerna, chefer och verksamhetsutvecklare inom mödrahälsovård och förlossningsvård från hela landet deltog. Syftet med konferensen var att inspirera samt bidra med kunskap, ökat lärande och utbyte över regiongränserna. Förutom föredrag organiserades workshoppar på olika teman, där deltagarna kunde byta erfarenheter med varandra (SKL 2019a). Dessutom har SKR under 2017 och 2018 anordnat ett antal regionala konferenser.

SKR:s programteam har också deltagit vid möten med det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning, och har även bjudit in till ett arbetsseminarium för att samordna nationella arbeten inom förlossningsvård och kvinnors hälsa, där representanter från det nationella

programområdet deltog. Representanter för det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning har även deltagit vid ett möte med regionernas kontaktpersoner.

5.2.5 Det finns olika bilder av hur samordningen fungerat

I våra intervjuer med regionernas kontaktpersoner och med hälso- och sjukvårdsdirektörer framkom en övervägande positiv bild av SKR:s arbete med kunskapsunderlag, mötesplatser och forum för erfarenhetsutbyte. Kontaktpersonerna tyckte att det hade varit värdefullt att träffas på kontaktpersonsdagarna för att lära av varandra, få inspiration och goda exempel.

Däremot framkom att det till viss del funnits behov av olika fokus beroende på var i organisationen kontaktpersonen arbetade. Några upplevde att kontaktpersonsdagarna var mer relevanta för de som arbetar närmare verksamheterna, och att det hade varit värdefullt med separata dagar för dem som arbetar med verksamhetsutveckling och statsbidrag på en mer övergripande nivå. Andra uttryckte önskemål om ett ännu mer fördjupat erfarenhetsutbyte, ända ner på insatsnivå.

I våra intervjuer med företrädare för professionsorganisationerna var bilden av hur samordningen hade fungerat något mer negativ. De upplevde att SKR inte i tillräcklig utsträckning hade använt sig av professionsorganisationernas existerande arbetsgrupper, för att ta tillvara redan pågående arbete och samordna aktiviteter om olika områden. Flera menade också att en samordning av arbetet med satsningen i olika undergrupper, till exempel för psykisk ohälsa och levnadsvanor, skulle ha underlättat lärandet mellan regioner och mellan verksamheter.

Flera av dem vi har intervjuat upplevde att det är otydligt hur satsningen hänger ihop med strukturen för kunskapsstyrning, och hur det arbete som bedrivits inom ramen för satsningen ska tas vidare av det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning. Det framfördes också synpunkter på att det inte ingår några barnmorskor bland programrådets ledamöter.

Den bild som förmedlas i våra intervjuer är att programrådets arbete ännu inte riktigt tagit fart. Från programrådets sida beskriver man att man valt att påbörja sitt arbete genom att fokusera på mindre grupper och områden, för att kunna utveckla former och arbetssätt innan man tar sig an större områden längre fram.



5.3 FLERA OLIKA NATIONELLA AKTÖRER HAR ARBETAT MED ÖVERENSKOMMELSERNA

Utöver SKR:s uppdrag att samordna och följa upp arbetet med överenskommelserna, har även vi haft i uppdrag att följa upp arbetet. Det har också pågått annat arbete inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa, vilket sammantaget inneburit ett visst dubbelarbete. Några personer som vi intervjuat upplevde också att den nationella uppföljningen av satsningen har haft fel fokus, med krav på redovisning av insatser som skapat en administrativ börda. Samtidigt har regionernas egen uppföljning inte varit tillräckligt systematisk.

5.3.1 Många olika aktörer har involverats i satsningen

Som ett resultat av satsningen har många olika aktörer bedrivit olika utvecklingsarbeten inom samma område samtidigt. Bland annat är det flera aktörer som har haft i uppdrag att följa upp överenskommelserna mellan regeringen och SKR.

Utöver vårt uppdrag att följa upp överenskommelserna och SKR:s årliga redovisning av regionernas insatser har det sedan 2017 också bedrivits följeforskning kopplat till satsningen. Forskningen bedrivs av en grupp vid institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) vid Karolinska institutet, och syftar till att undersöka de nationella och regionala aktörernas strategier för stöd och implementering, för att öka kunskaperna om hur sådana strategier kan bidra till att uppnå intentionerna med statliga satsningar. Även lokala insatser har undersökts, och under 2018–2019 har forskarna fördjupat sig i regionernas organisering och arbetssätt (SKR 2020f). Det har inneburit att regionerna har fått svara på samma typ av frågor från flera olika håll.

Både vi och SKR har också följt upp utvecklingen inom vården med hjälp av indikatorer. Syftet med uppföljningen skiljer sig åt, där vår uppföljning är tillbakablickande och syftar till att bedöma satsningens effekter, medan SKR:s uppföljning är framåtsyftande och tänkt att ligga till grund för framtida prioriteringar i regionernas förbättringsarbete. Samtidigt har vi i stor utsträckning använt oss av samma data, givet att det finns begränsat med datakällor inom området. Det innebär att registerhållare och andra experter har involverats i flera liknande processer, med att ta fram uppgifter och ge stöd i tolkningen av dem. Utöver uppföljningen av överenskommelserna har det också pågått annat arbete inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa, som till exempel de uppdrag SBU och Socialstyrelsen haft att ta fram olika

typer av kunskapsunderlag. Även där har företrädare för kvalitetsregister och professionsorganisationer deltagit, för att bidra med sin expertkunskap inom området.

I grunden är ett gemensamt fokus på och förbättringsarbete inom ett område något positivt. Samtidigt finns det vissa utmaningar i att utnyttja resurserna på bästa sätt. Olika aktörer har olika intressen och olika roller i systemet, men i några av våra intervjuer framkommer en upplevelse av onödigt dubbelarbete och en i vissa fall otydlig rollfördelning i arbetet med satsningen.

5.3.2 Uppföljning med olika fokus behövs

Uppföljning av de satsningar man genomför är viktigt, men uppföljningen kan behöva ha olika fokus på nationell, regional och lokal nivå. Den nationella uppföljningen av överenskommelserna fokuserar i stor utsträckning på vilka insatser regionerna har genomfört. Både i vårt uppdrag och i överenskommelsen med SKR efterfrågar regeringen en beskrivning av regionernas insatser.

Flera intervjupersoner har uttryckt kritik mot den nationella uppföljningen av medlen, som man menar har skapat en administrativ börda och varit alltför detaljerad. Några menar att det hade varit bättre att sätta tydliga kvalitetsförbättringsmål och följa upp dem, i stället för att be regionerna att redogöra för vad de har genomfört för insatser. Utifrån överenskommelsernas nuvarande målformuleringar är det dock svårt att mäta måloppfyllelse.

I vårt uppdrag efterfrågar regeringen också en bedömning av om regionernas insatser har lett till avsedd effekt på kort och lång sikt. Men eftersom överenskommelserna gjort det möjligt för regionerna att välja insatser utifrån lokala och regionala behov har det genomförts ett stort antal insatser inom många olika områden. Det blir därför inte praktiskt möjligt att göra en samlad bedömning av effekten av insatserna. Vår uppföljning av utvecklingen av indikatorer kan ge en indikation på effekterna av satsningen, men på grund av de många olika insatser som genomförts går det inte att förvänta några stora effekter på nationell nivå.

En uppföljning av effekter av enskilda insatser är däremot viktig som underlag för regionernas utvecklings- och förbättringsarbete. Men den följeforskning som bedrivits på nationell nivå har inte främst fokuserat på effekter av insatser, och det är få regioner som har haft följeforskning kopplad till enskilda insatser. I våra intervjuer med professionsorganisationerna är



det flera som anser att det inte har funnits en tillräckligt systematisk eller nära koppling mellan vård, forskning och utbildning i arbetet med satsningen, och att det borde ha funnits mer följeforskning och varit bättre riggat för utvärdering från början. Det är också vissa som ser en risk att de insatser som genomförts inte är tillräckligt evidensbaserade.



Regionernas arbete med överenskommelserna

I det här kapitlet beskriver vi hur regionerna har organiserat sitt arbete med överenskommelserna och vilka insatser de har genomfört. Beskrivningen bygger på intervjuer med regionernas kontaktpersoner och hälso- och sjukvårdsdirektörer, samt på de redovisningar av insatser som regionerna har lämnat till SKR och Vårdanalys gemensamt. Vi konstaterar följande:

- Många regioner upplever att överenskommelserna är motiverade, men de saknar en prioritering jämfört med andra områden och mellan olika områden som ingår i överenskommelserna. Vissa regioner har uppfattat överenskommelserna som otydliga, andra som styrande mot ökad bemanning.
- Regionernas organisation för att hantera satsningen har ofta växt med tiden. Beslut om fördelningen av medel har fattats på olika nivåer, och valet av insatser bygger antingen på analyser av statistik och annan uppföljning eller på kunskap från verksamheterna, och mindre ofta på dialog med patienter.
- Regionerna har påbörjat mer än 1 100 insatser, varav mer än hälften inom graviditetsvårdkedjan. Många insatser handlar om verksamhetsutveckling och ändrade arbetsätt. Men eftersom regionerna har redovisat på olika sätt och inte kan uppge hur mycket medel som använts för varje insats, är det svårt att använda antalet insatser som ett mått på vad man prioriterat.
- Regionernas uppföljning och beskrivning av insatsernas effekter varierar, men på en övergripande nivå bedömer de själva att satsningen har bidragit till snabbare kvalitetsutveckling, ett mer systematiskt förbättringsarbete och stärkt kompetensförsörjning.



6.1 SKILLNADER I REGIONERNAS TOLKNING OCH TILLÄMPNING AV ÖVERENSKOMMELSERNA

För att beskriva regionernas uppfattning om överenskommelserna och hur de har organiserat sitt arbete med dem har vi intervjuat samtliga kontaktpersoner. Vi har också intervjuat drygt hälften av regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer.

I intervjuerna framkommer att de flesta upplever att överenskommelserna är motiverade, men de saknar en prioritering jämfört med andra områden. Flera av de vi intervjuat saknar också en prioritering mellan de olika områden som ingår i överenskommelserna, och tycker att de har varit otydliga. Samtidigt har andra tolkat överenskommelserna som mycket styrande, med ett fokus på att regionerna ska öka sin bemanning. Utifrån olika tolkningar, och olika utmaningar och behov, har vissa regioner valt att anställa personal och andra inte.

6.1.1 Upplever att överenskommelserna är motiverade men horisontell prioritering saknas

De flesta som vi har intervjuat är överens om att det finns utvecklingsbehov inom kvinnors hälsa och förlossningsvården. Det framgår både av våra intervjuer i delrapporten samt våra intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörer och regionernas kontaktpersoner i arbetet med den här rapporten.

Däremot är det flera som är tveksamma till den horisontella prioriteringen, det vill säga behoven jämfört med andra grupper eller områden. Exempel på andra områden med behov av insatser som intervjupersonerna nämner är psykisk ohälsa både bland unga och äldre samt multistjuka äldre.

I vår delrapport drog vi slutsatsen att det är motiverat att arbeta för att utjämna skillnader i vård och hälsa mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor i samhället och mellan olika delar av landet. Vi konstaterade också att det är motiverat att utveckla vården av gravida och födande. De främsta skälen är skillnaderna i den vård som ges och i vårdens resultat mellan olika delar av landet, men också för att vården behöver bli mer personcentrerad. Däremot har vi inte bedömt behovet av insatser jämfört med behov hos andra grupper eller inom andra delar av hälso- och sjukvården.

Flera intervjupersoner framför att satsningen inte var förankrad i en ordentlig behovsanalys, och efterfrågar en mer saklig och transparent prioritering utifrån prioriteringsprinciperna i den etiska plattformen. Det är också flera som anser att satsningen bygger på en kris- och katastrofbild

av förlossningsvården som de inte känner igen i den egna regionen, och som uppfattar satsningen som politiskt motiverad, riktad mot en stark och frisk väljargrupp och en stark profession. Några lyfter fram behovet av att studera hälsans bestämningsfaktorer och vad som orsakar sjukskrivning, för att identifiera viktiga faktorer för att stärka kvinnors hälsa, och att stora behov kan finnas för att förbättra kvinnors hälsa inom till exempel cancer- och hjärtsjukvård och vård vid psykisk ohälsa.

En del intervjupersoner menar ändå att prioriteringen av förlossningsvården var motiverad av flera skäl, till exempel att en god mödrahälsovård och förlossningsvård ger effekter på sikt för både kvinnors, familjers och barns hälsa, och att det fanns stort behov av resurser och utveckling inom området.

6.1.2 Regionerna uppskattar långsiktigt fokus

Trots att några av dem vi har intervjuat är tveksamma till den horisontella prioriteringen, är de flesta överens om att kvinnors hälsa och förlossningsvården behöver utvecklas. Även de mest tveksamma tycker sig också ha kunnat genomföra värdefulla insatser med medel från satsningen. De mer kritiska synpunkter som framförs i våra intervjuer om satsningen gäller ofta de generella problem som regionerna upplever med riktade statsbidrag som styrmedel.

De som har en mer positiv syn på riktade satsningar menar att det innebär en värdefull möjlighet att sätta fokus på ett område, vilket ger effekter i sig. De betonar samtidigt vikten av att satsningen är långsiktig. De första överenskommelserna var relativt korta, men när det aviserades att satsningen skulle pågå under en längre tid skapades enligt några intervjupersoner utrymme för mer strategiskt och långsiktigt arbete, med större potential att skapa värde på sikt. Däremot är det flera som menar att information och beslut samt utbetalning av medel skett för sent för att skapa goda planeringsförutsättningar och en effektiv användning av medlen. Det handlar då framför allt om början av satsningen, och om utbetalningen av 2019 års medel som försenades på grund av budgetprocessen.

Det är också några intervjupersoner som uttrycker synpunkter om att medlen har delats ut efter befolkningsunderlag, och att man inte har tagit hänsyn till det kommunala utjämnningssystemet eller andra skillnader i kostnadsläge. Ett exempel som nämns är att det är dyrare att skicka personal på utbildning om det går åt flera dagar för resa och kostnader för övernattnig.



6.1.3 Överenskommelserna har öppnat för olika prioriteringar

Intervjuerna visar att överenskommelserna till viss del har tolkats olika i olika regioner. Enligt överenskommelserna har det funnits stor frihet för regionerna att själva välja insatser utifrån lokala och regionala behov. Exempelvis står det i överenskommelse 4 att "Staten och SKL är överens om att landstingen /.../ väljer vilka insatser de bedömer ger mest nytta för att uppnå målen i överenskommelsen" och att "satsningen kan sägas innefatta all vård som rör kvinnors hälsa" (Socialdepartementet och SKL 2018a).

Men samtidigt innehåller överenskommelserna flera olika formuleringar om vilka utmaningar som finns, olika målgrupper som är viktiga att ha i fokus och olika områden där regeringen och SKR vill se en utveckling. Och, som vi beskrivit tidigare, anges att regionerna i första hand ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanning. Sammantaget innebär överenskommelsernas utformning att mål, prioriteringar mellan olika områden och styrning av val av insatser kan tolkas och uppfattas olika. I våra intervjuer framkommer också att så är fallet.

Vissa intervjupersoner upplever att det funnits en otydlighet i överenskommelsernas utformning och hade önskat tydligare instruktioner om hur och till vad medlen ska användas, det vill säga vilka områden som ska prioriteras. Flera tycker ändå att det blivit tydligare med tiden, bland annat tack vare den strategiska plattform som SKR tagit fram. Men samtidigt finns en grundläggande skillnad i hur olika personer tolkar överenskommelserna. Medan vissa anser att överenskommelserna inneburit valfrihet och möjlighet för regionala prioriteringar, anser andra att de varit för detaljerade och fokuserade på *hur* regionerna ska arbeta (öka bemanningen) i stället för *vad* de ska uppnå.

6.1.4 Regionerna har haft olika behov av bemanning

Regionerna har gjort olika tolkningar av överenskommelserna, haft olika utmaningar med och behov av bemanning samt olika förhållningssätt till att anställa personal med tillfälliga medel – vissa regioner har anställt, andra inte. Bland dem som inte har anställt finns några regioner som uppger att personaltätheten inte är ett problem, andra uppger att den huvudsakliga utmaningen är att möta framtida behov till följd av till exempel pensionsavgångar. Dessutom har flera regioner som princip att inte anställa personal med tillfälliga medel, eftersom det medför en kostnadsökning som kvarstår även efter att satsningen tar slut.

Några personer vi har intervjuat menar att regionernas olika sätt att tolka och hantera satsningen, i kombination med en bild i media av att

satsningen handlar om att öka bemanningen i förlossningsvården, har skapat förväntningar på fler anställda i till exempel förlossningsvården. I vissa regioner uppges det också ha lett till motsättningar mellan regionledning och verksamheter när medlen inte har använts till att anställa personal enligt de förväntningar som funnits i verksamheterna. En del personer har haft uppfattningen att medlen inte har använts enligt överenskommelsernas intentioner, trots att överenskommelserna tillåter en bred användning utifrån regionala prioriteringar.

Alla regioner som har behövt och velat rekrytera har inte heller lyckats göra det i önskad takt, eftersom det inte har funnits personal att anställa. Det har i vissa fall lett till att man inte har kunnat genomföra planerade projekt, eftersom all personal har behövts i den ordinarie verksamheten. Det har också inneburit att man inte har kunnat skicka all personal på en viss utbildning. Några intervjupersoner menar att det är ett problem att projekt ska utformas och genomföras i lägen med bristande bemanning. Andra framhåller fördelar med att också småskaliga, innovativa projekt inom angelägna områden har kommit till stånd.

6.2 REGIONERNA HAR ORGANISERAT SITT ARBETE OLIKA

I våra intervjuer med kontaktpersoner och hälso- och sjukvårdsdirektörer framkommer att det finns skillnader i hur regionerna har organiserat sitt arbete och hur de har gått tillväga när de har prioriterat hur medlen ska användas. Organisationen för att hantera medel från satsningen har i vissa regioner växt med tiden. Valet av insatser bygger på analyser av registerdata, annan statistik och uppföljning samt på kunskap från verksamheterna, och i mindre utsträckning på dialog med patienter.

6.2.1 Regionernas olika förutsättningar påverkar deras arbetsätt

Regionerna skiljer sig åt på flera sätt, och har olika förutsättningar som kan påverka hur de har organiserat sitt arbete med överenskommelserna. Förutom skillnader i storlek, geografiskt läge och befolkningsstruktur har regionerna olika organisation för kvinnosjukvården, något som är särskilt tydligt för mödrahälsovården.

I ungefär hälften av regionerna hör mödrahälsovården till kvinnokliniken, i de andra är mödrahälsovården en del av primärvården. I en del regioner drivs också många mödrahälsovårdverksamheter i privat regi. Och medan stora regioner har flera sjukhus och många mödrahälsovårdsverksamheter som ska samordnas kan mindre regioner ha hela graviditetsvårdkedjan



organiserad inom samma klinik. När medel från satsningen har delats ut baserat på befolkningsstorlek blir det även stora skillnader i hur mycket resurser regionerna har haft att fördela till olika verksamheter och insatser. Ett generellt mönster vi ser är att regioner med mer än en kvinnoklinik har haft en större organisation runt satsningen än regioner med bara en klinik.

6.2.2 Arbetssätten har ofta växt fram under satsningens gång

Som vi beskrivit tidigare har alla regioner en utsedd kontaktperson, som representerar regionen i satsningen. Kontaktpersonerna arbetar vanligen antingen i regionens stab eller som mer verksamhetsnära chefer. I våra intervjuer framkommer att det finns både för- och nackdelar oavsett om man valt en kontaktperson nära ledningen eller nära verksamheten.

I några regioner har det funnits personer i staben med en bakgrund inom förlossningsvården, vilket ger närhet både till den högsta ledningen och till verksamheterna. De flesta kontaktpersonerna sköter uppdraget inom sina ordinarie roller, men några enstaka har helt eller delvis finansierats med medel från satsningen, och i vissa regioner har man använt medel från satsningen för att anställa särskilda process- eller projektledare för att samordna delar av satsningen.

Närmare tre fjärdedelar av regionerna har uppgett att de har särskilda rutiner och organisationer för att hantera alla riktade statsbidrag, men flera kontaktpersoner beskriver att sättet att arbeta med bidraget från satsningen på kvinnors hälsa har vuxit fram över tid. Till att börja med handlade det om en begränsad satsning för ett år. När sedan satsningen blev större, och förlängdes med intentionen att den skulle pågå under ytterligare några år, förändrades formerna för arbetet. I vissa regioner där man tidigare haft en liten organisation för satsningen har man senare förstärkt med projekt- eller processledare, projektgrupper och arbetsgrupper.

Alla regioner har någon form av styrgrupp, men styrgrupperna kan vara sammansatta på olika sätt. I vissa regioner består den enbart av högre tjänstemän från regionstaben, medan den i andra består av kontaktpersonen, någon stabsfunktion och olika verksamhetschefer. I samtliga regioner finns också någon typ av gruppering som operativt leder arbetet framåt och samordnar de olika verksamheterna och aktiviteterna. Kontaktpersonen ingår alltid, ofta finns en projektledare och sedan varierar det vilka och hur många verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare som ingår. Primärvården är ofta representerad enbart genom mödrahälsovården. Förutom dessa projektgrupper finns i enstaka fall ytterligare arbets-, referens- eller expertgrupper.

Att ha flera arbetsgrupper beskrivs i våra intervjuer främja delaktighet och leda till en bra utformning av insatserna. Arbetsgrupper som knyter ihop olika verksamheter inom samma region ger också goda förutsättningar för att ta fram ett gemensamt och jämlikt arbetssätt. Däremot är det flera som lyfter att det tar tid att träffas. Det kan också vara tidskrävande för den koordinerande parten, oftast kontaktpersonen, att hålla ihop, följa upp och redovisa alla gruppernas arbete.

6.2.3 Beslut om fördelning av medel sker på olika nivåer

I de flesta regioner fattas det övergripande beslutet om att delta i satsningen på politisk nivå, och i ungefär hälften av regionerna har den politiska nivån även beslutat hur medel från satsningen ska fördelas. I intervjuerna lyfter man fram betydelsen av att involvera politiken, som ett sätt att garantera hållbarheten efter satsningens slut.

De beslut som fattas på den politiska nivån handlar däremot oftast om beslut på en mer generell nivå, som fördelning av medel till olika förvaltningar, verksamhetsområden eller kliniker. Mer detaljerade beslut om fördelning av medel har som regel varit delegerade närmare verksamheterna – antingen till regionstaben, satsningens styr- eller arbetsgrupper eller till enskilda verksamheter. Ett mindre antal regioner uppger att en del av medlen från statliga satsningar alltid används till overheadkostnader. Dessa medel har därmed inte fördelats ut till verksamheter eller insatser, och ingår inte i regionernas redovisningar.

6.2.4 Valet av insatser bygger på behovsanalyser och kända behov

I mer än hälften av regionerna har man tagit fram handlingsplaner eller andra analyser som grund för prioriteringar mellan verksamhetsområden och val av insatser. I analyserna har regionerna använt sig av uppgifter från tidigare rapporter, kvalitetsregister, avvikelssystem samt annan statistik, forskning och uppföljning. Flera regioner har också använt sig av SKR:s kartläggningar och av SKR:s strategiska plattform som stöd för analysen. Många regioner har också använt sig av kunskap som finns i verksamheterna, och har tagit fram förslag på insatser med hjälp av satsningens arbetsgrupper och andra sakkunniga, verksamhetschefer och personal. På många håll har behovet av ökad bemanning varit mycket stort, och därmed prioriterats redan från början.

När graviditetsvårdkedjan lyftes fram på ett tydligare sätt i överenskommelserna genomförde några regioner särskilda kartläggningar



av den. En del regioner har också gjort en särskild behovsanalys för neonatalvården efter att den inkluderades i överenskommelsen 2018.

Handlingsplaner och analyser har ofta legat till grund för val av insatser. I många regioner har verksamheterna också fått önska sig utbildning, kompetensutveckling och utrustning utifrån den egna kunskapen om var behoven finns. Det finns också några regioner som haft ett regelrätt ansökningsförfarande för delar av satsningen, där arbetsgrupp, styrgrupp och i några fall den politiska nivå fattat beslut om vad som ska finansieras.

6.2.5 Få regioner har inkluderat patienter i sina analyser

Det är få regioner som rapporterar att de har involverat patienter i det övergripande arbetet med behovsanalyser och prioritering. Men Region Kalmar har uppgett att man löpande har med patientrepresentanter i förbättringsarbetet, och styrgruppen i Region Jönköping har haft kontakter med patientföreningen BB-marschen. Region Östergötland genomförde 2016 en särskild behovsanalys av förlossningsskador som bland annat baserades på intervjuer och dialog med patienter och patientrepresentanter. Även Region Stockholm har genomfört en workshop med patientrepresentanter kopplad till överenskommelsearbetet.

I Region Dalarna och Värmland har man haft patientdialoger inom ramen för enskilda projekt, men inte som grund för den övergripande behovsanalysen. I Region Västra Götaland har man påbörjat ett arbete baserat på tjänstedesignsmetodik där nyblivna föräldrar har ingått. Några regioner har också genomfört enkäter riktade till gravida eller nyförlösta, som underlag för att identifiera förbättringsbehov.

6.3 REGIONERNA HAR INITIERAT MER ÄN 1 100 INSATSER

Sammantaget har regionerna påbörjat mer än 1 100 insatser under 2015–2019, varav mer än hälften inom graviditetsvårdkedjan. Många insatser handlar om verksamhetsutveckling och ändrade arbetssätt. Men eftersom regionerna redovisat sina insatser på olika sätt, och inte kan uppge hur mycket medel som gått till olika insatser, kan man inte räkna antalet insatser som ett mått på nedlagt arbete.

6.3.1 Antalet insatser är ett trubbigt mått

Regionerna har själva fått definiera vad en insats är. Det innebär att kategoriseringen av insatserna skiljer sig mellan olika regioner. Dessutom

saknas uppgifter om hur stor andel av medlen från satsningen som använts till enskilda insatser.

Antalet insatser bör tolkas med försiktighet

Regionerna har valt olika sätt att organisera sitt arbete, liksom olika sätt att gruppera och redovisa sina insatser. Det innebär att det är stor variation i antalet insatser mellan olika regioner, och att insatserna varierar kraftigt i mängden arbete och resurser. Även insatsernas längd varierar påtagligt – det finns insatser som har genomförts under en kort period och insatser som har pågått under större delen av satsningen. Vid utgången av 2019 var mindre än hälften av alla insatser rapporterade som avslutade. Utöver att insatserna skiljer sig åt i omfattning så finns det också en osäkerhet i hur olika personer väljer att beskriva insatserna. Det innebär att enstaka insatser skulle kunna tolkas och kategoriseras annorlunda än vad vi har gjort. När vi fortsatt redovisar antalet insatser behöver det därför tolkas med viss försiktighet.

Få regioner kan redovisa andel medel som använts för enskilda insatser

För att få en bild av vilka områden som regionerna resursmässigt har fokuserat på, vore det önskvärt med uppgifter om hur mycket av medlen som regionerna använt för olika insatser. Men trots omfattande försök har det varit svårt för oss att få uppgifter om insatsernas ekonomiska omfattning. Vi kan därför inte uttala oss om hur stor andel av medlen som använts för olika typer av insatser och inriktningar. I våra intervjuer menar regionernas kontaktpersoner att en sådan redovisning inte från början krävdes i överenskommelserna mellan regeringen och SKR, och nämner flera anledningar till varför regionerna haft svårt att redovisa medel på insatsnivå:

- Regionernas ekonomisystem är inte utformade för den här typen av statsbidrag, och det gör att det inte går att följa upp hur medlen har fördelats.
- Regionerna har inte från början fått den information de behöver om hur medlen skulle redovisas och har därför inte förberett för en sådan redovisning.
- Det har varit svårt att avgöra vad som ska kostnadsföras som en del av personalens ordinarie arbete och vad som ska bekostas av medel från överenskommelsen.
- Det har varit svårt att särskilja medel från överenskommelsen när de har använts för att förstärka befintliga insatser och projekt.
- Vissa av insatserna har skett gemensamt inom flera delar av vården, det vill säga över verksamhetsgränser.



Redovisar andel medel som använts till bemanning

Även om det saknas uppgifter om hur stor andel medel som använts för enskilda insatser, finns uppgifter om hur mycket som använts specifikt för bemanning. I överenskommelserna anger parterna att förbättringar främst ska ske genom att stärka bemanningen, och i överenskommelse 2 anges att regionerna ska redovisa hur stor andel av medlen som de har använt till bemanning.

Vad som avses med bemanning definieras däremot inte. I den mall som användes för regionernas redovisning av insatser 2019 är definitionen: ”till exempel tillsatta tjänster, lön under utbildning och övriga kostnader kopplat till bemanning”.

6.3.2 Vi har sorterat insatserna utifrån vårdområde, typ av insats och utvecklingsområde

Eftersom antalet insatser är så stort är det varken möjligt eller meningsfullt att redovisa syfte, mål, innehåll samt eventuella resultat och effekter för varje enskild insats. Vi har i stället kategoriserat regionernas insatser utifrån tre variabler: vårdområde, typ av insats och insatsens inriktning (se figur 6.1).

Vårdområde är de olika vårdområden som ingår i överenskommelserna: graviditetsvårdkedjan, neonatalvård, primärvård (förutom mödrahälsovård) samt övrig öppen och sluten specialiserad vård. Det finns också insatser som omfattar tre eller fler vårdområden, eller som av andra skäl inte kan delas in i grupperna ovan. Dessa insatser redovisas som övergripande. Vi har valt att redovisa insatser för all vård som hör till graviditetsvårdkedjan sammantaget, det vill säga mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. Regionerna organiserar mödrahälsovården på olika sätt, i vissa regioner ingår den i primärvården och i andra i den öppna specialistvården. Genom att redovisa alla insatser som hör till graviditetsvårdkedjan tillsammans undviker vi att spegla sådana organisatoriska skillnader.

Typ av insats beskriver vilka prestationer som genomförts: bemanning, utbildning och annan kompetenshöjning för personal, ändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete, utveckling och implementering av kunskapsstöd, riktlinjer eller vårdprogram, samt information eller utbildning till patienter och befolkning.

Vi har också tittat på insatsernas inriktning och kategoriserat dem efter vilket område insatsen syftar till att förbättra, till exempel förlossningsskador, familjecentrering eller psykisk ohälsa. Kategorierna bygger på de områden som lyfts i överenskommelserna, samt en analys av inom vilka områden

regionerna har genomfört flera insatser. Många av regionernas insatser gäller däremot inte specifika områden, utan syftar till att förbättra vården mer generellt.

Figur 6.1 Vår kategorisering av insatserna utifrån tre utgångspunkter.



Kategoriseringen av vårdområden utgår ifrån den information om organisation som regionerna har lämnat, medan övrig kategorisering bygger på vår egen bedömning. Varje insats kan höra till alla kategorier när det gäller vårdområde och till två kategorier när det gäller typ av insats. Det innebär att summan av dessa blir större än det totala antalet insatser. När det gäller utvecklingsområden har varje insats tilldelats en enda kategori.



6.3.3 Majoriteten av insatserna rör graviditetsvårdkedjan

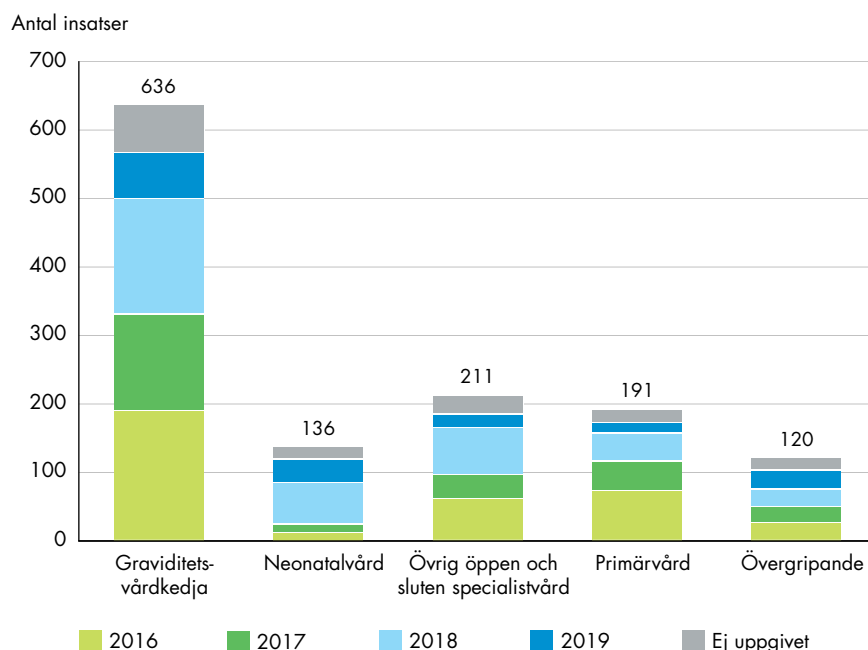
Under 2015–2019 har regionerna initierat och arbetat med totalt 1 138 insatser. Mer än hälften av insatserna berör graviditetsvårdkedjan, medan drygt en tiondel av insatserna handlar om neonatalvården (figur 6.2). Detta område lades till i satsningen först 2018, men det finns insatser som har påbörjats redan tidigare.

Under satsningens första år var en fjärdedel av medlen avsatta till primärvården. Andelen har sedan minskat successivt till att vara mindre än en tiondel under 2019. Inom primärvården har 191 insatser genomförts.

Regionerna har även kunnat använda medlen från satsningen till annan vård som stärker kvinnors hälsa och 211 insatser har genomförts inom öppen och sluten specialistvård som inte har med graviditet eller förlossning att göra. Det är omkring 150 insatser som har berört mer än ett vårdområde.

Slutligen har det genomförts ett antal insatser som inte går att hänföra till ett specifikt vårdområde. Vi har kategoriserat dessa som övergripande och 120 insatser har förts till den kategorin. Många av de insatserna är av generell karaktär och kan handla om hur en hel region ska arbeta med ett område, till exempel hur man ska utnyttja it-systemet, utbildning i telefonbemötande, uppföljning av överenskommelserna eller ledarskapsutveckling.

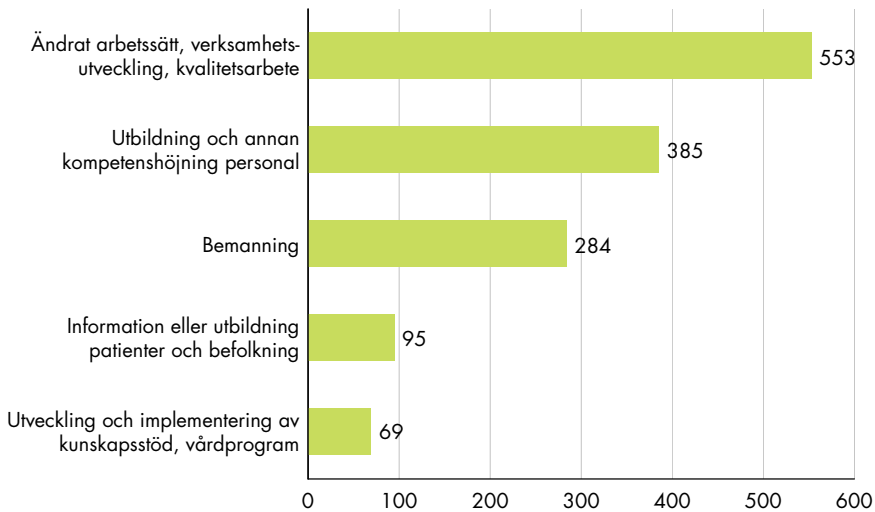
Figur 6.2. Antal påbörjade insatser per vårdområde och år.



6.3.4 Flest insatser rör verksamhetsutveckling och utbildning

Den vanligaste typen av insats är förändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete (figur 6.3). Utbildning och kompetenshöjning av personal samt bemanning är två andra stora områden, medan ett mindre antal insatser handlat om utveckling och implementering av vårdprogram, eller om information eller utbildning av patienter och befolkning. Detta mönster går igen när insatserna bryts ned på vårdområde längre fram, med mindre undantag.

Figur 6.3. Antal insatser uppdelat på typ av insats.



6.3.5 Mer än hälften av medlen har använts till bemanning

Enligt de särskilda redovisningar som regionerna har lämnat in har drygt 2,4 miljarder kronor använts till bemanningsinsatser under 2017–2019 (för 2015 och 2016 saknas uppgifter). Det motsvarar 62 procent av de totala medlen som fördelats till regionerna under dessa tre år. Andelen av medlen som använts till bemanningsinsatser varierar mellan regionerna och åren. År 2019 var variationen 15–95 procent med ett genomsnitt på 66 procent.

Vad medlen har använts till varierar. Dels har personal anställts, till exempel barnmorskor, undersköterskor, sjuksköterskor, psykologer, dietister, administrativa assistenter, kökspersonal, koordinators och projektsamordnare. Dels har regionerna använt medel till hyrläkare och tillfälliga anställningar, till exempel för erfarna specialister för att säkra en



bättre instruktion av nya specialister eller för att klara sommarbemanningen. Många regioner har använt medel till att finansiera utbildningsanställningar, det vill säga att sjuksköterskor får utbildas till barnmorska med lön under utbildningstiden. En del av medlen har också gått till att finansiera projekt av olika slag med fokus på bemanning och kompetensförsörjning, till exempel inom arbetstider och schemaläggning.

Regionerna har också redovisat vilka tjänster som tillsatts med medel från överenskommelserna. Huvuddelen av tjänsterna har tillsatts inom graviditetsvårdkedjan och neonatalvården. Enligt redovisningarna har totalt 1 716 tjänster tillsatts fram till och med 2019. Det är samtidigt oklart om uppgifterna bara avser nya tjänster, och om tillfälliga tjänster kan ha räknats som att de har tillsatts mer än en gång.

Tabell 6.1. Tillsatta tjänster med medel från överenskommelserna 2017–2019.

	Förlossnings- och mödravård	Neonatal- vård	Annan specialistvård	Primärvård	Totalt antal
Barnmorskor	475	2	22	22	521
Sjuksköterskor	161	152	43	8	364
Undersköterskor	323	127	19	2	471
Obstetiker	11	-	1	-	12
Läkare	55	15	8	6	84
Gynekologer	17	-	3	-	20
Administrativ personal	80	6	17	3	106
Annan personal	80	9	25	24	138
Totalt	1 202	311	138	65	1 716

Region Jönköping, Stockholm och Gävleborg har inte redovisat några tillsatta tjänster.

6.4 UPPFÖLJNINGEN VARIERAR MEN DET FINNS EN SAMSTÄMMIG BILD AV ÖVERGRIPANDE EFFEKTER

Regionernas uppföljning och beskrivning av insatsernas effekter ser olika ut. Men i våra intervjuer är deras övergripande bedömning av satsningens effekter förhållandevis samstämmig: snabbare kvalitetsutveckling, mer systematiskt förbättringsarbete och stärkt kompetensförsörjning.

6.4.1 Regionernas uppföljning av effekterna ser olika ut

I både våra intervjuer med företrädare för professionsorganisationer och med regioner lyfts vikten av att satsa på uppföljning av de insatser som har genomförts och på att återföra förvärvade kunskaper över regiongränserna. Samtidigt ser regionernas uppföljning av satsningen och av insatserna olika ut.

I våra intervjuer med kontaktpersonerna framkommer att några regioner inte kommer att följa upp satsningen mer än i den årliga redovisning som sker till SKR och Vårdanalys. Någon region har ännu inte bestämt om man ska utvärdera insatserna, och andra har bestämt att de ska följa upp men vet ännu inte hur. Två tredjedelar av regionerna kommer att följa upp satsningen på en mer övergripande nivå, till exempel mot uppsatta utvecklingsmål, och redovisa för styrgrupp, regionledning eller den politiska nivån. En region kommer att genomföra en extern utvärdering av arbetet med satsningen.

I flera regioner följs enskilda insatser och projekt upp av verksamheterna och kontaktpersonens grupperingar. Två regioner har haft följeforskare för någon insats. I Västernorrland följs projektet ”Barnmorska hela vägen”, som grundar sig i case load-modellen, med en för den födande känd barnmorska med under förlossningen. I Stockholm följer Karolinska institutet ett motsvarande projekt, ”Min barnmorska”, och ett projekt med kulturtolksdoulor som erbjuder stöd inför, under och efter förlossningen till kvinnor och familjer som är nya i Sverige eller inte kan kommunicera bra på svenska.

Vi har vi också frågat efter effekter av insatserna i regionernas redovisning av insatser. Det varierar stort hur utförligt man redovisar effekterna och hur grundligt man har gått tillväga för att mäta dem. Sammantaget gör den stora bredden och mängden insatser, och den stora variationen i hur regionerna har mätt och redovisat effekterna, att det inte går att beskriva effekter av insatserna utifrån regionernas redovisningar.

För ungefär en fjärdedel av insatserna har regionerna inte angett någon effekt, eller har inte kunnat mäta effekter. Men då ingår insatser som befinner sig i en så pass tidig fas att de inte har kunnat utvärderas vid tiden för redovisningen. Även insatser där det kan vara mindre angeläget att utvärdera effekter ingår, som insatser som har handlat om att stärka bemanningen. För ungefär ytterligare en fjärdedel av insatserna har regionerna använt sig av någon form av kvantitativ mätning av effekterna, som till exempel uppgifter från kvalitetsregister eller någon typ av enkät. Det kan röra sig om undersökningar där medarbetare, patienter eller deltagare i olika slags aktiviteter tillfrågas om sina erfarenheter. I ungefär lika många fall har



man använt en mer kvalitativt inriktad mätning. Det rör sig till exempel om dialoger och samtal med berörda parter samt interna observationer och bedömningar. Bara i ett fåtal fall finns ett tydligt patientperspektiv i uppföljningen av insatserna.

6.4.2 Regionerna ser effekter på kvalitetsutveckling, mjuka interna värden och kompetensförsörjning på sikt

I intervjuer bedömer regionerna själva att satsningen har bidragit till en ökad takt i kvalitetsutvecklingen, ett mer strukturerat förändringsarbete och ökad samverkan, samt en förbättrad bemanning, hantering av pågående generationsväxling och möjlighet att investera för framtida kompetensförsörjning.

Kompetensutveckling upplevs ha bidragit till ökad kvalitetsutveckling

I många regioner har medarbetarna stärkt sin kompetens inom olika områden, bland annat genom kurser och utbildningar. I våra intervjuer beskriver regionerna hur de hade behövt genomföra kompetenshöjande insatser även utan satsningen, men att satsningen har möjliggjort större och fler insatser, och på så vis bidragit till en ökad takt i kvalitetsutvecklingen. När det gäller specifika områden så framhålls bland annat arbetsätt och kompetens om endometriosis, bristningar och psykisk ohälsa.

I intervjuerna beskriver regionerna också flera projekt som inte hade startat utan satsningen, där några exempel är kulturdoulor och förebyggande arbete kopplat till levnadsvanor. När det gäller långsiktiga effekter av den typen av projekt går åsikterna isär. Några menar att satsningen har lett till en stärkt kompetens som kommer att finnas kvar även efteråt, medan andra tror att dessa projekt kommer att upphöra när man inte längre har en projektledare som håller aktiviteterna aktuella. Några specifika områden där vissa intervjupersoner är mer tveksamma till långsiktiga effekter är arbetet med övervikt och fetma för att förebygga riskgraviditeter samt amnings- och preventivmedelsrådgivning och annan eftervård.

Någon konstaterar också att insatserna till väldigt liten del handlat om digitalisering och om kontinuitet i förlossningsvården. Flera lyfter fram att insatserna generellt inte i tillräcklig utsträckning kommit utsatta målgrupper till del.

Mer strukturerat förändringsarbete och förbättrad samverkan

Utöver en ökad takt i kvalitetsutvecklingen är det flera som beskriver att satsningen på ett positivt sätt har påverkat det interna arbetet. Många kontaktpersoner beskriver att man har fått goda rutiner och ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för förändringsarbete och verksamhetsutveckling, och att det är något som man kommer att ha med sig in i framtiden även efter satsningen.

En annan effekt som flera intervjupersoner lyfter fram är att satsningen har fått olika enheter inom samma region att träffas, vilket kanske inte hade hänt annars. Satsningen har på så vis lett till bättre kommunikation och samverkan mellan olika verksamheter, vilket i sin tur har bidragit till en samsyn och mer likartade arbetssätt.

Det är också flera som nämner att man har fått en bättre vårdkedja. Genom det gemensamma arbetet med satsningen har man brutit upp stuprör som funnits mellan olika professioner, olika verksamheter och olika delar av vårdkedjan.

Förbättrade förutsättningar att hantera kompetensförsörjningen

Det tredje område som många lyfter fram är kompetensförsörjningen. Satsningen har inneburit ett stort stöd i många regioner. Flera regioner uppger att bemanningen har förstärkts. Men framför allt har satsningen gett möjlighet att göra vissa investeringar för framtiden snabbare och att hantera pågående generationsväxling. Det handlar bland annat om att finansiera utbildningsbidrag och utbildningstjänster till barnmorska och barnsjuksköterska, men också om möjligheten att senior och junior personal går dubbelt.

I flera regioner berättar man att man har infört olika sätt att förbättra kunskapsöverföringen och att ge nya barnmorskor en tillräckligt bra introduktion, bland annat arbetar man med mentorskap. Det förbättrade stödet för nyutbildade barnmorskor är något man har sett bidrar till att behålla ny personal. I regioner där man har valt att inte rekrytera för medel från satsningen upplever man att effekterna är mindre.





Regionernas insatser och utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan

I det här kapitlet redogör vi för de insatser regionerna har genomfört och för vår uppföljning av utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan, det vill säga vården för graviditet, förlossning och eftervård. Vi konstaterar följande:

- De flesta av regionernas insatser har varit generella, och avsett arbetsätt och organisering. Andra vanliga områden har varit insatser för att undvika skador hos mamman och barnet, och andra medicinska insatser för att förbättra kvinnornas hälsa i samband med graviditet och förlossning.
- Det finns vissa tecken på en säkrare vård med färre vårdskador, där andelen kvinnor som får allvarliga bristningar har minskat. Men samtidigt har andelen barn med låga Apgar-poäng ökat, och antalet dödfödda barn och akuta återinskrivningar av mödrar är oförändrade.
- Flera indikatorer pekar på en positiv utveckling för en kunskapsbaserad graviditetsvårdkedja.
- Tillgängligheten utvecklas olika, där fler kvinnor kommer på eftervårdsbesök men färre deltar i föräldrastöd.
- Trots en positiv utveckling på riksnivå för flera indikatorer, så kvarstår många skillnader mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor.



7.1 UTVECKLINGSOMRÅDEN INOM GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

I vår delrapport beskrev vi läge och utmaningar inom graviditetsvårdkedjan, och konstaterade bland annat att bemanning, regionala skillnader och personcentrering var utvecklingsområden.

7.1.1 Fler förlossningar och riskgrupper, kortare vårdtider, bemanningsproblem och regionala skillnader

I vår delrapport konstaterade vi att tillgången på utbildad personal är en utmaning både för mödravården och för förlossningsvården. Det gäller framför allt barnmorskor, men även andra yrkesgrupper som gynekologer och barnläkare. Vi konstaterade också att antalet barnmorskor inte har ökat i takt med antalet förlossningar under perioden 2000–2015. Dessutom har riskgrupperna i vården vid graviditet och förlossning blivit fler – det är vanligare med äldre förstföderskor, fler kvinnor som föder barn har fetma, fler gravida och födande är utrikes födda och assisterad befruktning är vanligare (Vårdanalys 2018c).

Samtidigt som riskgrupperna har ökat, har medelvårdtiden inom förlossningsvården minskat. Sedan 1990 har vårdtiden efter förlossning mer än halverats. Under 2016 var medelvårdtiden på sjukhus 1,8 dygn efter vaginal förlossning och 2,9 dygn efter kejsarsnitt, jämfört med 4 respektive 6,5 dygn 1990 (Vårdanalys 2018c). Kortare vårdtider kan ha både för- och nackdelar. Teoretiska fördelar med tidig hemgång (inom 48 timmar efter förlossningen) inkluderar bland annat emotionellt välbefinnande och fysiskt välmående för mamma och barn samt potentiellt mer kostnadseffektiv användning av resurser, medan nackdelar kan vara negativ inverkan på amning, brister i vård och hälsa för barnet och brist på vila för mamman (Rynéus 2012). Det finns studier som pekar på att tidig hemgång inte är förenat med negativa konsekvenser, men olika studier visar delvis olika resultat (Socialstyrelsen 2001). Enligt Socialstyrelsen kan kortare vårdtider tillsammans med högt belastad personal göra att det inte finns utrymme att erbjuda en anpassad och säker vård efter förlossningen. Det kan till exempel bli svårare att hinna upptäcka psykisk ohälsa före hemgång (Socialstyrelsen 2017a).

I vår delrapport konstaterade vi också att det finns flera regionala skillnader i den vård som ges och i vårdens resultat. Det gäller exempelvis andelen kejsarsnitt och allvarliga bristningar, liksom andelen förlossningar som sätts igång på medicinsk väg (induceras) och andelen kvinnor som får ryggbedövning (epidural) vid vaginal förlossning. I vår fördjupningsrapport analyserade vi de regionala skillnaderna närmare, och kunde konstatera att

vårdtraditioner, arbetssätt, styrning och rutiner skiljer sig mellan regioner och kliniker. Även organisation och resurser varierar. En orsak till variationen är att det saknas nationell styrning av förlossningsvården (Vårdanalys 2019b).

7.1.2 Personcentrering är ytterligare ett utvecklingsområde

Våra intervjuer och tidigare kartläggningar visar också att det finns utmaningar när det gäller bemötande, kommunikation och delaktighet. Problem i bemötande kan handla om språkliga och kommunikativa problem, attityder och om brist på kunskap. Exempel på utmaningar som framgår av tidigare rapporter och våra intervjuer är bemötande vid komplikationer efter förlossning, bemötande av personer från icke-normativa grupper samt bemötande av utrikesfödda och icke-svensktalande.

Delaktighet i beslut om den egna hälsan och behandlingen är central inom graviditetsvården, precis som i annan vård. Skillnaden mellan graviditetsvården och många andra delar av vården är att patienterna (här: kvinnorna) oftast inte är sjuka. Enligt flera av våra intervjupersoner gör det att många kvinnor kan och önskar vara mer delaktiga i beslut om deras vård i samband med graviditet och förlossning, exempelvis smärtlindring, värkstimulering och förlossningssätt. En utmaning är också att det saknas tillräcklig kunskap om vad som är en bra graviditetsvård och hur vården fungerar ur ett patientperspektiv. De kvalitetsregister som finns liksom den graviditetsenkät som planeras (se avsnitt 5.2.2) är en del i att förbättra denna kunskapsbas.

7.2 REGIONERNAS INSATSER INOM GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

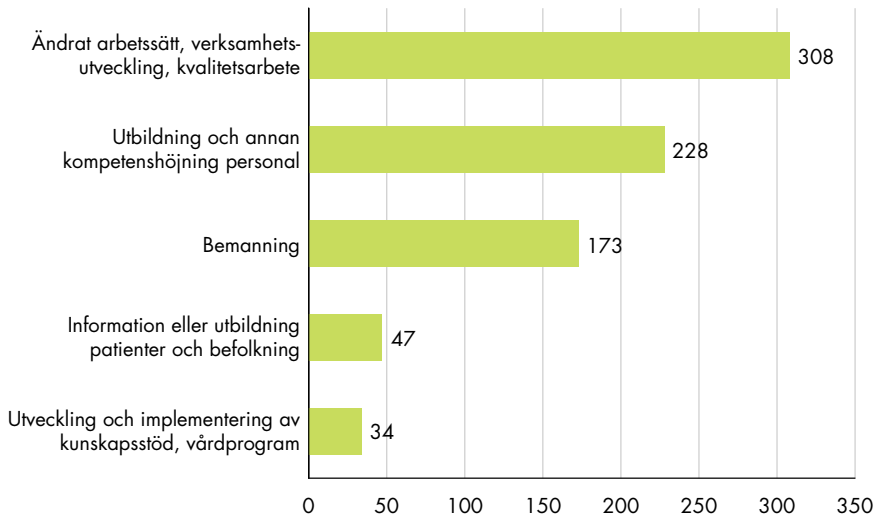
Av de totalt 1 138 insatser som regionerna har genomfört under perioden 2015–2019 berör 636 insatser graviditetsvårdkedjan.

7.2.1 Typ av insatser

Insatserna inom graviditetsvårdkedjan fördelar sig mellan olika typer av insatser på ungefär samma sätt som för alla vårdområden sammantaget. Av de 636 insatserna handlar 308 om att ändra eller införa nya arbetssätt och 228 insatser handlar om utbildning och kompetenshöjning av personalen. Det har också genomförts många insatser med inriktning mot bemanning, medan ett mindre antal insatser har handlat om information till patienter och befolkning, eller utveckling och implementering av kunskapsstöd.



Figur 7.1. Antal insatser uppdelat på typ av insats inom graviditetsvårdkedjan.



Under 2019 har regionerna förlagts med särskilda redovisningskrav, varav ett handlar om hur de arbetat för att utveckla eller ta till sig av de kunskapsstöd som finns inom vårdområdena graviditet, förlossning och eftervård. Samtliga regioner utom en uppger att de har arbetat för att utveckla eller ta till sig av de kunskapsstöd som finns. Men det är stor variation i hur regionerna beskriver sitt arbete, och hur systematiskt och omfattande det har varit.

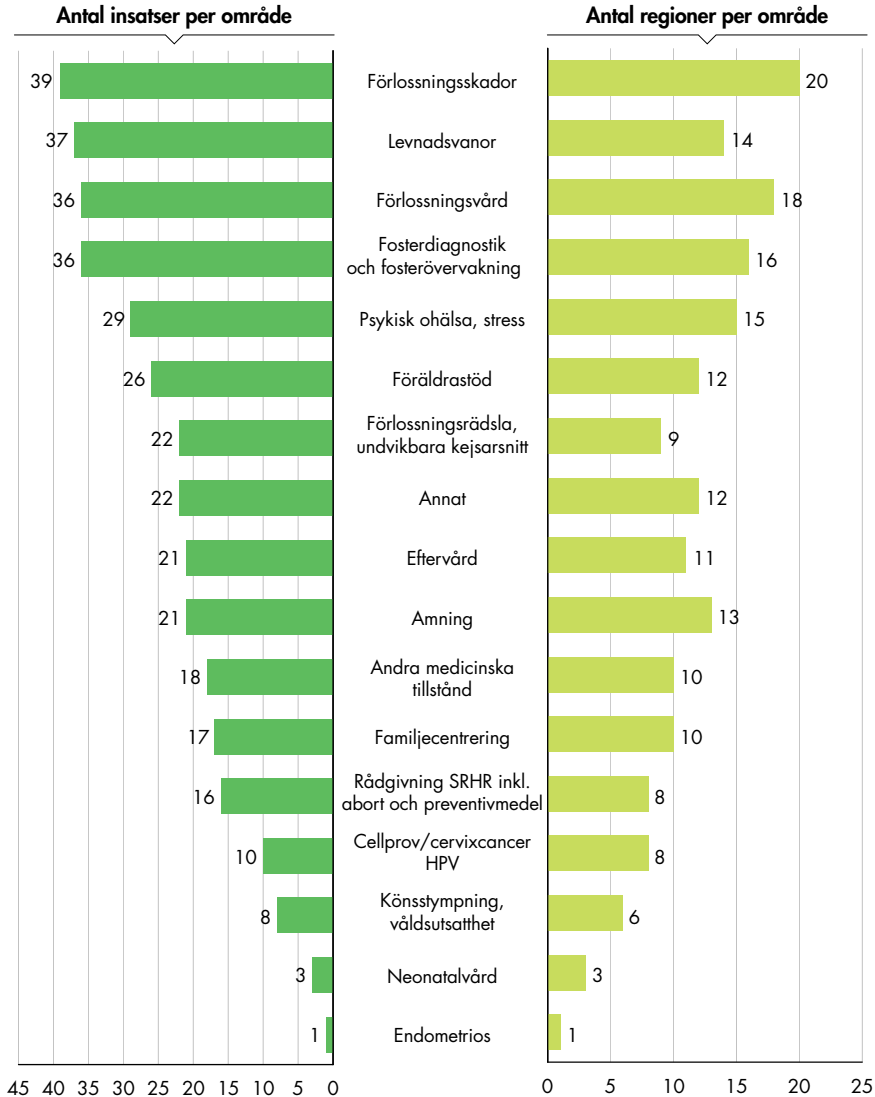
7.2.2 Insatsernas inriktning

Närmare hälften av insatserna har inte haft någon specifik inriktning, utan handlat om att utveckla vården mer generellt (274 av 636 insatser). Exempel på sådana insatser är rena bemanningsinsatser och omorganisation av delar av verksamheten. Man har också prövat nya arbetssätt, som att samordna arbete, förbättra planeringen eller ändra arbetssätt för att förbättra bemötandet eller öka personcentreringen.

Vanliga utvecklingsområden är medicinska aspekter av graviditetsvårdkedjan för att minska skador på mor och barn. Där ingår bland annat träning och utbildning av personal om akuta situationer, insatser inriktade på preeklampsi, överburenhet och igångsättning av förlossning samt smärtlindring. Insatser för att undvika skador på barnet inkluderar bland annat utbildning i ultraljud och CTG-övervakning. Nästan alla regioner har

genomfört insatser inriktade på fosterdiagnostik och fosterövervakning, förlossningsskador och generell förbättring av förlossningsvården. Andra områden där det genomförts många insatser, och av många regioner, är levnadsvanor och psykisk ohälsa (figur 7.2). Amning, föräldrastöd, eftervård och förlossningsrådslor är också jämförelsevis vanliga områden för insatser.

Figur 7.2. Antalet insatser inom graviditetsvårdkedjan per utvecklingsområde (förutom generella insatser) och antal regioner som genomfört insatser per utvecklingsområde.



Exempel på insatser inom olika utvecklingsområden

Förlossningsskador (bristningar)

Nästan alla regioner har genomfört en eller flera insatser för att minska antalet bristningar. Totalt 39 insatser inom graviditetsvårdkedjan handlar om att minska förlossningsskador hos modern. För att kvalitetssäkra det här arbetet har en fjärdedel av insatserna inkluderat någon form av uppföljning eller inrapportering av statistik, till exempel i bristningsregistret.

De flesta insatserna handlar om utbildning i att undvika, diagnosticera och suturera bristningar. Regionerna har genomfört förebyggande åtgärder i form av teoretisk utbildning och praktiska övningstillfällen. Utbildningar som särskilt lyfts fram är backenbottenutbildning.se och BLUBB (en baskurs i prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador). Ett par insatser har även inkluderat ökad närvaro vid krystning eller suturering.

För att följa upp de skador som trots allt sker har en handfull regioner arbetat med strukturerade efterkontroller, checklistor vid uppföljande gynekologiska undersökningar eller utbildningar till barnmorskor, för att bättre kunna bedöma läkningen av bristningar.

Några insatser handlar om rehabilitering och tre insatser avser rekrytering av fysioterapeuter. En handfull regioner har arbetat teambaserat med uppföljning av behandling av förlossningsskador, till exempel genom bäckenbottencentrum. Det har också genomförts insatser som handlar om kvalitetsarbete och implementering av kunskapsstöd. I något fall har man riktat information till patienterna.

Förlossningsrädsla och undvikbara kejsarsnitt

22 insatser handlar om förlossningsrädsla och kejsarsnitt som kan undvikas. De flesta insatser rör utbildning och handledning för aurorabarnmorskor och övrig personal, inklusive utbildning av instruktörer som i sin tur ska kunna utbilda blivande föräldrar i föda utan rädsla. Flera regioner har även arbetat med att ta fram nya kunskapsunderlag eller utvärdera nuvarande arbetsmetoder inom området. I en insats har ett standardverktyg för att upptäcka förlossningsrädsla i tidig graviditet provats, i en annan har man infört ett extra samtal med barnmorska under graviditeten. En region har prövat att använda *case load* (samma team av barnmorskor genom hela graviditetsvårdkedjan) som arbetsätt för att skapa större trygghet, och en annan har infört en mer strukturerad rond med tydligare fokus på hur förlossningen kan stödjas framåt för att minska antalet kejsarsnitt.

Eftervård

Det har genomförts 21 insatser i 11 regioner med inriktning på eftervård. Flera insatser handlar om tidiga kontakter med familjerna efter hemgång via telefon, videosamtal eller hembesök. Även tidigarelagda eftervårdsbesök har provats. En region har infört riskbedömning på BB för att försäkra sig om att ge rätt patient rätt vård med åtgärder kopplade till risknivå. En region har öppnat en post partum-mottagning.

Andra insatser är att ta fram informationsmaterial till nyförlösta om vart man ska vända sig vid olika typer av problem efter förlossningen. En handfull insatser har efterfrågat kvinnornas egna upplevelser och åsikter om utformningen av eftervården, genom enkäter eller intervjuer. I en av regionerna genomfördes enkäten på flera språk. I en region har man utbildat ett projektteam i tjänstedesign, för att kunna utforma eftervården efter kvinnornas behov.

(forts.)

Amning

21 insatser har genomförts för att stärka amningen. De flesta insatserna rör utbildning av personal inom olika delar av graviditetsvårdkedjan. På flera håll har amningsmottagningar startats och man har ökat antalet hembesök. Ett exempel på sådan insats är att en undersköterska har anställts så att barnmorskorna kan ge utökat amningsstöd både under hembesök och besök på mottagning. En region införde en ny amningsstrategi och en annan tog fram ett amningskörtkort.

7.2.3 Insatser för särskilda målgrupper

Utöver att vara inriktade på olika utvecklingsområden kan regionernas insatser också fokusera särskilt på olika utsatta grupper. För att belysa detta har vi analyserat hur många insatser som riktar sig mot särskilda målgrupper, närmare bestämt personer i socioekonomiskt utsatta områden, med låg utbildning eller nyanlända. Vi har identifierat 44 sådana insatser i 16 regioner, varav knappt hälften av insatserna hör till mindre specifika utvecklingsområden som "organisation/arbetsmiljö" och "annat".

Många insatser – 21 stycken – handlar om språk och kommunikation. Regionerna har i många fall översatt informationsmaterial till flera språk, eller förbättrat kommunikationen med hjälp av tolkar, haft föräldragrupper på specifika språk eller valt att anställa vårdpersonal med kompetens inom de födande kvinnornas modersmål. I vissa fall gäller översättningarna mer specifika former av information, som förlossningsvisningsfilmer för en specifik förlossningsklinik. I andra fall är informationen mer generell, till exempel informationsbroschyrer eller delar av 1177.

Förutom den rent språkliga översättningen har flera regioner även satsat på att öka vårdpersonalens kompetens i att kommunicera över kulturgränser. 5 insatser handlar om utbildning i att möta behoven hos patienter från andra kulturer. En region arbetar med att skapa ett centrum för kunskapsstyrning och förbättring av vården för invandrarkvinnor. En annan region har gjort en inventering för att förbättra stödet till kvinnor med andra språk och ytterligare en region har gjort en insats för att ta hand om traumatiserade flyktingar på ett bättre sätt.

Förutom målgrupperna nyanlända och kvinnor med andra modersmål än svenska, har 9 insatser genomförts inriktade mot grupper som beskrivs som socioekonomiskt utsatta, med särskilda behov eller med låg utbildning. De rör sig om samarbeten mellan vård och socialtjänst, patientinformation, riktade hälsofrämjande insatser och föräldrastödsgrupper. En region har även haft



utbildningsdagar för MVC om att möta socioekonomiskt utsatta grupper. Generellt sett verkar många insatser för utlandsfödda överlappa insatser för socioekonomiskt utsatta individer.

En specifik typ av insats för särskilda målgrupper som har genomförts är projekt om kulturtolkar och kulturdoulor. En doula är en icke-medicinsk stödperson som ger praktisk och emotionell assistans till kvinnan och hennes partner i samband med barnafödande. Kulturtolkar och kulturdoulor bidrar dessutom till att överbrygga språkliga och kulturella svårigheter genom kompetens från både ursprungslandet och svensk förlossningsvård, vilket förbättrar möjligheten till en jämlik vård. Sju regioner har startat den här typen av insats. Kulturtolkarna och kulturdoulorna har använts i olika grad i de olika regionerna – från ett fåtal träffar före och efter förlossningen samt stöd under barnets födelse till uppsökande verksamhet för att nå föräldrar och delta i föräldrastödsgrupper samt annan informations- och kunskapsspridning. Kulturtolkarna och kulturdoulorna har bland annat informerat om preventivmedel och cellprovskontroller och varit en del av eftervården. Förutom stöd till invandrarkvinnor har en region också erbjudit doulor till svensktalande kvinnor med behov av särskilt stöd på grund av sin svåra sociala situation.

7.3 FÖRBÄTTRINGAR FÖR FLERA KVALITETSOMRÅDEN INOM GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN

För att belysa utvecklingen inom graviditetsvårdkedjan har vi följt upp 14 indikatorer, varav de flesta är hämtade från Graviditetsregistret. Vi ser att flera indikatorer pekar på att vården blivit mer kunskapsbaserad, och att det finns vissa tecken på en säkrare vård. Däremot har tillgängligheten utvecklats olika för olika indikatorer, och många skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor kvarstår.

7.3.1 Vi har huvudsakligen använt oss av Graviditetsregistret

Vi har valt att analysera nio indikatorer ur Graviditetsregistret. För varje indikator följer vi utvecklingen på riksnivå under tidsperioden 2014–2019. Uppgifter för hela vårdkedjan (mödrahälsovård och förlossning) har bara funnits tillgängliga i registret sedan 2014, vilket begränsar våra möjligheter att följa indikatorernas utveckling under en längre tid. Eftersom satsningen inleddes 2015 är det därmed svårt att etablera en baslinje för indikatorerna innan satsningen infördes.

Utöver Graviditetsregistret har vi även använt oss av Medicinska födelseregistret (MFR), för att beskriva utvecklingen av andelen mödrar som blir akut återinskrivna på en vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen samt antalet dödfödda barn. Vi använder även statistik från Socialstyrelsen för att beskriva utvecklingen av andelen barn som ammas.

Tabell 7.1. Indikatorer som studeras för graviditetsvårdkedjan.






Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
Säker vård		
Antal dödfödda barn per 1 000 födda	Medicinska födelseregistret	2010–2018
Mödrar akut återinskrivna inom 30 dagar	Patientregistret	2014–2017
APGAR lägre än sju poäng fem minuter efter födseln	Graviditetsregistret	2014–2019
Bristningar (grad 3–4) efter instrumentell förlossning	Graviditetsregistret	2014–2019
Bristningar (grad 3–4) efter icke-instrumentell förlossning	Graviditetsregistret	2014–2019
Kunskapsbaserad vård		
Andel kvinnor som någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel kvinnor som erhållit extra stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel gravida kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol före graviditeten (AUDIT)	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel kvinnor i förlossningsgrupp Robson I-II som gjort kejsarsnitt	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel barn som ammas helt eller delvis vid sex månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2017
Andel barn som ammas helt vid sex månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2017
Andel barn som ammas helt vid fyra månaders ålder	Socialstyrelsen	2010–2017
Tillgänglig vård		
Andel kvinnor som gjort ett eftervårdsbesök	Graviditetsregistret	2014–2019
Andel kvinnor som deltagit i föräldrastöd i grupp	Graviditetsregistret	2014–2019



För samtliga indikatorer följer vi utvecklingen över tid på nationell nivå. Där det är möjligt följer vi också utvecklingen av skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor för att belysa vårdens jämlikhet. Indikatorerna i Graviditetsregistret är möjliga att dela upp efter moderns födelseland (född i Sverige, född i Europa, eller född utanför Europa) och efter moderns utbildningsnivå (grundskoleexamen, gymnasieexamen eller eftergymnasial examen). För att se hur skillnaderna mellan regioner och grupper har utvecklats över tid studerar vi om variationen har förändrats 2019 jämfört med 2014, eller 2018 jämfört med 2014. En mer utförlig beskrivning av hur vi har analyserat skillnaderna finns i bilaga 4.

I kommande figurer i kapitlet ger vi en översiktlig bild av utvecklingen för de olika indikatorerna med hjälp av pilar. Pilarnas innebörd framgår av tabell 7.2. För utvecklingen på nationell nivå har vi analyserat om förändringen över tid är statistiskt säkerställd. En statistiskt säkerställd förändring innebär att förändringen sannolikt inte är orsakad av slumpen. Men att en förändring är statistiskt säkerställd innebär inte nödvändigtvis att det är en stor förändring. Till exempel kan även mycket små förändringar bli statistiskt signifikanta om det är fråga om ett stort antal observationer.

Tabell 7.2. Förklaring till kommande figurer som beskriver indikatorernas utveckling.

Utveckling nationellt	Variation
 Värdet har ökat, önskad utveckling	
 Värdet har ökat, inte önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har ökat
 Värdet har minskat, önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har minskat
 Värdet har minskat, inte önskad utveckling	
 Värdet är oförändrat	Skillnaderna mellan regioner eller grupper är oförändrade

7.3.2 Vissa tecken på en säkrare vård med färre vårdskador

Generellt är den medicinska kvaliteten inom svensk mödranhälsovård och förlossning hög. Både mödradödligheten och barnadödligheten är låg och allvarliga skador på barn till följd av förlossningen är ovanligt (SKL 2018c,

Världsbanken 2018). För att följa utvecklingen av en säker vård inom graviditetsvårdkedjan har vi valt att titta på antalet dödfödda barn, andelen barn med låg Apgar-poäng, andelen mödrar som blir akut återinskrivna på en vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen och andelen allvarliga bristningar efter förlossning. Figur 7.3 visar utvecklingen för indikatorerna om säker vård.

Figur 7.3. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom graviditetsvårdkedjan för säker vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Regioner	Variation	
		2010	2017		Födelseland	Utbildning
Dödfödda barn (per 1 000 födda)		3,7	3,7	—	—	—
		2014	2019			
Bristningar, instrumentell förlossning		12,1 %	10 %*	⁽¹⁾	⁽¹⁾	⁽¹⁾
Bristningar, icke-instrumentell förlossning		2,9 %	2,1 %*	⁽¹⁾	⁽¹⁾	⁽¹⁾
APGAR mindre än 7 poäng 5 minuter efter födsel (fullgångna barn)		0,8 %	1,2 %*	⁽¹⁾	⁽¹⁾	⁽¹⁾
		2014	2017			
Mödrar akut återinskrivna inom 30 dagar		1,7 %	1,8 %	—	—	—

Mödrar som blivit akut återinskrivna inom 30 dagar har en mätperiod på tre år. Det innebär att antalet återinskrivningar mäts för en treårsperiod, och redovisas för det sista året i tidsperioden.

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

(1) Beräkningarna baseras på data från 2018.

Källa: Medicinska födelseregistret, Graviditetsregistret, Patientregistret, Vårdanalys bearbetning.

Antalet dödfödda barn och återinskrivningar av mödrar är oförändrat

År 2017 föddes det 3,7 döda barn per 1 000 födda. Antalet dödfödda barn per 1 000 födda har legat runt 3–4 sedan 1990. Under tidsperioden 2010–2018 var cirka 400 barn dödfödda per år. Risken för ett dödfött barn ökar med låg utbildning och om kvinnan är född i Afrika söder om Sahara eller i Mellanöstern (Socialstyrelsen 2018c).



Andelen mödrar som blir akut (oplanerat) återinskrivna på en vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen är en indikator som föreslagits av Nordiska ministerrådets arbetsgrupp för patientsäkerhet, och som redovisats i Socialstyrelsens Öppna jämförelser om säker vård (Socialstyrelsen 2017b). Om andelen mödrar som återinskrivs ökar, kan det enligt Socialstyrelsen tyda på att mödrar skrivs ut för tidigt och att vårdplaneringen brister (Socialstyrelsen 2017a). År 2016 hade 1,8 procent av mödrarna återinskrivits, en liten ökning jämfört med 2005 när andelen var 1,3 procent (Socialstyrelsen 2017b). Men under 2014–2017 har det inte skett någon större förändring (indikatorn kan ännu inte uppdateras för födselar efter 2017).

En viss ökning i andelen barn födda med låg Apgar

Poängsystemet Apgar används för att bedöma hälsotillståndet hos nyfödda barn efter födseln. I bedömningen av Apgar-poäng tar man hänsyn till hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus (muskelspänning) och reflexer. En låg Apgar-poäng är en indikation på ett sämre hälsotillstånd hos barnet. Barn som har låg Apgar-poäng fem minuter efter födseln har en högre risk för allvarliga neurologiska skador och högre dödlighet (Socialstyrelsen 2015b). Det finns flera faktorer som kan orsaka låga Apgar-poäng, som komplikationer i samband med förlossningen och påverkan av narkos eller smärtstillande hos modern.

I Graviditetsregistrets registrering av fullgångna barn har andelen nyfödda med låg Apgar (mindre än sju poäng) ökat under tidsperioden 2014–2019 från 0,8 till 1,2 procent. Möjliga förklaringar till ökningen inkluderar fler mammor med övervikt och införandet av så kallat skonsamt (långsamt) framfödande, men den kan också påverkas av variationer i bedömningen av poängskalan.

I Graviditetsregistret kan vi se att andelen fullgångna barn med under sju Apgar-poäng varierar mellan olika grupper. Det är något fler barn till utrikes födda mammor som har låg Apgar efter födseln. Det är också något vanligare att barn till mammor med enbart grundskole- eller gymnasieexamen har låg Apgar jämfört med barn vars mammor har eftergymnasial utbildning. Skillnaderna mellan både kvinnor med olika utbildningsnivå och kvinnor med olika födelseland har dock minskat mellan 2014 och 2018.

Förekomsten av allvarliga bristningar har minskat

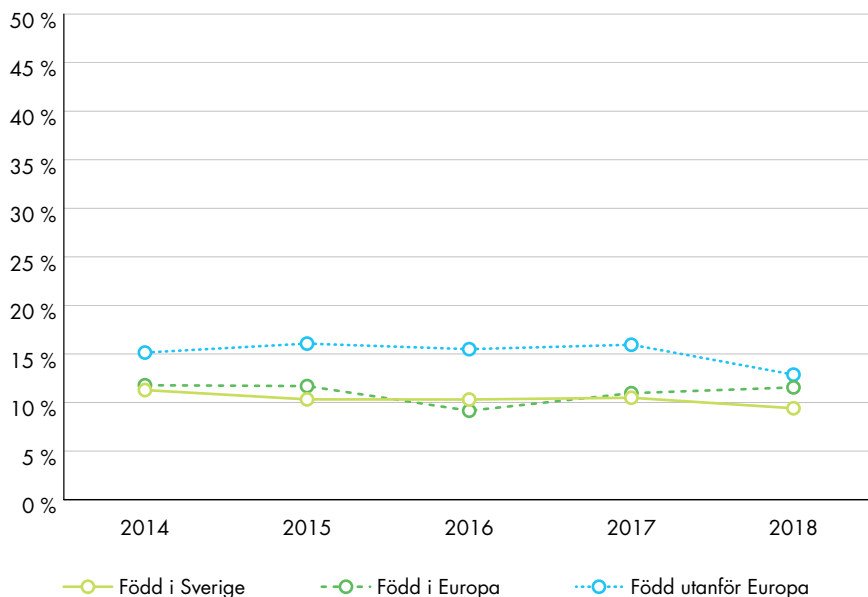
När det gäller andelen kvinnor som får allvarliga bristningar under förlossning har Sverige under lång tid haft, och har fortfarande, en högre andel än Norge, Finland och Danmark (Institutet för hälsa och välfärd 2018). De flesta kvinnor får någon form av bristning vid vaginala förlossningar. Vanligast 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 (Socialstyrelsen 2018e). Risken för allvarligare bristningar ökar vid instrumentell förlossning, det vill säga förlossning med sugklocka eller tång. Allvarliga, oupptäckta eller obehandlade bristningar kan bland annat medföra nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinensbesvär, sexuell dysfunktion och oro inför framtida förlossningar (SBU 2016b). För bristningar av grad III–IV har Graviditetsregistret satt upp målvärden på 1,5 procent för icke instrumentella förlossningar och 6,9 procent för instrumentella vaginala förlossningar. Målvärdena justeras utifrån utvecklingen inom vården och är beräknade så att de motsvarar den åttonde bästa kliniken (20:e percentilen) utifrån senast tillgängliga data. Det innebär att det är tjugo procent av klinikerna som har ett resultat som är bättre eller lika med målvärdet.

Andelen som får bristningar (grad III–IV) vid både instrumentella och icke-instrumentella förlossningar är lägre 2019 än 2014. Utvecklingen styrs av de siffror som publiceras i Medicinska födelseregistret (MFR), där andelen allvarliga bristningar har minskat sedan 2012. Men trots att den totala andelen allvarliga bristningar har minskat, visar information från Graviditetsregistret att variationen mellan regionerna är oförändrad.

Minskningen i andelen allvarliga bristningar vid instrumentell vaginal förlossning drivs delvis av att bristningar hos kvinnor födda utanför Europa har minskat sedan 2017. Men det är fortfarande vanligare att kvinnor födda utanför Europa drabbas av allvarliga bristningar vid en instrumentell vaginal förlossning än kvinnor födda i Sverige eller övriga Europa.



Figur 7.4. Andelen kvinnor med olika födelse-land som fått bristningar vid instrumentell vaginal förlossning 2014–2018.



Källa: Graviditetsregistret.

Andelen allvarliga bristningar vid icke-instrumentella vaginala förlossningar har minskat i samtliga grupper, men skillnaderna mellan grupperna kvarstår. Andelen kvinnor som har drabbats av en allvarlig bristning vid icke-instrumentella förlossningar är högst bland kvinnor födda utanför Europa och bland kvinnor med en eftergymnasial examen.

7.3.3 Positiv utveckling för en kunskapsbaserad graviditetsvårdkedja

En del av en kunskapsbaserad vård är att använda systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt (Socialstyrelsen 2009). Vi har valt att följa utvecklingen för ett antal indikatorer där det finns olika typer av riktlinjer, rekommendationer och kunskapsunderlag, för att se om vården arbetar enligt dem. Det handlar om andelen kvinnor inskrivna på mödrahälsovården som blivit tillfrågade om våldsutsatthet, fått stöd för förlossningsrädsla, behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten och screenats för riskfylld alkoholkonsumtion, samt andelen kejsarsnitt och andelen barn som ammas.

Figur 7.5. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom graviditetsvårdkedjan för kunskapsbaserad vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Regioner	Variation	
		2014	2019		Födelse-land	Utbildning
Stöd på grund av förlossningsrädsla	↑	8,2 %	10,2 %*	↑	→	→
Behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten	↑	6,6 %	8,8 %*	→	↓	↑
Tillfrågad om våldsutsatthet	↑	79,3 %	94,4 %*	↓	→	→ ⁽¹⁾
Screening alkoholvanor AUDIT	↑	72,2 %	90,6 %*	↓	→	→ ⁽¹⁾
Kejsarsnittsförlossning Robson I-II	→	14,3 %	14,3 %	→	→ ⁽¹⁾	→ ⁽¹⁾
		2010	2017			
Enbart eller delvis ammande barn vid 6 månaders ålder	↑	62,5 %	63,4 %*	—	—	—
Helamning vid fyra månader	↓	50,9 %	49,8 %*	—	—	—
Helamning vid sex månader	↑	10,6 %	12,8 %*	—	—	—

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

(1) Beräkningar baseras på data från 2018.

Källa: Graviditetsregistret, Socialstyrelsen, Vårdanalys bearbetning.

Frågor om våldsutsatthet har blivit vanligare

Mödrahälsovården rekommenderas att rutinemässigt fråga alla kvinnor om våldserfarenhet, och att varje kvinna tidigt i graviditeten ska få ett enskilt besök där frågor om våld ingår (Socialstyrelsen 2014b, SFOG m.fl. 2008). Rekommendationerna baseras på forskning som visar att rutinemässiga frågor, i synnerhet inom mödrahälsovården, ökar upptäckten av våldsutsatta.

Andelen kvinnor som tillfrågas om våldsutsatthet har ökat kontinuerligt. År 2014 hade cirka 79 procent av kvinnorna tillfrågats, och motsvarande



siffror för 2019 var 94 procent. Det är vanligast att kvinnor födda i Sverige blir tillfrågade om våldsutsatthet i mödrahälsovården, och minst vanligt att kvinnor födda utanför Europa blir tillfrågade. Men andelen kvinnor som blir tillfrågade har ökat i samtliga grupper, och skillnaderna mellan grupperna är oförändrade under 2014–2019.

Fler får stöd för förlossningsrädsla och behandling för psykisk ohälsa

Förlossningsrädsla kan delas in i två grupper, primär och sekundär. Primär förlossningsrädsla är rädsla inför en första förlossning och kan ha olika orsaker, medan sekundär förlossningsrädsla uppstår efter tidigare negativa erfarenheter av en förlossning (SFOG m.fl. 2008). Rädslan kan graderas från lätt till fobisk, där förlossningsfobi innebär att kvinnan helt undviker graviditet eller vaginal förlossning. 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 erbjuda extra stöd så tidigt som möjligt i graviditeten (SFOG 2017). Lätt till måttlig rädsla bör 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 m.fl. 2008, SFOG 2017, Socialstyrelsen m.fl. 2011). Omkring 15 procent av alla kvinnor som föder barn uppskattas ha en uttalad förlossningsrädsla, men andelen är svår att bedöma (SFOG 2017, SFOG m.fl. 2008).

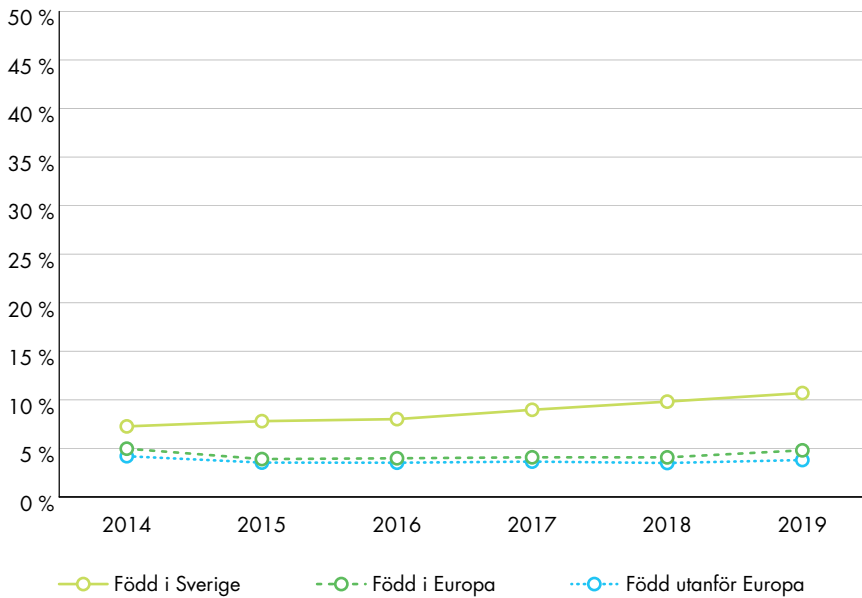
Mellan 2014 och 2019 har andelen kvinnor som fått stöd på grund av förlossningsrädsla ökat något, från cirka 8 procent till cirka 10 procent. Men trots att andelen kvinnor som fått extrastöd på grund av förlossningsrädsla har ökat oavsett födelseland eller utbildningsnivå är skillnaden mellan grupperna oförändrad. Det är högre andel kvinnor födda i Sverige som har fått extrastöd än kvinnor födda utanför Sverige, och det är vanligare bland kvinnor med eftergymnasial examen än gymnasie- eller grundskoleexamen. Men vi kan inte avgöra hur stor del av dessa skillnader som beror på skillnader i hur vanligt det är med förlossningsrädsla, och hur stor del som beror på att vissa grupper är underdiagnostiserade. I en svensk studie var förlossningsrädsla tre gånger så vanligt hos utrikesfödda kvinnor jämfört med kvinnor födda i Sverige (Ternström m.fl. 2015).

Utöver förlossningsrädsla behöver även annan psykisk ohälsa hos den gravida kvinnan uppmärksammas och behandlas. Psykisk ohälsa kan öka risken för förtidig förlossning och tillväxthämning, och påverka anknytning

och samspel med barnet (Graviditetsregistret 2016). Den indikator vi har valt att följa beskriver andelen kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten. Behandling avser i detta fall medicinsk eller psykologisk behandling, exempelvis samtalsstöd.

Andelen kvinnor som har behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten har ökat något under 2014–2019, från närmare 7 procent till knappt 9 procent. Skillnaderna mellan kvinnor med olika utbildningsnivå är små, och har också minskat under perioden. Det är vanligare att kvinnor som är födda i Sverige har behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten. Under perioden har även andelen i den gruppen ökat från cirka åtta till tio procent. Samtidigt är andelen kvinnor födda utanför Sverige som har behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten i stort sett oförändrad, vilket innebär att vi ser en ökad skillnad mellan utrikesfödda och kvinnor födda i Sverige.

Figur 7.6. Andelen kvinnor med olika födelseland som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten 2014–2019.



Källa: Graviditetsregistret.

Screening för riskfylld alkoholkonsumtion har ökat

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 2018f). Barnmorskor och läkare bör uppmärksamma alkoholkonsumtion tidigt i graviditeten, och rekommenderas använda AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) för att identifiera möjliga alkoholproblem (Socialstyrelsen 2018f, SFOG 2008). AUDIT är ett självskattningsinstrument med tio frågor om alkoholvanor som också kan genomföras som en kort strukturerad intervju.

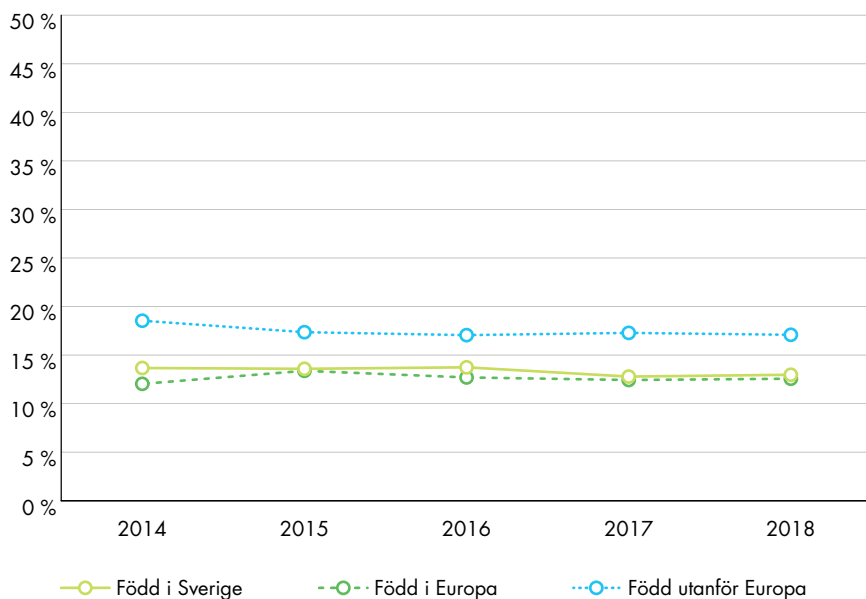
Andelen kvinnor som screenats med AUDIT har ökat totalt sett från cirka 72 procent 2014 till knappt 91 procent 2019. Skillnaderna mellan olika grupper är små och oförändrade under perioden. En del av förklaringen till att andelen som screenas har ökat kan vara det kunskapsstöd om barnmorskors samtal om levnadsvanor som Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) har tagit fram (SBF 2018).

Andelen kejsarsnitt är oförändrad

Kejsarsnitt kan delas upp i planerade och akuta. De allra flesta planerade kejsarsnitt utförs av medicinska skäl, men en mindre del genomförs på moderns önskan. En vaginal förlossning anses i de flesta fall bättre för mamman och barnet, eftersom de komplikationer som kan uppstå efter kejsarsnitt är fler och ofta allvarigare än efter en vaginal förlossning. (Socialstyrelsen m.fl. 2011). När en kvinna önskar ett kejsarsnitt som inte är medicinskt motiverat behöver flera etiska principer beaktas: 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).

Vi beskriver utvecklingen av antalet planerade och akuta kejsarsnitt i förlossningsgruppen Robson I-II. Det är förstföderskor med enkelbörd, barnet i huvudbjudning och fullgången graviditet (37 fullgångna graviditetsveckor). Att kejsarsnitten i den här förlossningsgruppen ska minska är ett av målvärdena i Graviditetsregistret (Graviditetsregistret 2018).

Under perioden 2014–2019 är andelen kejsarsnitt i förlossningsgruppen Robson I–II oförändrad. Skillnaderna kvarstår också både mellan regioner och för kvinnor med olika utbildningsnivå och födelseland. Det är vanligare med kejsarsnittsförlossningar i gruppen Robson I–II bland kvinnor födda utanför Europa än bland kvinnor födda i Sverige eller i Europa. Det är också vanligare med kejsarsnittsförlossningar bland kvinnor med enbart eftergymnasial examen än bland kvinnor med annan utbildningsbakgrund. Det är däremot mindre skillnader mellan kvinnor med olika utbildning jämfört med mellan kvinnor med olika födelseland.

Figur 7.7. Andelen kvinnor med olika födelseland i förlossningsgruppen Robson I–II som gjort kejsarsnitt 2014–2018.

Källa: Graviditetsregistret.

Amning har blivit något vanligare

Amning kan ge hälsofördelar för både mamman och barnet. Hälsoeffekterna inkluderar bland annat minskad risk för spädbarnsdöd, minskad risk för infektioner hos barnet och för bröstcancer, äggstockscancer och typ 2-diabetes hos mamman. Amning kan också vara ett skydd mot ohälsa för barnet senare i livet, till exempel övervikt och diabetes (Rikshandboken 2015).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning (SOSFS 2008:33) ska modern eller någon annan person som vårdar ett spädbarn få tydlig information om amningens fördelar jämfört med uppfödning med modersmjölksersättning. Rapporten *Tio steg som främjar amning* har tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket utifrån en rekommendation utgiven av Unicef och WHO. Där står att personalen inom mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård bör informera alla blivande mammor/föräldrar om fördelarna med att amma och hur man kommer igång med och upprätthåller amningen (Socialstyrelsen m.fl. 2014). Livsmedelsverket rekommenderar bröstmjölks eller modersmjölksersättning som enda näringskälla under barnets första sex månader (Livsmedelsverket 2019).



Andelen barn som enbart eller delvis ammas vid sex månaders ålder i Sverige har ökat något sedan 2010, och var 2017 drygt 63 procent. Vi kan också konstatera en ökning av andelen barn som helammas vid sex månaders ålder. Samtidigt kan vi se en liten minskning av andelen barn som helammas vid fyra månaders ålder. Omkring hälften av barnen helammas vid 4 månaders ålder. Efter fyra månaders ålder sker en stor minskning av andelen barn som helammas, vid sex månaders ålder är det enbart cirka 12 procent av barnen som helammas. Detta troligen som en följd av att barnet vid denna ålder börjar få smakportioner av annan kost (Socialstyrelsen 2019d).

7.3.4 Tillgängligheten till eftervård och föräldrastöd utvecklas olika

Tillgänglighet handlar bland annat om väntetider, men kan också omfatta hur lätt det är att söka och få kontakt med hälso- och sjukvården, det vill säga frånvaron av olika former av tillgänglighetsbarriärer (Socialstyrelsen 2009, Vårdanalys 2019a). Tillgänglighetsbarriärer kan vara fysiska, kostnads- mässiga, informationsmässiga, språkliga och kulturella (Levesque m.fl. 2013, Vårdanalys 2014b, Vårdanalys 2019a). För att beskriva utvecklingen av tillgänglighet inom graviditetsvårdkedjan har vi följt upp andelen kvinnor som kommer på eftervårdsbesök och som deltar i föräldrastöd.

Figur 7.8. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom graviditetsvårdkedjan för tillgänglig vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2014	2019	Regioner	Födelseland	Utbildning
Genomfört eftervårdsbesök		75,7 %	87,5 %*			⁽¹⁾
		2014	2018			
Deltagit i föräldrastöd		70,7 %	62,4 %*			

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

(1) Beräkningar baseras på data för 2018.

Källa: Graviditetsregistret, Vårdanalys bearbetning.

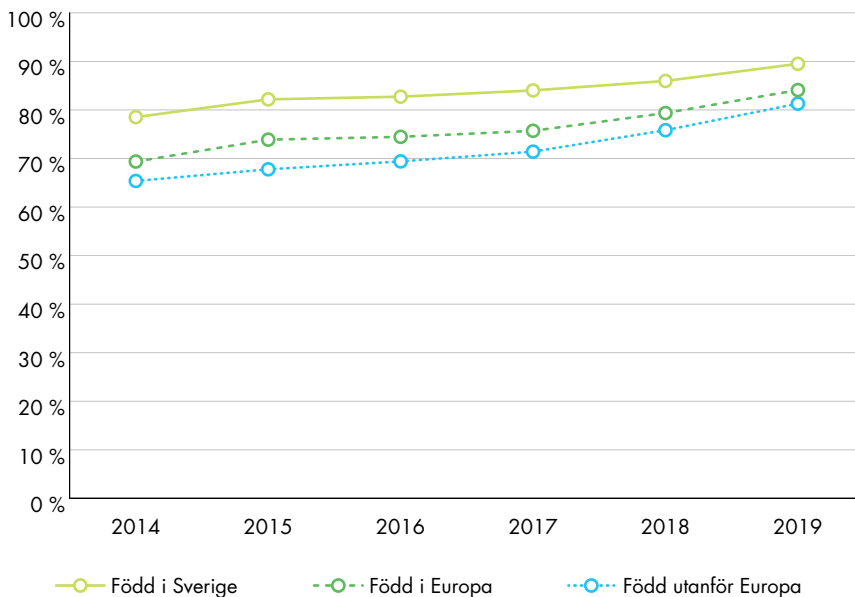
Fler kvinnor kommer på eftervårdsbesök

Kvinnor som har fött barn erbjuds vanligtvis uppföljning vid ett besök i mödrahälsovården 6–12 veckor efter förlossningen. Enligt det medicinska

basprogrammet för graviditet och eftervård bör besöket innehålla samtal om förlossningsupplevelsen, samtal om levnadsvanor, erbjudande om preventivmedelsrådgivning, gynekologisk undersökning, mätning av olika värden, amningsstöd och utvärdering av kvinnans psykiska tillstånd. Det rekommenderas att eftervårdsbesöket bokas in redan under graviditeten för att få bättre uppslutning (SFOG m.fl. 2008). Samtidigt visar Socialstyrelsens kartläggning av vård efter förlossning att det varierar både mellan och inom regioner hur och när besöket bokas, och ibland också mellan olika barnmorskor på samma mottagning (Socialstyrelsen 2017a). Att låta kvinnorna själva ansvara för att boka eftervårdsbesöket kan vara problematiskt, eftersom kvinnor med sämre förutsättningar att främja sin egen hälsa är mindre benägna att ta del av vård, samtidigt som de ofta har större behov av hjälp (SKL 2018b).

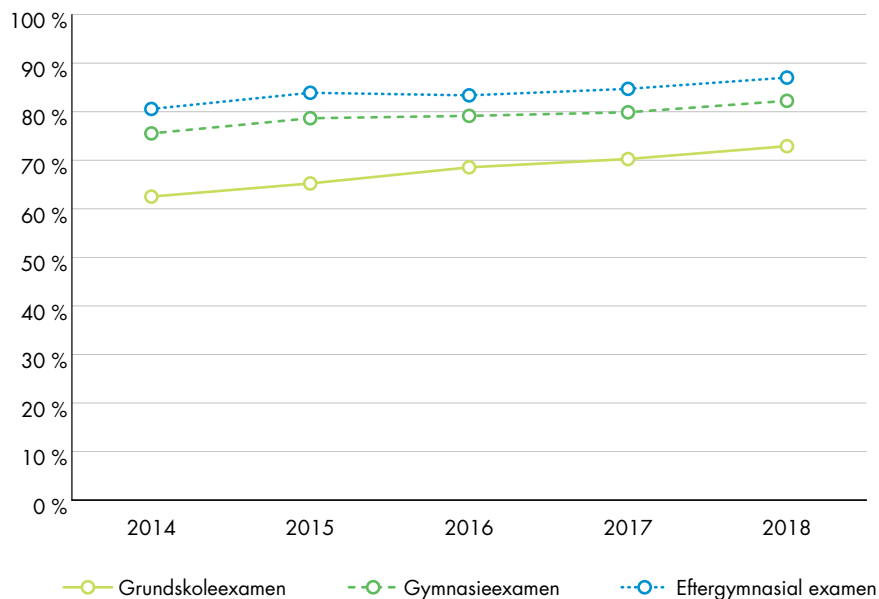
Vår uppföljning visar att det är allt fler kvinnor som går på eftervårdsbesök, men att skillnaderna mellan grupper är oförändrade. Det är vanligare att kvinnor födda i Sverige och med en eftergymnasial examen går på eftervårdsbesök efter förlossningen. Lägst andel kvinnor som går på eftervårdsbesök finns bland kvinnor födda utanför Europa och kvinnor med grundskoleexamen som högsta avslutade utbildning.

Figur 7.9. Andelen kvinnor med olika födelseland som gjort ett eftervårdsbesök 2014–2019.



Källa: Graviditetsregistret.



Figur 7.10. Andelen kvinnor med olika utbildningsnivå som gjort ett eftervårdsbesök 2014–2019.

Källa: Graviditetsregistret.

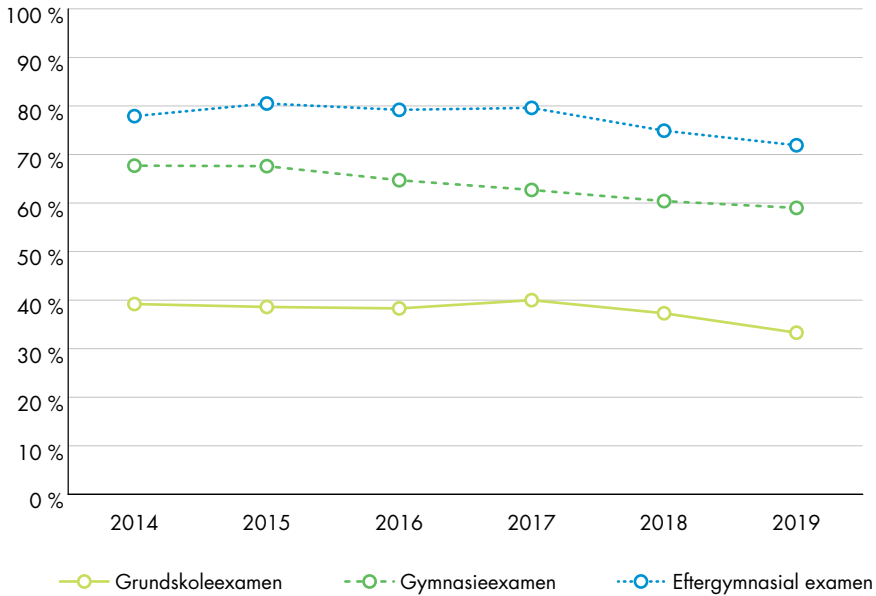
Färre deltar i föräldrastöd

Målet med föräldrastöd inom mödrahälsovården är att främja barns hälsa och utveckling, stärka föräldrarnas förmåga att möta det väntade barnet och att förbereda för förlossningen (SFOG m.fl. 2008). Teman som bör diskuteras inkluderar levnadsvanor, graviditet, förlossning, praktisk förlossningsförberedelse, det väntade och nyfödda barnet, amning och uppfostring, föräldraskap och parrelationen (SFOG m.fl. 2008). Vid en inventering genomförd 2013 identifierades flera olika former av föräldrastöd, bland annat traditionella föräldragrupper (4–7 par), storgrupper, tematräffar (öppna grupper), aulaföreläsningar, särskilda pappagrupper, riktade föräldragrupper (exempelvis unga föräldrar, föräldrar med funktionshinder eller andra språk), individuellt stöd och webbaserat föräldrastöd.

Vi har valt att studera andelen förstföderskor som har deltagit i föräldrastöd i form av en mindre sammanhållen grupp eller en tematräff. Deltagandet i föräldrastöd har minskat något på riksnivå under 2014–2019. Det är stora nivåskillnader mellan olika grupper i hur vanligt det är att delta

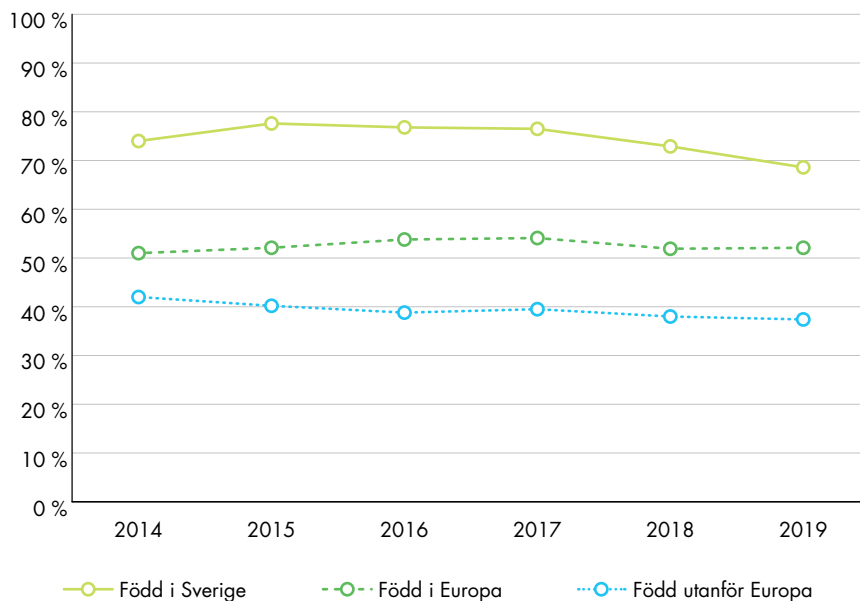
i föräldrastöd. Allra vanligast är deltagandet bland kvinnor födda i Sverige och bland kvinnor med en eftergymnasial examen. Minst vanligt är det bland kvinnor födda utanför Europa och kvinnor med grundskoleexamen som högsta avslutade utbildning. Skillnaderna mellan grupperna är oförändrade under 2014–2019.

Figur 7.11. Andel förstföderskor med olika födelseland som deltagit i föräldrastöd i mindre grupp eller tematräff 2014–2019.



Källa: Graviditetsregistret.



Figur 7.12. Andelen förstföderskor med olika utbildningsnivå som deltagit i föräldrastöd i mindre grupp eller tematräff 2014–2019.

Källa: Graviditetsregistret.

7.3.5 Trots flera förbättringar kvarstår skillnader i vården

Målet med satsningen var att främja en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik. Baserat på resultaten från indikatoranalysen verkar utvecklingen av graviditetsvårdkedjan i vissa avseenden gå åt rätt håll, framför allt ser vi en utveckling mot en mer kunskapsbaserad vård och andra förbättringar på riksnivå. Men samtidigt kvarstår skillnaderna mellan kvinnor i olika grupper.

För majoriteten av indikatorerna är variationen mellan grupperna oförändrad över tidsperioden, men för några indikatorer har den ökat, och det finns fortfarande många nivåskillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå eller födelseland. Till exempel kvarstår skillnaderna mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utanför Europa både när det gäller vilken vård kvinnorna får (till exempel extrastöd vid förlossningsrädsla, behandling för psykisk ohälsa under graviditeten, kejsarsnitt och deltagande i eftervårdsbesök och föräldrastöd), och vad vården får för resultat (bristningar). Det finns också skillnader mellan kvinnor med olika

utbildningsnivå, till exempel i extrastöd på grund av förlossningsrädsla och deltagande i eftervårdsbesök och föräldrastöd.

När det gäller regionala skillnader har spridningen mellan regionerna minskat för några indikatorer, men ökat när det gäller stöd vid förlossningsrädsla och föräldrastöd. Och även om spridningen har minskat kvarstår fortfarande stora skillnader mellan regionerna för flera indikatorer, bland annat i andelen allvarliga bristningar, deltagande i föräldrastöd, andelen kvinnor som går på eftervårdsbesök och andelen kvinnor som får extrastöd på grund av förlossningsrädsla.





Kompetensförsörjning inom graviditetsvårdkedjan

I det här kapitlet beskriver vi utvecklingen för bemanning och kompetensförsörjning med särskilt fokus på graviditetsvårdkedjan och tillgången till barnmorskor. Det innebär att vi inte ger en fullständig bild av hur kompetensförsörjningen har utvecklats inom all vård som gäller kvinnors hälsa. Vi konstaterar följande:

- Antalet barnmorskor ökade under 2000–2017, både i absoluta antal och i relation till antalet kvinnor i åldern 15–64 år, och vårt underlag tyder på att barnmorsketätheten har förstärkts något de senaste åren, mätt som ökat antal barnmorskor på sjukhusens vårdavdelningar per 1 000 födda barn. Men uppgifterna avser nationella årsgenomsnitt och speglar därför inte säsongsvariationer eller regional variation.
- Eftersom det inte finns några målvärden, är det svårt att avgöra vad som är ett lämpligt antal barnmorskor. Jämfört med de flesta andra OECD-länder och även övriga Norden har Sverige ett högt antal barnmorskor per 1 000 kvinnor, men däremot inte fler barnmorskor anställda på sjukhus i relation till antalet födda barn jämfört med övriga Norden.
- För att förbättra arbetsmiljön och attraktiviteten för förlossningsvården som arbetsplats, har regionerna bland annat stärkt bemanningen även med andra personalkategorier än barnmorskor, finansierat utbildningstjänster och infört introduktion för nya barnmorskor.
- Trots att barnmorskorna blivit fler, har den upplevda bristen på barnmorskor ökat. Fler barnmorskor har utbildats, men de uppsatta målen har inte nåtts.



- Till följd av befolkningsutvecklingen, ett ökat barnafödande och pensionsavgångar bland barnmorskor kommer det sannolikt råda fortsatt brist på barnmorskor de kommande femton åren. Behoven kommer inte fullt ut att kunna mötas av fler utbildningsplatser. Vi kommer därför också behöva nya arbetssätt utöver att fortsätta utbilda barnmorskor.

8.1 VI FÖLJER UPP NÅGRA ASPEKTER AV KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN

I överenskommelserna står att regionerna i första hand ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanningen. Det uttryckliga mål som nämns i överenskommelserna är att bemanningen ska vara sådan att ”personal med relevant kompetens finns tillgänglig för kvinnan under hela förlossningen”. Men det målet är i dag inte möjligt att följa upp. Barnmorskeförbundet och andra debattörer brukar föra fram ”en aktiv födande per barnmorska” som ett mål, men inte heller det målet kan på ett enkelt sätt följas upp utifrån tillgängliga uppgifter.

Med utgångspunkt i de olika formuleringar om kompetensförsörjning som finns i överenskommelserna (se kapitel 2) och de utmaningar som har identifierats i graviditetsvårdkedjan (se till exempel SKL 2016 och Vårdanalys 2018c) skulle också följande utvecklingstendenser kunna vara indikationer på en förbättrad bemanningssituation enligt överenskommelsernas intention:

- Fler är anställda/sysselsatta i de centrala professionerna, till exempel legitimerade barnmorskor och specialister i gynekologi och obstetrik.
- Personaltätheten inom mödrahälsovården och förlossningsvården har förstärkts.
- Arbetsmiljön har förbättrats och attraktiviteten för förlossningsvården som arbetsplats har ökat.
- Andel arbetsgivare som uppger brist på barnmorskor eller andra centrala professioner inom graviditetsvårdkedjan har minskat.
- Det har inte blivit någon försämring för något av ovanstående områden, vilket det skulle ha blivit utan överenskommelserna

För att beskriva utvecklingen över tid har vi använt de olika statistikällor som finns tillgängliga, i huvudsak statistiken om personal inom hälso- och sjukvården som tas fram av Socialstyrelsen, men även SKR:s personalstatistik

som möjliggör andra typer av analyser än den offentliga statistiken. Faktaruta 8.1 beskriver den statistik som är grunden för redovisningarna. Med utgångspunkt i dessa källor kan vi belysa antalet sysselsatta inom olika delar av vården samt antalet anställda och helårsarbetare, både i absolut och relativ mening.

Men det finns inte tillgängliga data för att ge ingående beskrivningar av utvecklingen inom alla förbättringsområden som nämns i överenskommelserna. Till exempel kan vi inte belysa attraktivitet för förlösningssvården som arbetsplats eller förbättrad arbetsmiljö med hjälp av statistik. Där har vi i stället utgått ifrån de insatser regionerna själva har redovisat i sitt arbete med överenskommelserna. Vi har också små möjligheter att studera utvecklingen inom olika delar av vårdkedjan. Till exempel kan vi inte beskriva hur bemanningen har utvecklats inom eftervården, ett område som satsningen har fokuserat på.

Ibland finns också en eftersläpning i statistiken som innebär att vi inte kan redogöra för utvecklingen under hela den tid som satsningen har pågått. Det finns inte heller några kvantifierade mål att relatera utvecklingen till. Flera av de utvecklingstendenser som kan indikera en förbättrad kompetensförsörjning ligger dessutom inte fullt ut inom regionernas kontroll, det gäller till exempel tillgången till nyutexaminerad personal. Andra externa faktorer som påverkar kompetensförsörjningen är utvecklingen av behoven, till exempel utvecklingen av barnafödandet, förändrade förväntningar och ambitioner samt befolkningsutvecklingen generellt.

8.1.1 Ingen rättvisande bild av personaltätheten som helhet

En faktor som påverkar hur vi kan följa upp utvecklingen av kompetensförsörjning är att arbetet inom graviditetsvårdkedjan, precis som i stora delar av vården generellt, bygger på multiprofessionella team där många olika yrkesgrupper har centrala roller. Stärkt bemanning kan därför uppnås genom förstärkningar i flera olika personalgrupper. Samtidigt finns inte tillgång till statistik som belyser den fullständiga bemanningssituationen, utan statistiken är begränsad till vissa yrkeskategorier.

I vår uppföljning ligger fokus på barnmorskor och specialistläkare inom obstetrik och gynekologi, inte bara för att det är centrala yrkesgrupper, utan också för att det är dessa yrkesgrupper som går att belysa med nationell statistik. Statistiken för andra yrkesgrupper, som undersköterskor, sjuksköterskor, psykologer och anestesiläkare, blir alltför generell eftersom det i den nationella statistiken inte går att urskilja vilka som arbetar på till



exempel förlossningsavdelningen. Men inte heller för barnmorskor finns det exakta uppgifter om hur många som arbetar med förlossningar som kan följas över tid för hela riket. För att kunna bedöma barnmorsketätheten har vi snävat in barnmorskegruppen så gott vi kan med hjälp av offentlig statistik och relaterat den till antal födda barn respektive år.

För att ge en rättvisande bild av personaltätheten behöver vi också känna till utvecklingen av behoven. När det gäller behoven inom förlossningsvården består de i grunden av utvecklingen av antalet förlossningar. Men de påverkas också av faktorer som ambitionshöjningar, utvecklingen av antalet komplicerade förlossningar, teknikutveckling med mera. Sammantaget ger vi en förenklad bild av hur personaltätheten har utvecklats inom mödrahälsovården och förlossningsvården, och det är viktigt att tänka på att det i huvudsak är utvecklingen över tid som är intressant att studera med hjälp av dessa uppgifter, och inte exakta nivåer.

Faktaruta 8.1.

Underlag för våra analyser om kompetensförsörjning

Antal sysselsatta – barnmorskor och specialistläkare i gynekologi och obstetrik

Som sysselsatt räknas den som har utfört minst en timmes arbete under en viss mätvecka, antingen som anställd, företagare eller medhjälpare i ett familjeföretag samt den som varit tillfälligt frånvarande under mätveckan, till exempel för föräldraledighet, sjukdom eller semester. Statistiken gör det möjligt att studera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och jämförbara uppgifter finns för perioden 1995–2017. 2018 års uppgifter finns inte fördelade på yrkeskoder förrän hösten 2020.

Antalet sysselsatta i olika yrken kan redovisas på 3-siffrig branschnivå (SNI), vilket gör det möjligt att urskilja antalet sysselsatta totalt, i hälso- och sjukvården som helhet samt i öppen, slutet respektive annan hälso- och sjukvård. Källan till statistiken är Socialstyrelsen/SCB. Mätpunkten är 1 november respektive år.

Antal anställningar, sysselsatta och faktiska årsarbetare – barnmorskor enligt SKR:s personalstatistik

I den här statistiken finns uppgifter om antalet anställningar, antalet sysselsatta och antalet faktiska årsarbetare per yrkesgrupp och olika arbetsidentifikationskoder, vilket gör det möjligt att urskilja barnmorskor som arbetar med mottagning/rådgivning och barnmorskor som arbetar på vårdavdelning.

Sysselsatta utgörs här av summan av antalet anställningar för månadsavlönad personal och antalet timavlönade. Helt lediga ingår inte. Antalet årsarbetare räknas fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade. Årsarbetare anger hur många anställda man skulle ha haft om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summerades till heltidsanställningar.

(forts.)

För timavlönade beräknas årsarbetarsiffran utifrån antalet arbetade timmar månaden före mätmånaden dividerad med 165, som är en schablon för heltidssysselsättning för en månad.

Statistiken inkluderar verksamheter som drivs av regioner samt vissa regionägda och personalägda bolag, men inte privata verksamheter. Mätpunkten är 1 november respektive år.

Antalet inskrivna kvinnor per heltidsbarnmorska i mödrahälsovården

Uppgifter finns för 2015–2019 i det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret.

Fördjupande rapporter och analyser

Ytterligare rapporter och analyser om kompetensförsörjning i graviditetsvårdkedjan samt tillgång och efterfrågan på vissa yrkesgrupper från till exempel SKR, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

8.2 FLER SPECIALISTLÄKARE OCH BARNMORSKOR

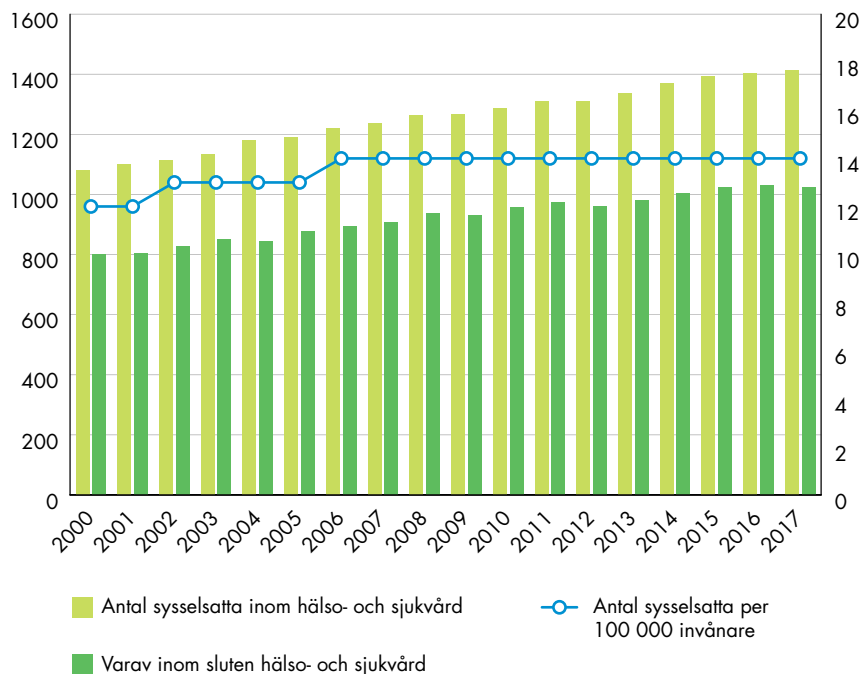
Både antalet specialister inom obstetrik och gynekologi och antalet barnmorskor har blivit fler över en längre tid, både i absolut mening och i relation till befolkningen. Utvecklingen för barnmorskor ser dock inte likadan ut i alla delar av vården. Antalet barnmorskor inom slutna hälso- och sjukvård har inte ökat i samma takt som antalet inom öppna och annan hälso- och sjukvård. För att det ökade antalet barnmorskor ska komma patienterna till del bör ökningen antingen märkas i form av ökad personaltäthet och mer tid för patienterna, eller i form av fler vårdplatser. Vi ser att antalet vårdplatser inte har ökat, däremot har barnmorsketätheten förbättrats något på sjukhus under senare år.

8.2.1 Fler sysselsatta specialistläkare

Drygt 1 400 specialister i gynekologi och obstetrik var sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2017, varav 72 procent var sysselsatta inom slutna sjukvård.

Antalet specialister i obstetrik och gynekologi har ökat över en längre tid (figur 8.1). Under de senaste åren har ökningen varit i nivå med befolkningsutvecklingen. Antalet sysselsatta läkare per 100 000 kvinnor 15 år och äldre har därför legat still på samma nivå.



Figur 8.1. Specialister i obstetrik och gynekologi 2000–2017. Antal i hälso- och sjukvården totalt, antal i sluten sjukvård och antal per 100 000 invånare

Källa: Socialstyrelsen och SCB, beräkningar av Vårdanalys

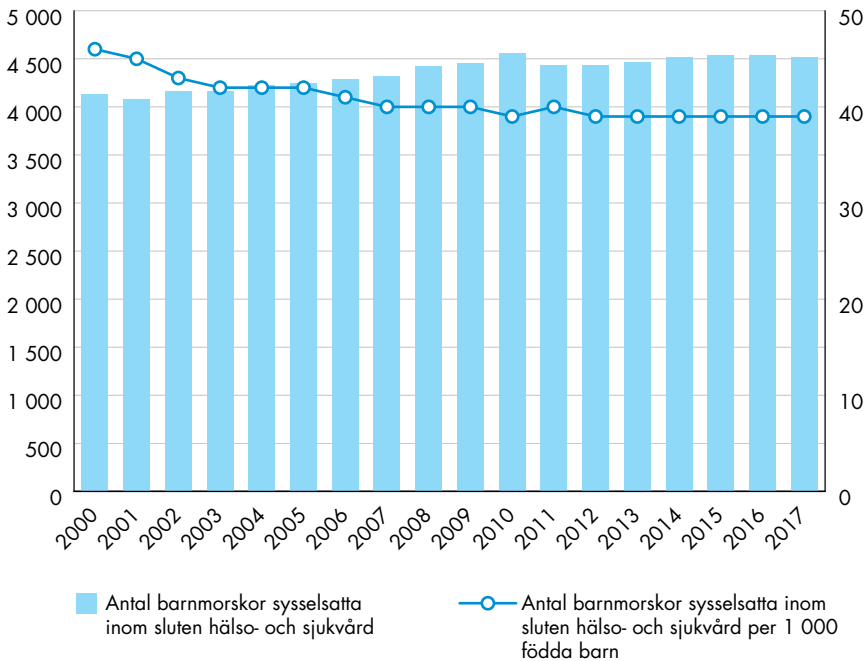
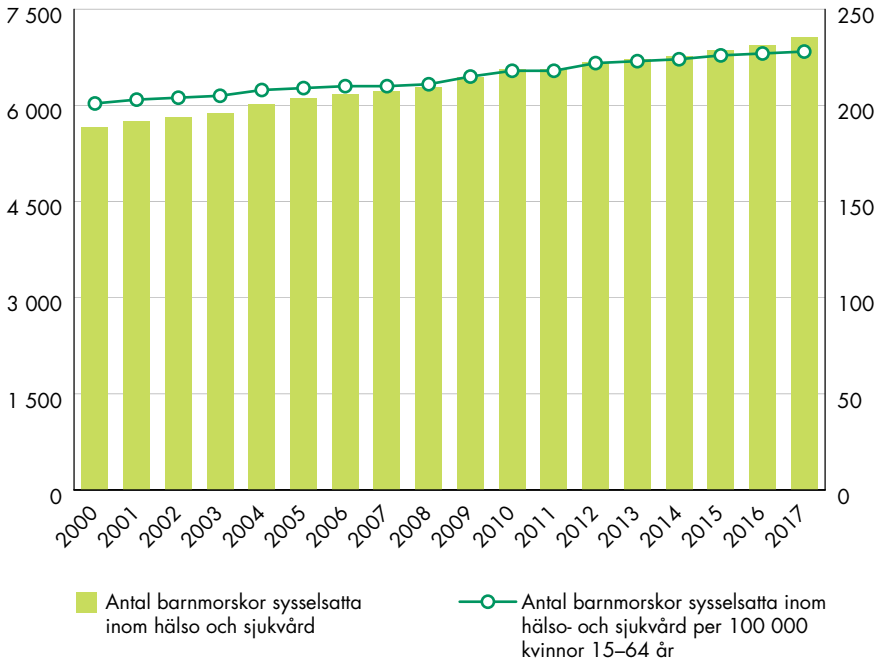
8.2.2 Antalet sysselsatta barnmorskor har ökat

Antalet barnmorskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården har ökat över en längre tid, både i absolut mening och i relation till befolkningen. År 2017 fanns drygt 8 400 legitimerade barnmorskor i Sverige, varav omkring 90 procent var sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Andelen har legat på den nivån under hela 2000-talet. Fortsättningsvis redovisas därför bara antalet barnmorskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård.

Figur 8.2 visar utvecklingen av antalet sysselsatta barnmorskor. Sedan 2014 har antalet ökat med cirka 5 procent. Ökningen är del av en långsiktig trend, där antalet har ökat med 25 procent sedan 2000. Antalet barnmorskor har ökat även i relation till befolkningen. Vi ser att antalet sysselsatta barnmorskor per kvinna i åldern 15–64 år har ökat. Sedan början av 2000-talet har antalet ökat med 13 procent, och mellan 2014 och 2017 med 2 procent. På grund av eftersläpning i statistiken kan vi inte redovisa dessa uppgifter senare än 2017.

Figur 8.2 visar också utvecklingen av antalet barnmorskor som är sysselsatta inom sluten hälso- och sjukvård. År 2017 var andelen ungefär

Figur 8.2. Antal barnmorskor sysselsatta inom hälso- och sjukvård, varav sluten hälso- och sjukvård 2000–2017, samt antal per 100 000 kvinnor i åldern 15–64 år respektive antal i sluten hälso- och sjukvård per 1 000 födda barn.



Källa: Socialstyrelsen och SCB, beräkningar av Vårdanalys



60 procent. Antalet sysselsatta barnmorskor inom slutna hälso- och sjukvård har inte ökat i samma takt som det totala antalet barnmorskor. I relation till antalet födda barn har antalet sysselsatta barnmorskor inom slutna hälso- och sjukvård minskat sedan början på 2000-talet, för att därefter ligga still på ungefär samma nivå under 2007–2017.

8.2.3 Fler barnmorskor på vårdavdelningar i relation till födda barn

Figur 8.3 visar utvecklingen av antalet anställda barnmorskor omräknat till heltidstjänster på sjukhusens vårdavdelningar i Sverige enligt SKR:s personalstatistik. Till skillnad från den tidigare redovisade statistiken möjliggör SKR:s personalstatistik analyser fram till och med 2019. Den beskriver också faktiska årsarbetare, till skillnad från antalet sysselsatta som inte visar i vilken omfattning de olika anställda arbetar. Vårdavdelning är det närmaste vi kommer nationell statistik om antalet barnmorskor som arbetar med förlossningar. Notera att barnmorskor på andra vårdavdelningar än förlossningsavdelningen också ingår i statistiken.

Antalet barnmorskor som arbetar på sjukhusens vårdavdelningar har ökat sedan 2008, från drygt 3 500 till drygt 4 100. Ökningen har fortsatt under den tid som satsningen pågått, men framstår i ett längre tidsperspektiv som en del av en långsiktig trend.

I genomsnitt arbetade barnmorskorna 2019 ungefär 80 procent av heltid. Deltidsarbetet och andelen frånvarande är konstanta under perioden, och därför har antalet årsarbetare utvecklats enligt samma mönster som antalet anställda.

Omräknat till årsarbetare uppgick antalet barnmorskor på sjukhusens vårdavdelningar 2019 till omkring 2 984, en ökning med cirka 7 procent sedan 2015 och 18 procent sedan 2008.

Figur 8.3 visar också utvecklingen av antalet årsarbetare per 1 000 födda barn. Sedan 2016 har antalet barnmorskor per 1 000 födda barn ökat med cirka 8 procent från 24,2 till 26,1 år 2019 enligt SKR:s personalstatistik.

Figur 8.3. Barnmorskor på vårdavdelningar 2008–2019. Antal sysselsatta, antal faktiska årsarbetare och antal årsarbetare per 1 000 födda barn.

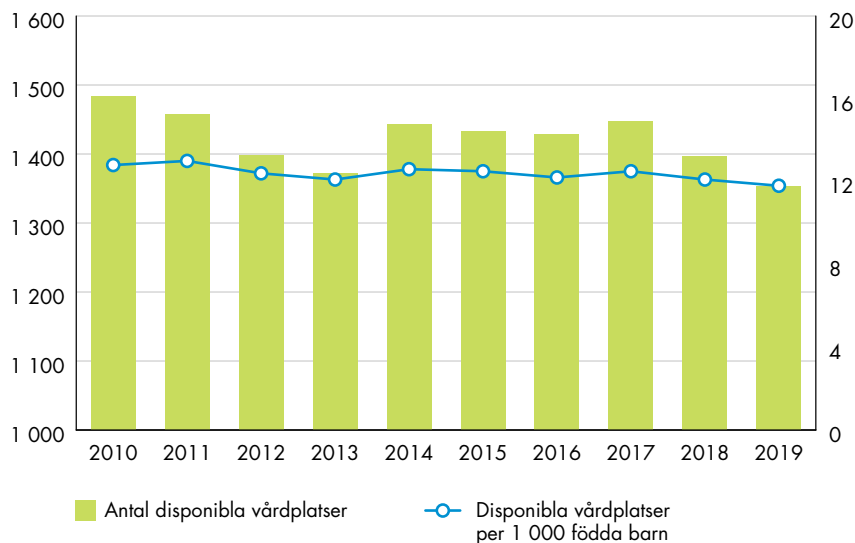


Källa: SKR, personalstatistik. Inkluderar verksamheter som drivs av regioner samt vissa regionägda och personalägda bolag, men inte privata verksamheter. Antal faktiska årsarbetare visar hur många anställda man skulle ha haft om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summerades till heltidsanställningar. Antal levande födda barn enligt SCB.

8.2.4 Vårdplatserna har inte blivit fler

Antalet disponibla vårdplatser för förlossningar har inte ökat under satsningen, varken i absolut mening eller i relation till antalet födda barn. En disponibel vårdplats är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Antalet vårdplatser avspeglar alltså inte bara bemanningssituationen inom förlossningsvården, men påverkar möjligheten att bereda plats på förlossningen för födande kvinnor och är därför viktig ur ett patientperspektiv. Mellan 2015 och 2019 har antalet disponibla vårdplatser per 1 000 födda barn minskat från 12,5 till 11,8 i riket som helhet.

Figur 8.4. Disponibla vårdplatser för förlösning, totalt antal och antal per 1 000 födda barn 2010–2019.

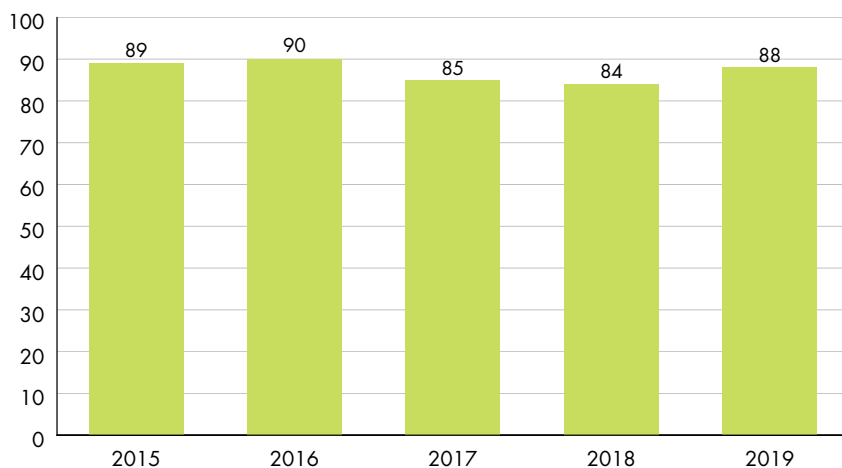


Källa: SKR och SCB, bearbetat av Vårdanalys

8.2.5 Varierande antal inskrivna kvinnor per heltidsbarnmorska i mödrhälsovården

Det genomsnittliga antalet gravida kvinnor per heltidsbarnmorsketjänst inom mödrhälsovården har varierat mellan 84 och 89 sedan 2015. Under 2017 och 2018 minskade antalet till 85 respektive 84, för att sedan stiga till 88 under 2019. SFOG och Svenska barnmorskeförbundet rekommenderar ett maxantal på 80 inskrivna gravida per heltidsbarnmorska och år (SFOG m.fl. 2008).

Figur 8.5. Antal gravida kvinnor inskrivna per heltidsbarnmorsketjänst inom mödrhälsovården.



Utöver kontroller i samband med graviditet utför barnmorskor inom mödrahälsovården även andra uppgifter, till exempel preventivmedelsrådgivning och cellprovtagning. År 2018 var det genomsnittliga antalet preventivmedelsbesök per heltidsbarnmorska 320 enligt Graviditetsregistret, men uppgiften är osäker bland annat eftersom skillnaderna mellan regionerna är mycket stora.

8.3 SAKNAS NATIONELLA MÅL FÖR BARNMORSKETÄTHET

Det finns inga målnivåer för antalet barnmorskor per capita och därmed finns det inte något mål att jämföra utvecklingen mot, men vi kan se att Sverige har många barnmorskor per invånare jämfört med andra länder. Den jämförelsevis höga barnmorsketätheten kan ha många förklaringar, till exempel en hög ambitionsnivå inom sexuell och reproduktiv hälsa och en tradition av att barnmorskor har en central roll i det arbetet. Antalet barnmorskor på sjukhus i relation till antalet födda barn i Sverige är inte större än i andra nordiska länder.

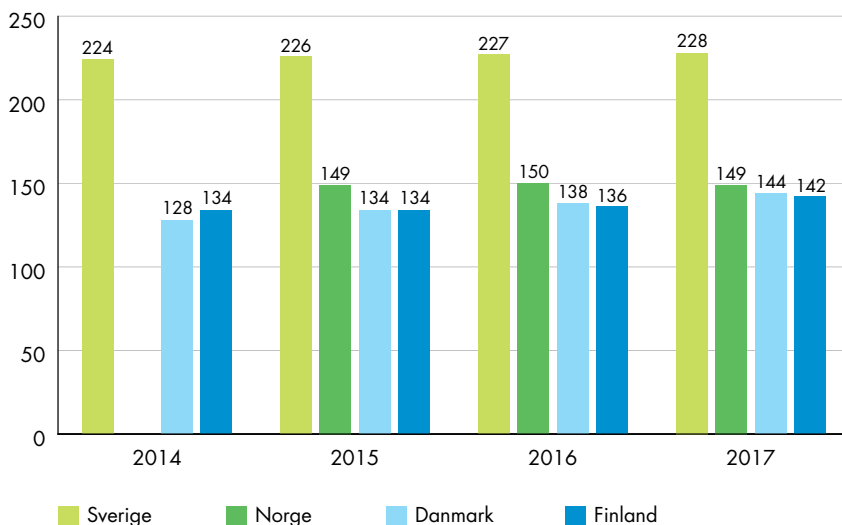
8.3.1 Fler barnmorskor i relation till antal kvinnor jämfört med andra länder

Ett sätt att bedöma tillgången på barnmorskor är att jämföra med andra länder. I sådana jämförelser framstår Sverige som ett land med hög barnmorsketäthet. Enligt statistik från OECD är Sverige ett av de länder i OECD som har flest barnmorskor per capita (2016 är det senaste året det finns uppgifter för ett större antal länder). De enda länder med högre barnmorsketäthet än Sverige var Island och Australien (OECD statistikdatabas 2020).

Figur 8.6 visar antalet sysselsatta barnmorskor i Sverige, Norge, Danmark och Finland relaterat till antalet kvinnor i åldern 15–64 år. Vi kan se att Sverige sticker ut med ett högt antal barnmorskor per 100 000 kvinnor. Skillnaderna speglar sannolikt hur stor bredd av arbetsuppgifter barnmorskor har i de olika länderna. Det finns till exempel skillnader mellan länderna i vilken utsträckning barnmorskor utöver graviditeter och förlossningar också arbetar på ungdomsmottagningar, med preventivmedelsrådgivning, abortvård och livmoderhalscancerscreening. Det finns också skillnader i vilka professioner som ansvarar för vård och uppföljning under graviditeten. I Danmark och Finland görs till exempel fler besök under graviditeten hos sjuksköterskor och läkare.



Figur 8.6. Antal barnmorskor per 100 000 kvinnor i åldern 15–64 år i Sverige, Norge, Danmark och Finland 2014–2017.



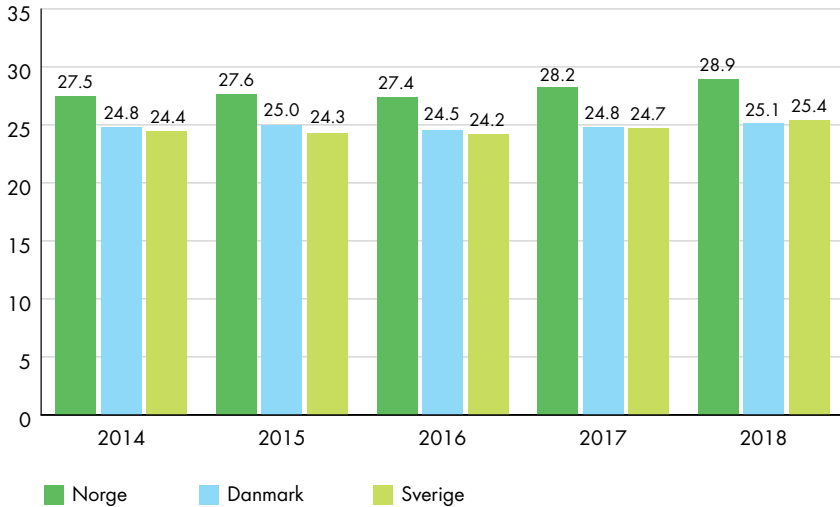
Källor: NAV (Norge), Sundhedsstyrelsen (Danmark), Socialstyrelsen (Sverige), Statistikcentralen (Finland) och Nordiska statistikdatabasen för befolkningsuppgifter. Vissa mindre skillnader finns i arbetsmarknadsstatistiken som ligger till grund för jämförelsen. I Sverige och Finland avses sysselsatta, i Norge antalet anställda enligt en liknande definition som det svenska sysselsättningsbegreppet och i Danmark avses antalet i arbetsstyrkan. Skillnaden i definitioner bedöms inte kunna förklara skillnaderna mellan Sverige och de övriga länderna, men mindre skillnader bör tolkas med försiktighet.

8.3.2 Inte fler barnmorskor på sjukhus i relation till födda barn

Vi har också sammanställt antalet heltidsbarnmorskor på sjukhus per 1 000 födda barn i Sverige, Norge och Danmark (figur 8.7). På grund av skillnader i förlossningsvårdens organisation är uppgifterna inte exakt jämförbara, men de ger en indikation på hur personaltätheten i Sverige står sig jämfört med liknande länder.

När vi jämför Sverige och de övriga nordiska länderna när det gäller just barnmorskor på sjukhus i relation till antalet födda barn ser vi inte längre den stora skillnad mellan länderna som vi såg när vi jämförde antalet sysselsatta barnmorskor per kvinna i åldern 15–64 år (figur 8.6).

Det tyder på att den relativt höga svenska barnmorsketätheten främst beror på ett större antal barnmorskor som arbetar inom öppenvården. Men för att kunna dra säkra slutsatser behövs en fördjupad analys.

Figur 8.7. Heltidsbarnmorskor på sjukhus per 1 000 levande födda.

Källor: NAV (Norge), Sundhedsstyrelsen (Danmark), SKR (Sverige) och Nordic statistics database. Beräknat av Vård- och omsorgsanalys.

8.4 ARBETSMILJÖ OCH YRKETS ATTRAKTIVITET

För att få fler att söka sig till barnmorskeyrket och locka utbildade barnmorskor att arbeta i förlossningsvården krävs det en god arbetsmiljö. Regionerna har genomfört olika insatser för att förbättra arbetsmiljön och öka yrkets attraktivitet. För att mäta effekten av insatserna har de använt olika metoder, som enkäter och samtal med medarbetare, uppföljningar på arbetsplatsträffar samt uppföljning av sjukfrånvarostatistik. Vi har dock inte haft tillgång till resultatet av dessa undersökningar. Det är därför svårt att tydligt identifiera vilka effekter satsningen har haft på arbetsmiljön i förlossningsvården. De insatser som regionerna har genomfört inkluderar ökad bemanning, generella arbetsmiljöförbättringar, introduktionsprogram, ändrade arbetssätt och schemaläggningar.

8.4.1 En tillräckligt hög bemanning är det viktigaste

Bland det viktigaste för arbetsmiljön och attraktiviteten hos förlossningen som arbetsplats är just kompetensförsörjning och en tillräckligt hög bemanning, enligt vad regionerna själva framhåller i sin redovisning.

Regionerna har strävat efter att minska stressen som en eventuell underbemanning innebär genom att öka bemanningen via bland annat



utbildningstjänster och andra utbildningsbidrag. De har också strävat efter att avlasta vårdpersonalen genom uppgiftsväxling och fler vårdnära tjänster. Ett dussintal insatser har involverat förstärkningar med den här typen av personal, som administrativa assistenter, koordinatörer, servicevårdar och inköp av städservice.

Några av regionernas insatser har också handlat om mer generella arbetsmiljöförbättringar. Det inkluderar research och utbildningsprocesser för en god arbetsmiljö inklusive kunskapsinhämtning från medarbetare, fokusgrupper eller externa konsulter, förbättringar i den fysiska arbetsmiljön, ändrade chefsstrukturer och i ett fall boende för barnmorskor med lång resväg.

8.4.2 Introduktionsprogram, ändrade arbetssätt och schemaändringar ska öka trygghet och trivsel

Generationsväxlingen som pågår inom förlossningsvården innebär en utmaning för arbetsmiljön, och trygghet framhålls också av flera regioner som en viktig faktor för att behålla barnmorskor inom förlossningsvården. Därför har 13 regioner gjort någon typ av insats om introduktionsprogram för ny personal, handledning eller mentorskap för att överföra kompetens och öka trygghet i yrkesrollen.

Ändrade arbetssätt har provats i åtta regioner. Det rör sig om rotation mellan ansvarsområden – till exempel att barnmorskor växlar mellan arbete på BB- och förlossningsavdelningen, förstärkning med undersköterskor för att stötta barnmorskorna eller teambaserade arbetssätt. Parvård har införts på en del kliniker, vilket är ett arbetssätt där en barnmorska och en undersköterska som par hanterar en eller två födande samtidigt. Fyra regioner har arbetat med att ta fram karriärs- och utvecklingsvägar för olika personalgrupper. Tillsammans med rotation mellan mödrahälsovård, gynekologisk vård och förlossningsvård skulle det kunna leda till en större flexibilitet i hur man tar tillvara personalresurserna.

Sex regioner har genomfört insatser om arbetstider och schemaläggning. För att förbättra bemanningen på sårbara arbetspass har regionerna även använt sig av lönestrukturen. Totalt har ett dussin insatser med finansiella incitament genomförts. Det rör sig om generella lönesatningar eller högre ersättningar som är inriktade på kompetenslyft, obekvämt arbetstid, för att behålla de mest erfarna barnmorskorna eller för att förbättra bemanningen under sommarmånaderna.

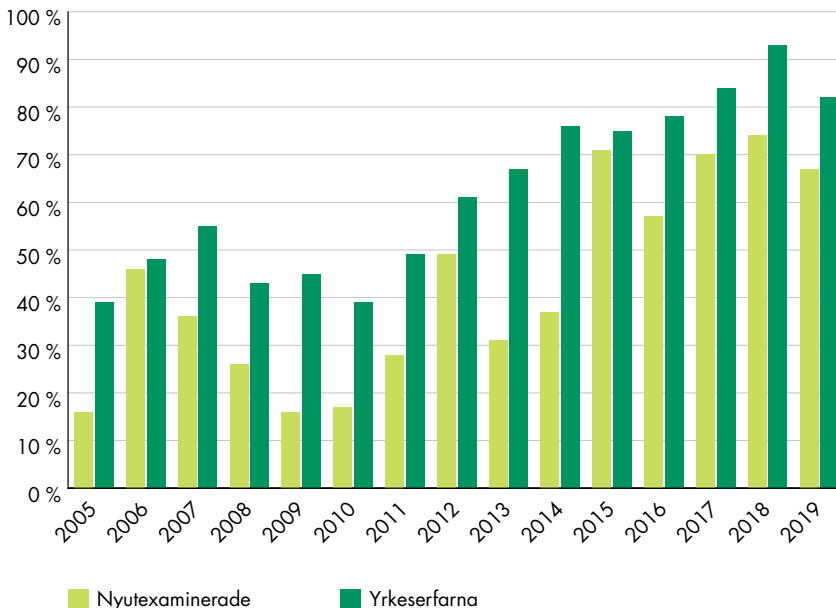
8.5 ÖKAD BRIST PÅ BARNMORSKOR TROTS FLER UTBILDADE

Samtidigt som antalet barnmorskor har ökat, så har också andelen arbetsgivare som uppger att det är brist på barnmorskor ökat. Fler barnmorskor har utbildats, men antalet platser har inte ökat enligt uppsatta mål och det finns risk för fortsatt brist framöver.

8.5.1 Andelen arbetsgivare som uppger brist på barnmorskor har ökat

År 2019 uppgav 82 procent av alla arbetsgivare att det råder brist på yrkeserfarna barnmorskor och 67 procent att det råder brist på nyutexaminerade. Bristen var något mindre 2019 än 2018 (figur 8.8).

Figur 8.8. Andel arbetsgivare som svarar att det är brist på barnmorskor.



Källa: SCB Arbetskraftsbarometern.

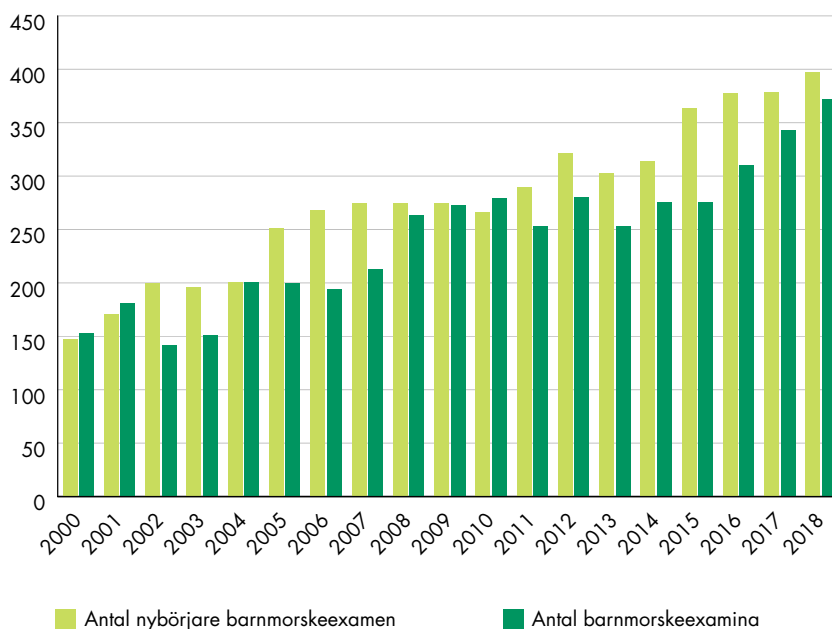
8.5.2 Barnmorskeutbildningen har byggts ut men målen har inte nåtts

Utbildningen till barnmorska är populär. Mellan 2008 och 2018 har söktrycket varierat mellan 2,5 och 3,7 behöriga förstahandssökande per antagen (UKÄ 2018). Examensfrekvensen, alltså i vilken utsträckning studenterna fullföljer utbildningen, är hög. 2018 var examensfrekvensen 89 procent, vilket är en av de högsta för samtliga utbildningar.



Antalet antagna och examina har ökat över en längre tid. Under 2015 inleddes en successiv utbyggnad av högskolan med avsikt att öka antalet nybörjare på flera utbildningar inom områden där det är brist på utbildade, bland annat barnmorskeutbildningen. Avsikten i budgetpropositionen 2016 var att barnmorskeutbildningen skulle byggas ut med 250 platser under 2015 och 2016. Under perioden 2014–2018 utökades antalet platser med 83 stycken, en ökning som motsvarade 26 procent (se figur 8.9). Trots att antalet platser alltså har utökats motsvarar utbyggnaden inte det mål som sattes upp. Några skäl är brist på kliniska handledare och svårighet att få till tillräckligt många platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) (kommunikation med Eva Nordlund, Barnmorskeförbundet).

Figur 8.9. Antagna till och nytexaminerade från barnmorskeutbildningen 2000–2018, totalt antal och antal per 100 000 kvinnor 15–54 år.



Källa: Universitetskanslersämbetet och SCB, beräkningar av Vårdanalys.

Enligt Universitetskanslersämbetet (UKÄ) är barnmorskor ett av de yrken där utbildningstakten inte räcker till för att möta de framtida behoven (UKÄ 2019). Trots att fler kommer att examineras än som går i pension under prognosperioden, beräknar SCB att efterfrågan kommer att öka mer än tillgången. Det finns därför risk för fortsatt brist på barnmorskeutbildade fram till 2035.

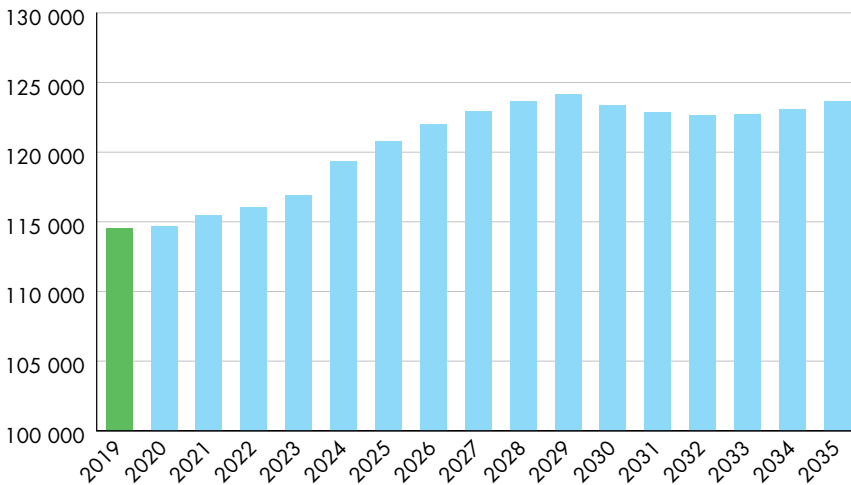
8.6 ÖKANDE BEHOV OCH FÖRVÄNTNINGAR FRAMÖVER

I likhet med stora delar av välfärdssektorn räknar man med ett ökande behov av personal inom graviditets- och förlossningsvården under de kommande åren. Samtidigt finns också ökade förväntningar på kvalitet, personaltäthet, personcentrering och valfrihet inom graviditets- och förlossningsvården.

8.6.1 Antalet födslar väntas öka de kommande åren i de flesta län

SCB prognosticerar ett ökat barnafödande de kommande åren. Prognosen för 2029 är att omkring 124 000 barn kommer att födas, vilket är cirka 10 000 fler barn än 2019. Ett ökat barnafödande förutspås i de flesta län, men i vissa är ökningen marginell eller så väntas en viss minskning av barnafödandet. Störst procentuell ökning av antalet födda väntas i Uppsala, Stockholm och Örebro län (SCB 2020).

Figur 8.10. Antal levande födda 2019 och prognos över antal födda för perioden 2020–2035.



Källa: SCB Befolkningsframskrivning juni 2020.

8.6.2 Fortsatt generationsväxling i barnmorskegruppen

Flera regioner påpekar i intervjuer att en pågående generationsväxling i barnmorskegruppen är en stor utmaning i förhållande till bemanning och kompetensförsörjning i graviditetsvårdkedjan. Mycket tyder på att utmaningen kommer fortsätta.



År 2017 var 27 procent av de sysselsatta barnmorskorna 60 år eller äldre, vilket kan jämföras med ungefär 5 procent i början på 2000-talet. I intervjuer framförs att barnmorskor med olika erfarenhet inte utan vidare kan ersätta varandra. På kliniker där det finns många oerfarna barnmorskor kan det behövas en högre bemanning för att uppnå samma kvalitet som om passet hade varit bemannat med mer erfaren personal.

8.6.3 Ambitionshöjningar är också en utmaning

Inom satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård, men även i samhällsdebatten i stort, har flera lyft fram behovet av utveckling och förbättring inom flera delar av graviditetsvårdkedjan.

Dels har många lyft fram behovet av förstärkt bemanning med målet att nå en barnmorska per aktiv födande (se till exempel SVD 2017 och Vårdförbundet 2019) och generellt ökad tillgång till personal under förlossningen (SVT 2020). Dels har många framfört ett behov av ökad kvalitet i flera aspekter, till exempel minskad andel förlossningsskador. Det kan i sin tur kräva ökad bemanning, till exempel för att två barnmorskor ska kunna närvara under utdrivningsskedet i förlossningen (Vårdanalys 2019b).

Ny forskning och medicinsk utveckling kan också medföra ett ökat resursbehov. Ett exempel är den studie som publicerades under 2019 som visade att igångsättning av förlossningar bör ske tidigare än i dag för en större andel gravida, vilket lett till förändrade rutiner på flera förlossningskliniker. (Wennerholm m.fl. 2019, SVT 2019) Fler igångsättningar medför längre vårdtider och därmed ökat behov av personal.

En utbyggnad av eftervården har också varit i fokus för debatten, och framkommer också som ett viktigt utvecklingsområde i vår uppföljning (se kapitel 9). Även en utbyggd eftervård är resurskrävande. Dessutom finns förväntningar på ökad personcentrering, valfrihet och individualisering som medför att vården kan behöva bli mer flexibel och anpassningsbar eller mer diversifierad i utbudet för att möta varierande önskemål och behov.

Ytterligare en faktor som driver behovet av utveckling är att riskgrupperna blir fler och att fler kvinnor kan bli gravida och föda barn, till exempel kvinnor med olika kroniska sjukdomar. Man kan därför tala om en ökande vårdtyngd över tid, och det mesta talar för att den utvecklingen kommer att fortsätta. Andra faktorer som bidrar till att graviditeter och förlossningar blir mer komplicerade och vårdkrävande är det ökande antalet gravida med övervikt och fetma (Socialstyrelsen 2019e).

8.6.4 Behoven kommer inte kunna mötas enbart av fler nyutexaminerade

UKÄ genomförde 2019 en fördjupad analys av bristen på barnmorskor. I rapporten konstateras att framtidens behov inte kommer att kunna mötas fullt ut av högskoleutbildade.

Enligt SCB:s prognos förväntas skillnaden mellan efterfrågan och tillgången på barnmorskor stiga till 600 nyexaminerade 2035 trots utbyggnaden av antalet utbildningsplatser som skett under de senaste åren (UKÄ 2019). För att uppfylla framtidens behov på 600 fler barnmorskor 2035, krävs att 442 barnmorskor examineras varje år under 2021–2035.

UKÄ beräknar att examinationsbehovet i kombination med en genomsnittlig examensfrekvens på 93 procent resulterar i ett årligt nybörjarbehov av barnmorskor på 475 personer under samma prognosperiod, vilket är 78 fler nybörjare per år under 2021–2035 jämfört med antalet nybörjare 2018. UKÄ konstaterar också att det är en utmaning att barnmorskeutbildningen är en påbyggnadsutbildning på avancerad nivå på sjuksköterskeexamen. Den rådande bristen på sjuksköterskor kan bromsa inflödet till barnmorskeutbildningen, vilket i sin tur kan leda till en ännu större brist.

8.7 NYA ARBETSSÄTT ÄR EN NYCKEL TILL ATT MÖTA BEHOVEN

Ökande behov och förväntningar tillsammans med en ökande brist på barnmorskor som inte kommer kunna lösas enbart genom att fler barnmorskor utbildas medför att organisatoriska förändringar och nya arbetssätt är en viktig delkomponent i kommande års utvecklingsarbete. Utifrån våra analyser framstår det som särskilt viktigt att säkerställa att både nya och erfarna barnmorskor vill arbeta inom förlossningsvården, att den befintliga barnmorskeresursen tas tillvara på bästa möjliga sätt och att dygns- och säsongsvariationer i barnafödandet kan hanteras utan att kvaliteten och tryggheten för patienterna påverkas negativt.

8.7.1 Både nya och erfarna barnmorskor måste vilja arbeta i förlossningsvården

Även om de flesta barnmorskor stannar inom hälso- och sjukvården så har det både i våra intervjuer och i samhällsdebatten framförts att det kan vara problematiskt att få barnmorskor att vilja arbeta i eller stanna kvar i



förlossningsvården. För att säkra behovet av kompetens i förlossningsvården kan det finnas skäl att se över vilka åtgärder som behövs för att det ska vara attraktivt för både nya och erfarna barnmorskor att arbeta inom förlossningsvården.

Barnmorskeförbundet har framfört en förändrad organisation av svensk förlossningsvård med större differentiering som en viktig del i att utveckla svensk förlossningsvård. Några exempel är en större möjlighet till mindre barnmorskeledda förlossningsenheter och införande av arbetssätt som case-load midwifery och Team Midwifery samt möjlighet till hemförlossningar (SBF 2019).

Det kan enligt Barnmorskeförbundet göra förlossningsvården till en mer attraktiv arbetsplats för svenska barnmorskor, något som i förlängningen kommer även patienterna till del och har potential att möta förväntningarna på ökad valfrihet och individualisering inom förlossningsvården. Andra åtgärder som har lyfts fram i intervjuer och som också är sådana som regionerna har arbetat med inom ramen för satsningen, är hälsosamma scheman för personalen, mentorskap och introduktionsprogram för nya barnmorskor samt karriärutveckling och lönestegar.

Erfarenhet av mindre barnmorskeledda enheter och en mer differentierad mödrahälsovård och förlossningsvård finns i till exempel Danmark och Norge. Vi har tidigare redovisat att dessa länder har färre sysselsatta barnmorskor per invånare än Sverige, men ändå motsvarande eller högre barnmorsketäthet inom sjukhusvården, vilket tyder på att en större andel av barnmorskegruppen i de länderna arbetar med förlossningar än i Sverige.

Det kan därför finnas skäl att fördjupa analysen av skillnader och likheter mellan de nordiska länderna för att se om det finns lärdomar att dra om förlossningsvårdens attraktivitet som arbetsplats eller organiseringen av vården och användandet av barnmorskors kompetens. Andra faktorer som kan vara viktiga att belysa är hur den administrativa bördan för barnmorskor ser ut.

8.7.2 Uppgiftsväxling och nya yrkesgrupper

I en situation där det är brist på barnmorskor är det viktigt att barnmorskor i huvudsak arbetar med uppgifter som ingen annan yrkesgrupp kan ansvara för. Den formen av renodling av en yrkesgrupps arbetsuppgifter för att ta tillvara yrkesgruppens unika kompetens kallas ofta uppgiftsväxling. Begreppet syftar ofta på överförande av uppgifter från legitimerad till olegitimerad personal, till exempel från barnmorskor till undersköterskor. Men det kan också handla

om att överföra serviceuppgifter som städning till renodlad servicepersonal eller administrativa uppgifter till vårdadministratörer (SKR 2020a). Det finns både möjligheter och risker med uppgiftsväxling, vilket innebär att det måste genomföras strategiskt och föregås av riskanalyser så att patientsäkerhet och vårdens kvalitet inte äventyras (SKR 2020b).

Utöver uppgiftsväxling kan patientgruppens utveckling med fler riskgrupper också medföra ett ökat behov av kompletterande kompetens från andra yrkesgrupper i graviditetsvårdkedjan, till exempel psykologer, dietister och fysioterapeuter.

8.7.3 Anpassning till det varierande patientflödet

Antalet förlossningar varierar både mellan dygn och mellan säsonger, flest barn föds till exempel på sommaren. Samtidigt är situationen för bemanning inom förlossningsvården ett återkommande problem. För kvinnor och deras partner som ska föda barn kan det innebära en otrygghet, och risk att inte få tillgång till kompetens eller vård av samma kvalitet som under andra delar av året. Ur ett patientperspektiv är det viktigt att vården utvecklar långsiktigt hållbara arbetssätt som gör att variationer i barnafödandet mellan säsonger och dygn kan hanteras utan att kvaliteten eller tryggheten minskar för kvinnor och deras partner.





Patienternas uppfattning om vården i samband med graviditet och förlossning

I det här kapitlet presenterar vi resultatet av de fokusgrupper och den enkätundersökning som vi har genomfört med kvinnor som är gravida eller har fött barn. Det ger en lägesbeskrivning av vad patienterna tycker är viktiga kvalitets- och förbättringsområden i graviditet- och förlossningsvården, som kan ställas mot regionernas insatser. Undersökningen visar följande:

- Kvinnornas förtroende för förlossningsvården tycks vara jämförelsevis stort, men upplevelsen av delaktighet är sämre än i andra delar av vården.
- Färre kvinnor är nöjda med eftervården än med övriga delar av graviditetsvårdkedjan.
- Kvinnorna prioriterar att vården är säker för mamma och barn högst.
- Utöver att vården är säker är det viktigt att känna sig trygg, att det finns plats på förlossningen, att enkelt kunna kontakta sin barnmorska, att kunna vårdas tillsammans med barnet om båda behöver vård efter förlossningen, att få stöd vid psykisk ohälsa och förlossningsrädsla samt att få stöd att mata barnet utifrån sina egna förutsättningar och önskemål.
- Det finns skillnader i preferenser mellan olika grupper av kvinnor. Till exempel tycker utlandsfödda kvinnor i större utsträckning att det är mycket viktigt att få föräldrautbildning (även digital föräldrautbildning), att ha personal i rummet vid förlossningen och att ha samma barnmorska vid förlossningen som på mödravården.



- Många områden med stort förbättringsutrymme gäller eftervården, bland annat vill kvinnorna få uppföljning av psykisk och fysisk återhämtning efter förlossningen, och kunna påverka antalet besök och innehållet i besöken efter förlossningen.
- Även när det gäller förbättringsutrymme finns det vissa skillnader mellan grupper av kvinnor. Till exempel är det en större andel utlandsfödda kvinnor som inte har fått uppföljning av bristningar eller erbjudits stöd vid psykisk ohälsa eller förlossningsrädsla trots att de hade velat ha eller hade behövt det.
- Många tycker det är viktigt med information om vart man kan vända sig med hälsoproblem efter förlossningen samt om risker och komplikationer. Samtidigt är det flera som inte har fått den information de behöver om detta.

9.1 SÅ TYCKER PATIENTERNA OM GRAVIDITETS- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRDEN

En viktig faktor för att kunna bedöma nyttan av de insatser som har genomförts inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa är kunskap om vad patienterna själva tycker är viktiga kvalitetsaspekter och förbättringsområden. Enligt vårt uppdrag från regeringen ska vi granska insatserna i satsningen utifrån ett patient- och medborgarperspektiv. Eftersom vi inte har haft möjlighet att granska varje enskild insats har vi i stället valt att avgränsa oss till graviditets- och förlossningsvården, och har genomfört en bredare kartläggning av vad kvinnor tycker är viktiga kvalitetsområden i vården. Kartläggningen bygger på sex fokusgrupper med kvinnor som var gravida eller hade fött barn, och en enkät som skickats till ett slumpmässigt urval på 6 000 kvinnor som har fött barn under de senaste fem åren. Resultaten ger en övergripande bild av vilka områden som är viktiga ur ett patientperspektiv, och kan relateras till de områden som regionerna har prioriterat i arbetet med satsningen. Det ger däremot ingen beskrivning av om patienternas uppfattning om vården har förändrats under den tid vi har följt upp satsningen.

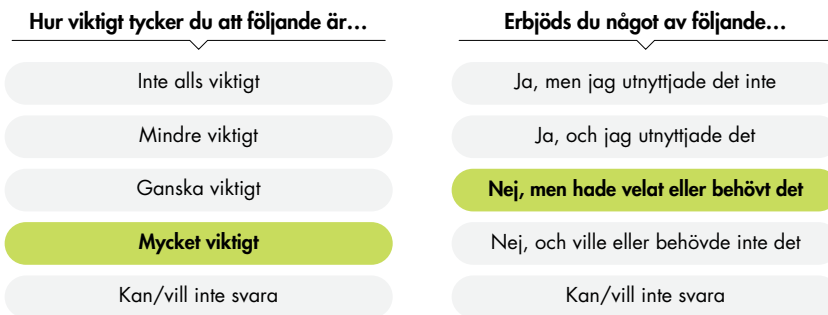
9.1.1 Vi frågar om uppfattning om och erfarenheter av vården

De frågor vi har ställt handlar framför allt om tillgänglighet och personcentrering, och inte om den medicinska kvaliteten. Frågorna belyser

de olika delarna av graviditetsvårdkedjan: mödrahälsovården, förlossningen, tiden strax efter förlossningen på BB, patienthotell eller liknande samt eftervården när man kommit hem. Det handlar dels om hur viktiga kvinnorna tycker att olika områden är, dels om vad kvinnorna har erbjudits i samband med vården vid sin senaste graviditet och förlossning. Figur 9.1 visar svarsalternativen för de olika frågorna.

I vår redovisning kommer vi främst att fokusera på det som kvinnorna tycker är mycket viktigt, och sådant som de inte erbjudits men hade velat ha eller hade behövt få.

Figur 9.1. Svarsalternativ för frågorna i vår enkät till kvinnor som fött barn.

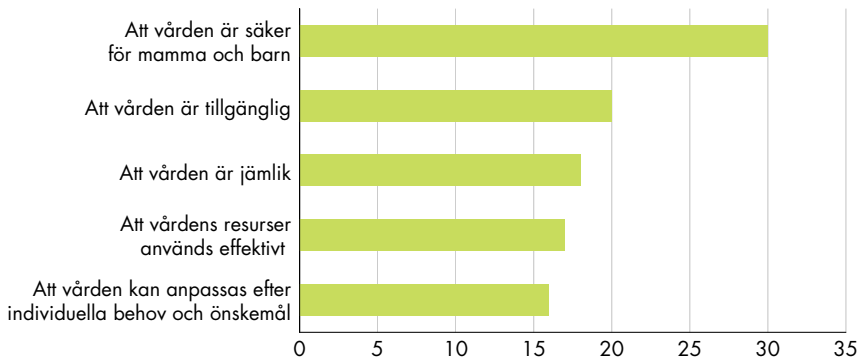


9.1.2 Prioriterar högst att vården är säker

När vi fortsättningsvis skriver om vad kvinnorna tycker är viktigt så handlar det alltså främst om olika aspekter av tillgänglighet och personcentrering, och inte om den medicinska kvaliteten. Samtidigt ser vi att den medicinska kvaliteten och säkerheten är det som kvinnorna prioriterar allra högst. Vi har bitt kvinnorna som svarat på vår enkät att fördela 100 poäng på olika övergripande kvalitetsdimensioner – personcentrering, effektivitet, jämlikhet, tillgänglighet samt en säker vård och omsorg – utifrån hur viktiga de tycker att de är. Att vården är säker för mamma och barn får i genomsnitt 30 av 100 poäng, medan övriga dimensioner får 15–20 poäng. Det är alltså flest kvinnor som tycker att det viktigaste är att vården är säker. Det är i sig inte något förvånande resultat, men viktigt att ha i åtanke när vi beskriver övriga resultat från enkäten.



Figur 9.2. Svar på frågan om hur viktiga man tycker de fem olika kvalitetsdimensionerna är, genomsnittlig fördelning av 100 poäng.



9.2 VAD ÄR VIKTIGAST I GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN?

För att beskriva vad kvinnorna tycker är viktiga kvalitetsområden i graviditets- och förlossningsvården redovisar vi hur stor andel som tycker att olika områden är mycket viktiga – dels för hela graviditetsvårdkedjan sammantaget, dels för de olika delarna av vårdkedjan separat.

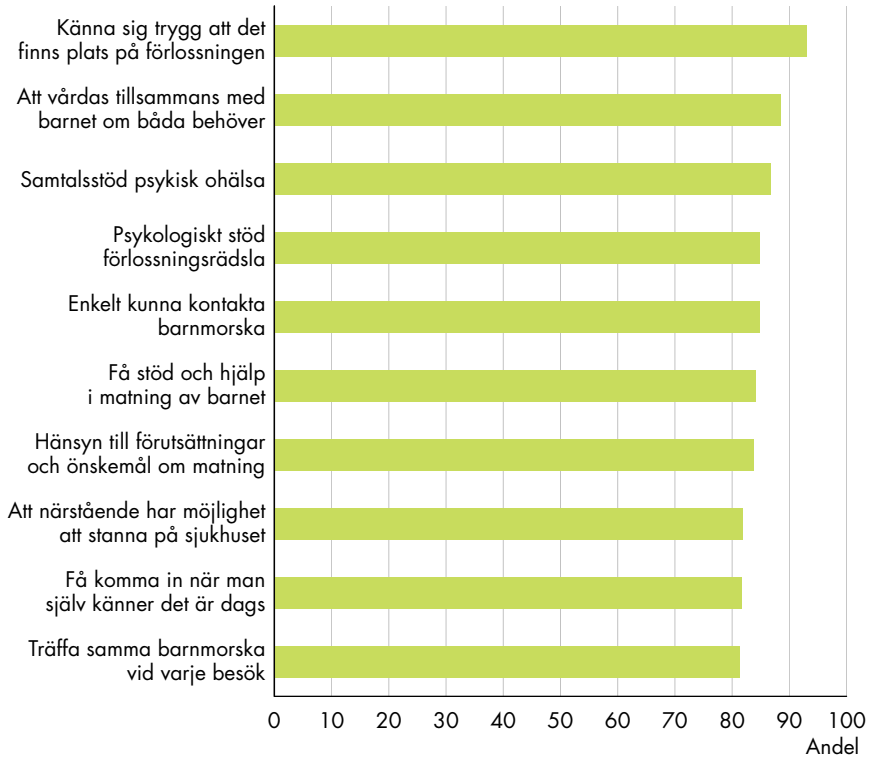
9.2.1 De tio viktigaste områdena inom hela graviditetsvårdkedjan

Vi har tittat på vilka tio områden av alla de områden vi har frågat om som flest kvinnor tycker är mycket viktiga, för alla delar av graviditetsvårdkedjan sammantaget. Allra viktigast är då att känna sig trygg att det finns en plats på förlossningen när det är dags att föda. En kvinna som svarat på enkäten uttrycker det så här:

” Vågade inte föda barn i Sverige. Jag var rädd för förlossningen och tanken på att nekas plats på förlossningen gjorde mig skräckslagen.”

Andra aspekter kopplade till tillgänglighet som många tycker är viktigt är att enkelt kunna kontakta sin barnmorska, och att få komma in till förlossningen när man själv känner att det är dags. Ytterligare områden som många tycker är viktiga är samvård (att mamma och barn kan vårdas tillsammans om båda behöver vård), stöd vid psykisk ohälsa och förlossningsrädsla samt ett personcenterat stöd att mata barnet, det vill säga med hänsyn till individens egna förutsättningar och önskemål.

Figur 9.3. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på olika påståenden om graviditetsvårdkedjan.

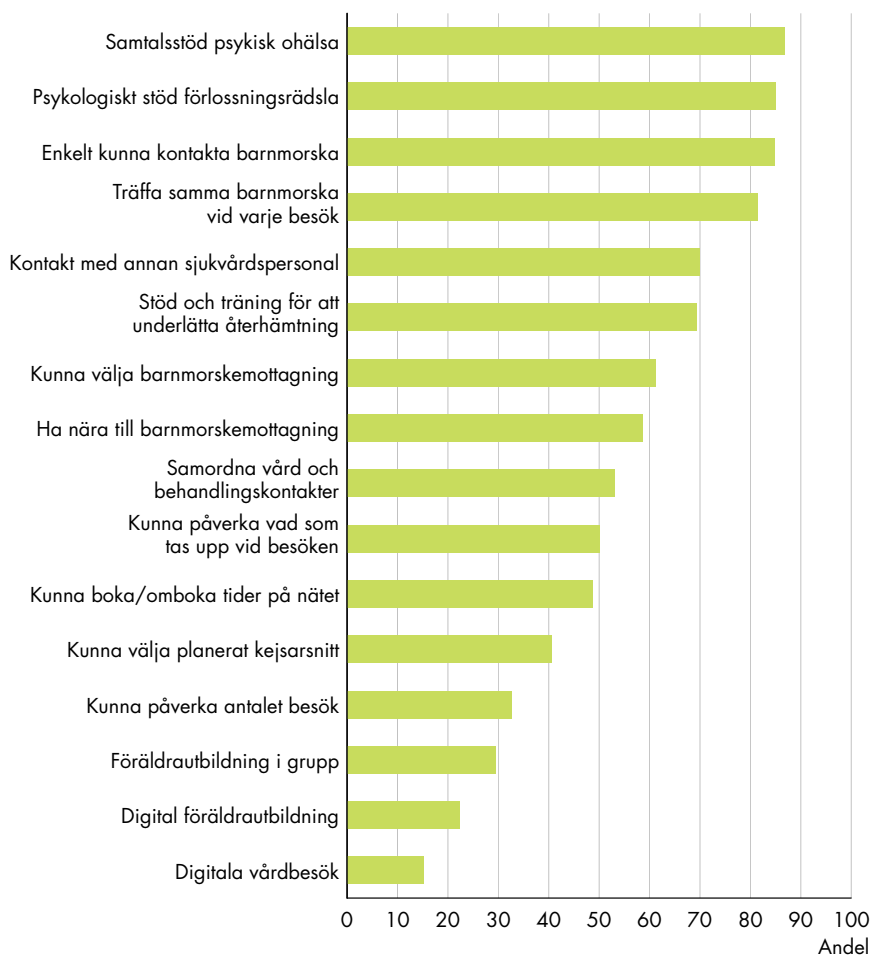


9.2.2 Stöd vid psykisk ohälsa och förlossningsrädsla är viktigt i mödravården

När vi på motsvarande sätt tittar på vad som är mycket viktigt inom mödrahälsovården ser vi att flest kvinnor tycker att det är mycket viktigt att få samtalsstöd vid psykisk ohälsa under graviditeten och psykologiskt stöd vid förlossningsrädsla. Många tycker också att det är mycket viktigt att enkelt kunna komma i kontakt med sin barnmorska mellan besöken, och att få träffa samma barnmorska vid varje besök.



Figur 9.4. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på olika påståenden om mödrahälsovården.



Stöd vid psykisk ohälsa och förlossningsrädsla

Flest kvinnor, 87 procent, tycker att det är mycket viktigt att få samtalsstöd vid psykisk ohälsa under graviditeten, och 84 procent tycker det är mycket viktigt att få psykologiskt stöd vid förlossningsrädsla. En fokusgruppsdeltagare som har erfarenhet av samtal med vårdpersonal med specialutbildning i att samtala om förlossningsrädsla (så kallade Aurora-samtal) beskriver det så här:

” Samtalen var bra, även om det är en övertalningskampanj. Jag blev lyssnad på, och det var skönt att prata med någon. Skönt att få ventilera alla mardrömsscenarier.”

Här finns det en skillnad mellan olika grupper av kvinnor, där kvinnor med lägre utbildning och kvinnor som inte är födda i Sverige i mindre utsträckning tycker att det är mycket viktigt. Skillnaden är särskilt stor mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda i andra länder. Medan omkring 90 procent av kvinnorna födda i Sverige tycker att det är mycket viktigt med stöd vid psykisk ohälsa och förlossningsrädsla är motsvarande siffra bland kvinnor födda i andra länder 70 procent.

Enkelt att komma i kontakt och kontinuitet

Många kvinnor tycker också att det är mycket viktigt att enkelt kunna komma i kontakt med sin barnmorska mellan besöken (85 procent), och att få träffa samma barnmorska vid varje besök (81 procent). En deltagare i en av våra fokusgrupper säger:

” Nummer och mejl till en specifik person är väldigt personligt och tryggt, och att kunna smsa sin barnmorska är strålande.”

En annan säger:

” Det är bra att få träffa samma barnmorska under graviditeten. Då lär de sig vad som är normalt för mig. Själv har man ju inte så mycket koll på kroppen.”

Flera av dem vi har pratat med tycker att det är långt mellan träffarna med barnmorskan i början av graviditeten, samtidigt som det är då man har mycket frågor och funderingar. Det är flera som beskriver känslor av oro, något som man helst inte vill känna som gravid. Därför tycker de att det är viktigt att enkelt komma i kontakt med sin barnmorska mellan besöken, och att kunna få svar på det man undrar över.

” En bra barnmorska är lugn och tar ens oro på allvar, och slussar vidare till annan instans om det behövs.”

Kontakt med annan sjukvårdspersonal

Omkring 70 procent tycker att det är mycket viktigt att få hjälp med kontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal (exempelvis psykolog, fysioterapeut, dietist eller läkare) vid graviditetsrelaterade behov. Ett exempel



som en av våra fokusgrupper tar upp är kontakt med läkare vid allvarligt graviditetsillamående.

Några pratar också om möjligheten att få träffa en fysioterapeut för att rådgöra om vad man kan göra för att underlätta återhämtningen efter graviditeten, till exempel genom tips och övningar för mage och underliv. I enkäten är det 70 procent som tycker att stöd och träning för att underlätta återhämtning är mycket viktigt.

Relaterat till kontakter med annan hälso- och sjukvårdspersonal är hjälp att samordna vård och behandling med andra pågående vårdkontakter. Det handlar då inte om graviditetsrelaterade besvär, utan om andra hälsoproblem eller funktionsvariationer som gör att man har kontakt med vården. Långt ifrån alla har ett sådant behov av samordning av vårdkontakter, men i vår enkät är det ändå drygt 50 procent som tycker att det är mycket viktigt. I fokusgrupperna är det flera kvinnor som efterlyser bättre samordning och samma information från olika delar av vården. Några kvinnor beskriver exempelvis hur de fått motstridiga uppgifter från olika vårdgivare om mediciner under graviditeten, och hur de själva har fått fungera som länk mellan vårdpersonal vid olika enheter.

Någon konstaterar att det är svårt att inte tillhöra normen, och att det är väldigt lite individanpassning i vården överlag.

” Jag önskar att barnmorskan kunde ha varit som ett nav i vården, och samordnat alla kontakter. Jag fick själv gå med olika papper fram och tillbaka mellan vårdgivare.”

” Man ska vara frisk för att vara sjuk – tänk om jag inte pratat svenska, haft en svårare sjukdom eller inte haft min man. Det är jobbigt att projektleda sin egen hälsa. Jag hade önskat att någon kunde ha ett slags fågelperspektiv.”

Välja planerat kejsarsnitt

En vaginal förlossning anses i de flesta fall bättre för kvinnan och för barnet på kort och på lång sikt (Socialstyrelsen m.fl. 2011), och de flesta planerade kejsarsnitten utförs av medicinska skäl. Men en mindre del genomförs på moderns önskan, till exempel på grund av uttalad svår förlossningsrädsla, tidigare övergrepp, psykisk sjukdom eller tidigare dött eller skadat barn. Hur

stor hänsyn vården ska ta till kvinnans önskan av etiska skäl i förhållande till medicinska risker är en viktig fråga (Socialstyrelsen m.fl. 2011). I våra fokusgrupper har flera kvinnor lyft fram att de vill kunna bestämma själva om de ska föda vaginalt eller med kejsarsnitt, och de efterfrågar mer neutral information om olika födelsemetoder.

” Information är bra och jag tror de flesta kvinnor kan fatta beslut om sina kroppar. Man borde kunna få chansen att bestämma själv.”

Vi har i vår tidigare fördjupningsstudie beskrivit hur andelen kejsarsnitt varierar mellan olika regioner, och att det varierar mellan kliniker hur bedömningar görs och hur stort utrymme som lämnas för kvinnans önskemål i beslutet. Några intervjupersoner i fördjupningsstudien menade att kvinnors efterfrågan på kejsarsnitt kan variera över landet, och att regionala skillnader i andelen som genomgår kejsarsnitt delvis kan förklaras av att kvinnor i olika regioner önskar kejsarsnitt i olika stor utsträckning (Vårdanalys 2018c).

I vår enkät är det sammantaget 40 procent som tycker att det är mycket viktigt att få välja ett planerat kejsarsnitt. Vi har inte kunnat jämföra enskilda kliniker eller regioner, men ser inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan de sex sjukvårdsregionerna. Andelen varierar mellan 33 och 44 procent, och är lägst i Norra sjukvårdsregionen och högst i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Bland kvinnor som har gymnasieutbildning eller kortare utbildning tycker 48 procent att det är mycket viktigt att få välja kejsarsnitt, jämfört med 33 procent bland kvinnor med en utbildning som är högre. Men inte heller skillnaderna mellan olika grupper av kvinnor är statistiskt säkerställda.

Föräldrautbildning

I våra fokusgrupper är det många som säger att de har uppskattat att gå på föräldrautbildning, och flera som gärna önskat att den börjat tidigare under graviditeten och varit än mer omfattande. I enkäten är det 30 procent som uppgett att de tycker att det är mycket viktigt att få föräldrautbildning i grupp. Andelen är däremot betydligt högre bland utlandsfödda kvinnor, där den är 41 procent jämfört med 24 procent bland kvinnor som är födda i Sverige. Det är också större andel utlandsfödda kvinnor som tycker det är viktigt att få tillgång till digital föräldrautbildning, 38 procent jämfört med 16 procent.



9.2.3 Viktigaste i förlossningsvården är att få plats

När det gäller förlossningsvården är det störst andel kvinnor som tycker det är mycket viktigt att kunna känna sig trygg med att det finns plats på förlossningen, och att man får komma in när man själv känner att det är dags. Det är också många som tycker det är mycket viktigt att ha nära till en förlossningsklinik, och att föda på ett sjukhus där det finns tillgång till specialistvård för nyfödda barn.

Figur 9.5. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på olika påståenden om förlossningsvården.



Vill ha plats på förlossningen och neonatalvård

Mer än 90 procent av kvinnorna tycker att det är mycket viktigt att kunna känna sig trygg att det finns plats på förlossningen när det är dags att föda. Och mer än 80 procent tycker att det är mycket viktigt att de får komma in när de själva känner att det är dags. I våra fokusgrupper beskriver flera en oro och rädsla att behöva åka hem igen om de åker in till förlossningen, eller

att inte få plats. Ett specifikt problem som kommit upp är långa avstånd och vinterväglag. Det gör att man inte vågar vänta för länge med att åka in till förlossningen, även om smärtan känns hanterbar hemma.

Omkring 80 procent tycker att det är mycket viktigt att ha nära till en förlossningsklinik. Samtidigt är det ungefär lika stor andel som vill föda på ett sjukhus där det finns tillgång till specialistvård för nyfödda barn. Vi har inte uttryckligen frågat efter en prioritering mellan de båda alternativen, och har inte heller närmare definierat vad som menas med "nära". Men vi kan konstatera att de båda alternativen inte alltid är förenliga i dagsläget.

Trygghet med personal i rummet

Omkring 50 procent tycker att det är mycket viktigt att ha personal i rummet under hela förlossningen. Flera fokusgruppsdeltagare menar att det inte behöver handla om en barnmorska, det kan också vara till exempel en undersköterska eller en doula. Det viktiga är tryggheten av att ha någon erfaren person i rummet. Många beskriver hur de under sin förlossning har känt sig till besvär om de kallat på hjälp.

” Om man trycker på knappen känner man sig jobbig. Man tror att man tar någon annans tid.”

En fokusgruppsdeltagare berättar att hon själv kommer att betala för att få med sig en doula till sin nästa förlossning, eftersom hon upplevde att hon fick så dåligt stöd av personalen vid sin tidigare förlossning. Vi har också pratat med flera utlandsfödda kvinnor som haft stöd av en kulturtolksdoula, det vill säga en doula med samma eller liknande språklig och kulturell bakgrund som de själva. Alla dessa kvinnor är mycket nöjda med det stöd de har fått, både inför och under förlossningen.

” Allt var nytt för mig, det var ett nytt land och nytt sätt att föda barn. Hur allt går till kan ju skilja jättemycket. Hon hjälpte mig mycket med oron och spänningen innan förlossningen, hon fick mig lugn och hon berättade i detalj vad som skulle hända. Jag hade inte klarat mig utan doulan. Hon har hjälpt mig jättemycket.”

I vår enkät ser vi också att det är en betydligt större andel bland utlandsfödda kvinnor som tycker att det är mycket viktigt med personal i rummet under förlossningen, 64 procent jämfört med 42 procent bland kvinnor födda i Sverige. Utlandsfödda kvinnor tycker också i större utsträckning att



det är mycket viktigt med samma barnmorska vid förlossningen som vid mödrahälsovården – 37 procent tycker det, jämfört med 13 procent bland kvinnor födda i Sverige.

” Bäst med samma barnmorska på MVC och förlossning, samma barnmorska under graviditeten och en barnmorska på rummet hela förlossningen om det önskas av kvinnan.”

Delade meningar om miljöns betydelse

I våra fokusgrupper rådde delade meningar om betydelsen av miljön i förlossningsrummet. Medan några uttryckte önskemål om att miljön skulle vara mindre klinisk och mer hemtrevlig, menade andra att de brydde sig mer om miljön innan förlossningen än när det väl var dags.

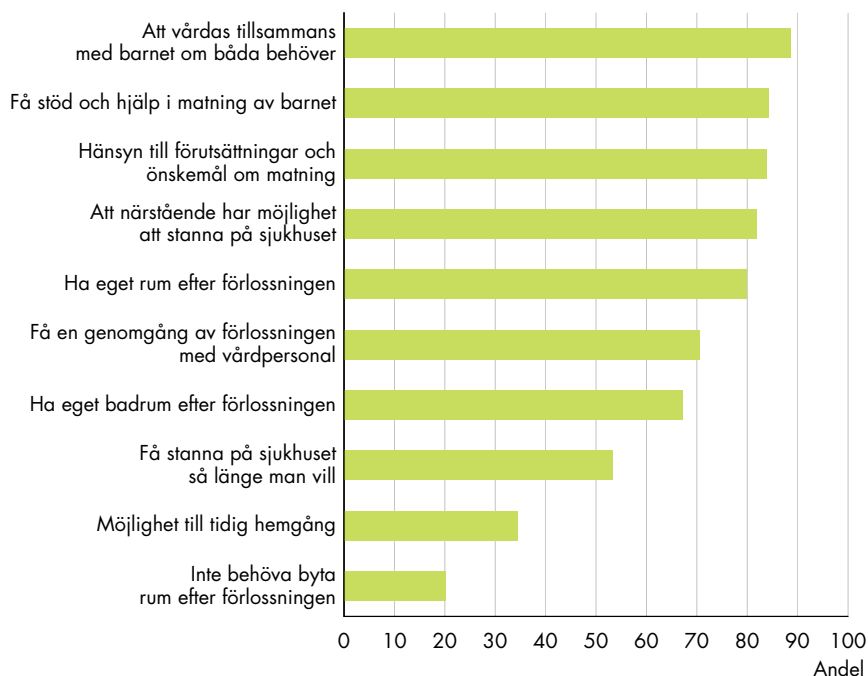
” När man väl är därinne hinner man inte tänka på gardinerna.”

I enkäten var det i genomsnitt 37 procent av kvinnorna som tyckte det var mycket viktigt att förlossningsrummet är hemtrevligt och ombonat. Det är dock stora skillnader mellan olika grupper av kvinnor, där 54 procent av de utlandsfödda kvinnorna tycker det är mycket viktigt jämfört med 29 procent av kvinnorna som är födda i Sverige, och 48 procent av kvinnorna med låg utbildning jämfört med 28 procent bland kvinnorna med hög utbildning.

9.2.4 Viktigt att vårdas tillsammans med barnet efter förlossningen och få stöd i matning

Efter förlossningen, under tiden på BB eller patienthotell, är det flest som tycker det är mycket viktigt att kunna vårdas tillsammans med barnet om båda behöver vård, och att få stöd och hjälp i matning av barnet.

Figur 9.6. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktig" på olika påståenden om vården efter förlossning på BB eller patienthotell.



Stöd med matningen av barnet efter önskemål

Mer än 80 procent tycker att det är mycket viktigt att få stöd och hjälp med matning av barnet. Ungefär lika många tycker det är viktigt att vårdpersonalen tar hänsyn till ens egna förutsättningar och önskemål om matning av barnet. Våra fokusgrupper har ofta diskuterat stöd med att mata barnet. Flera pratar om "ammingshets" och upplever att vårdpersonalen insisterar på att man ska amma under alla omständigheter.

” Jag förstod inte problemet – jag var nära barnet, pumpade och gav barnet bröstmjolk. Varför sådan hets?”

” Vad händer om man inte vill amma, ska man känna att man är sämst i världen då”?



Men samtidigt som flera pratar om amningshets är det många andra som inte tycker att de har fått tillräckligt mycket stöd med amningen.

” Jag fick hjälp i två minuter och kände mig bara blottad och obekvä. Jag fick läsa på själv och fixa det på egen hand.”

Det är också flera som pratar om att personalen har olika tekniker, och att man får olika råd av olika personer.

” När de säger olika saker blir det förvirring och man känner sig dum. Man borde få samstämda råd av personalen.”

Annat som efterfrågas i våra fokusgrupper är mer information om koppmatning, och rådgivning om hur man ska hantera olika mediciner och amning.

Viktigare med eget rum och att närstående får stanna än att få stanna länge

Drygt 80 procent tycker att det är mycket viktigt att närstående får stanna på sjukhuset efter förlossningen. Men bara drygt 50 procent tycker att det är mycket viktigt att få stanna på sjukhuset så länge man vill. Närmare 80 procent tycker det är mycket viktigt att få ha ett eget rum.

I fokusgrupperna är det flera som beskriver det som en stressfaktor med en annan familj och deras besökare i samma rum, och att det kan vara svårt att sova. Någon hade gärna stannat längre på sjukhuset, om hon haft ett eget rum. Flera av de öppna svaren i enkäten tar upp hur miljön och om närstående får stanna påverkar upplevelsen av trygghet efter förlossningen.

” Viktigt att pappan/anhörig får sova över när kvinnan fött barn. Man känner sig mycket ensam och vill dela samt känna tryggheten med en närstående.

” Mysigare eftervård för att kunna slappna av med nyfödd bebis. Hade önskat mer ombonat och eget badrum med dusch för att känna mig tryggare med bebisen.

Genomgång av förlossningen

Att få en genomgång av sin förlossning med vårdpersonal är det 70 procent som tycker är mycket viktigt. Det är också något som många i våra

fokusgrupper frågar efter, men det finns olika uppfattningar om när det bästa tillfället är att ha en sådan genomgång.

En fokusgruppsdeltagare beskriver hur hon fått frågan om hon haft några funderingar om förlossningen redan på sjukhuset, men inte velat prata om det eftersom hon delade rum med en annan familj. Flera tycker att man inte riktigt hunnit reflektera när man är kvar på sjukhuset, utan att man behöver landa lite först. Någon menar att man kanske vill prata om det direkt om det hänt något traumatiskt, men att det annars kan vara bra att vänta. Många är ändå överens om att det allra bästa är att ha en genomgång med den eller de personer som var med i slutskedet av förlossningen.

9.2.5 Uppföljning av bristningar och återhämtning är viktigt i eftervården

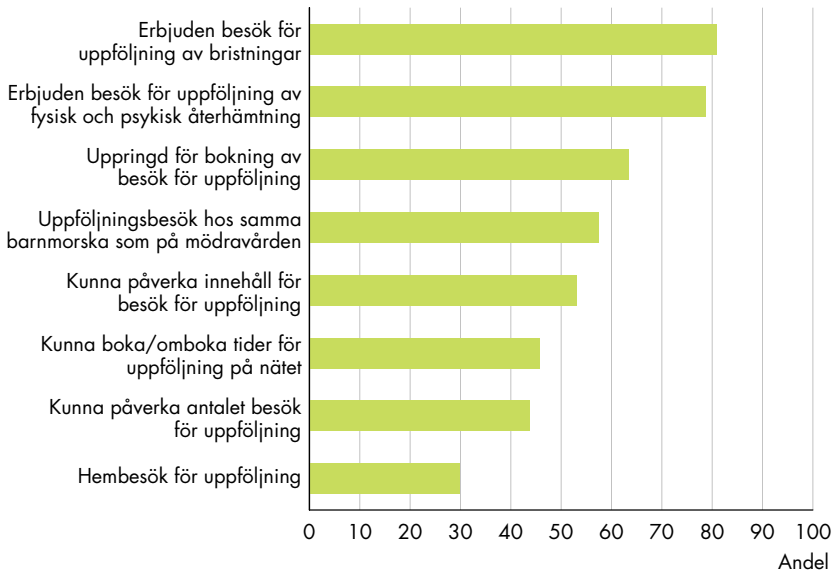
Efter förlossningen, när man kommit hem från sjukhuset, tycker många att det är mycket viktigt att bli erbjuden ett besök för uppföljning av bristningar och fysisk och psykisk återhämtning. Dock är det färre bland utlandsfödda kvinnor, omkring 70 procent jämfört med närmare 85 procent bland kvinnor födda i Sverige. Samtidigt är andelen kvinnor som inte har fått någon uppföljning av bristningar, men som hade velat ha eller behövt få det, större bland utlandsfödda kvinnor. I fokusgrupperna är det några som tycker att uppföljningen borde vara mer standardiserad, att man till exempel alltid kollar upp bristningar, magmuskler och matningen av barnet, så att det blir lika inom och mellan regioner. Fokusgruppsdeltagarna tycker att det är bättre att den typen av uppföljning alltid genomförs, så det inte blir upp till den enskilda kvinnan att själv kontakta vården. Flera tycker också att det är bättre med en kallelse än att själv boka tid för efterkontroll. I enkäten är det omkring 60 procent som tycker det är mycket viktigt att bli uppringd för att boka uppföljningsbesök.

” Min största synpunkt är fantastisk mödravård och förlossning. Men glöm inte bort mamman efter – det är då det tuffa börjar. Brister i uppföljning – det var jag själv som fick initiera och driva behandling.

” Min personliga erfarenhet är att MCV fungerade bra. Men efter förlossningen släpps man lite vind för våg, och man förväntas klara sig själv medan barnet följs noga på BVC.



Figur 9.7. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på olika påståenden om vården efter förlossning, när de kommit hem.



9.3 UTRYMME FÖR FÖRBÄTTRINGAR PÅ FLERA OMRÅDEN

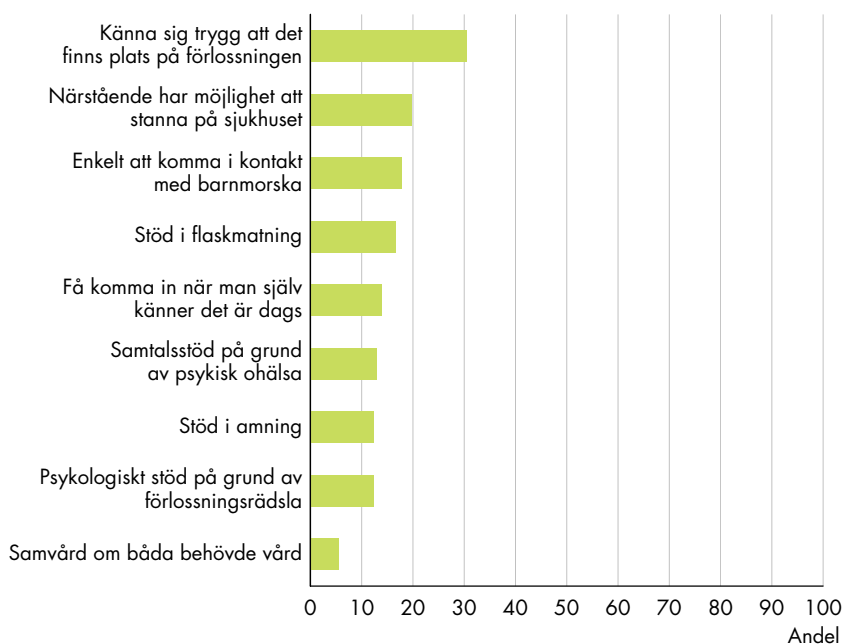
Utöver att fråga vad kvinnorna tycker är viktiga kvalitetsaspekter i vården vid graviditet och förlossning har vi också frågat om deras erfarenheter av vården – om de erbjudits olika insatser och hur de har upplevt sina kontakter med vården. För att identifiera områden där det finns förbättringsutrymme studerar vi vad kvinnorna har svarat att de inte har erbjudits, men hade velat ha eller hade behövt få. Vi studerar dels de områden som flest kvinnor tycker är mycket viktiga, dels de tio områden som har störst förbättringspotential, oavsett andel som tycker att det är mycket viktiga kvalitetsområden.

9.3.1 Det kvinnorna tycker är viktigast kan bli bättre

För de områden som kvinnorna tycker är viktigast är det största förbättringsutrymmet att känna sig trygg med att det finns en plats på förlossningen. Drygt 30 procent av kvinnorna svarar att de inte kände sig trygga med att det skulle finnas plats. Andelen som inte kände sig trygga är större bland kvinnor med högre utbildning och bland kvinnor som är födda i Sverige, jämfört med kvinnor med lägre utbildning och utlandsfödda.

Omkring 20 procent uppger att närstående inte hade möjlighet att stanna på sjukhuset, och 18 procent tyckte inte att det var lätt att komma i kontakt med sin barnmorska. Mer än 10 procent av kvinnorna uppger att de hade behövt eller velat ha samtalsstöd på grund av psykisk ohälsa eller psykologiskt stöd på grund av förlossningsrädsla, men att de inte har erbjudits det. Andelen är större bland utlandsfödda kvinnor än bland kvinnor födda i Sverige.

Figur 9.8. Andel kvinnor som svarat "Nej" eller "Nej, men hade velat eller behövt det" på olika påståenden om graviditetsvårdkedjan.



9.3.2 De tio områden som har störst förbättringsutrymme

De tio områden som har störst förbättringsutrymme, det vill säga där flest kvinnor har svarat att de inte har fått något som de velat ha eller hade behövt, handlar i stor utsträckning om eftervården. Områdena inkluderar att inte ha kunnat påverka antalet besök för uppföljning (64 procent), inte ha kunnat påverka innehållet i besöket (44 procent), inte ha blivit uppringd för att boka besök för uppföljning (38 procent) och inte ha erbjudits uppföljning av fysisk (36 procent) eller psykisk (29 procent) återhämtning efter förlossningen.

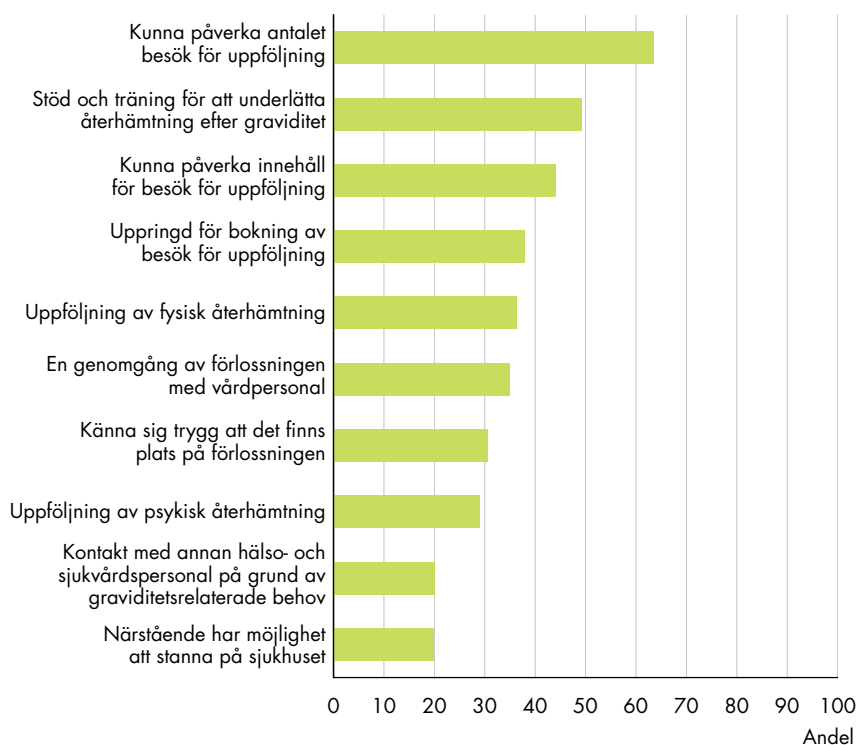
Det är betydligt större andel kvinnor födda i Sverige än utlandsfödda kvinnor som uppger att de inte fått möjlighet att påverka antalet besök och



innehållet i besöken samt inte har blivit uppringda för bokning av besök. Det skiljer 10–20 procentenheter mellan grupperna. Det är också fler svenskfödda kvinnor som hade velat få en genomgång av förlossningen med vårdpersonal men som inte fått det, 40 procent jämfört med 23 procent bland utlandsfödda kvinnor.

Andra områden med förbättringspotential inkluderar stöd och träning för att underlätta återhämtning efter graviditet, samt kontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal på grund av graviditetsrelaterade behov.

Figur 9.9. Andel kvinnor som svarat "Nej" eller "Nej, men hade velat eller behövt det" på olika påståenden om graviditetsvårdkedjan, för de tio områden som har störst utrymme för förbättringar.



9.4 EFTERLYSER MER INFORMATION OM RISKER OCH KOMPLIKATIONER

Vi har också frågat kvinnorna vad de tycker är viktigt att få information om, innan och efter förlossningen, och om de upplever att de har fått den information de behöver. Resultaten visar att många tycker att det är mycket viktigt med information om vart man kan vända sig med sina egna hälsoproblem samt om risker och komplikationer. Samtidigt uppger en stor andel att de inte har fått den information de behöver om detta.

9.4.1 Viktigast är att få information om vart man kan vända sig med hälsoproblem samt om risker och komplikationer

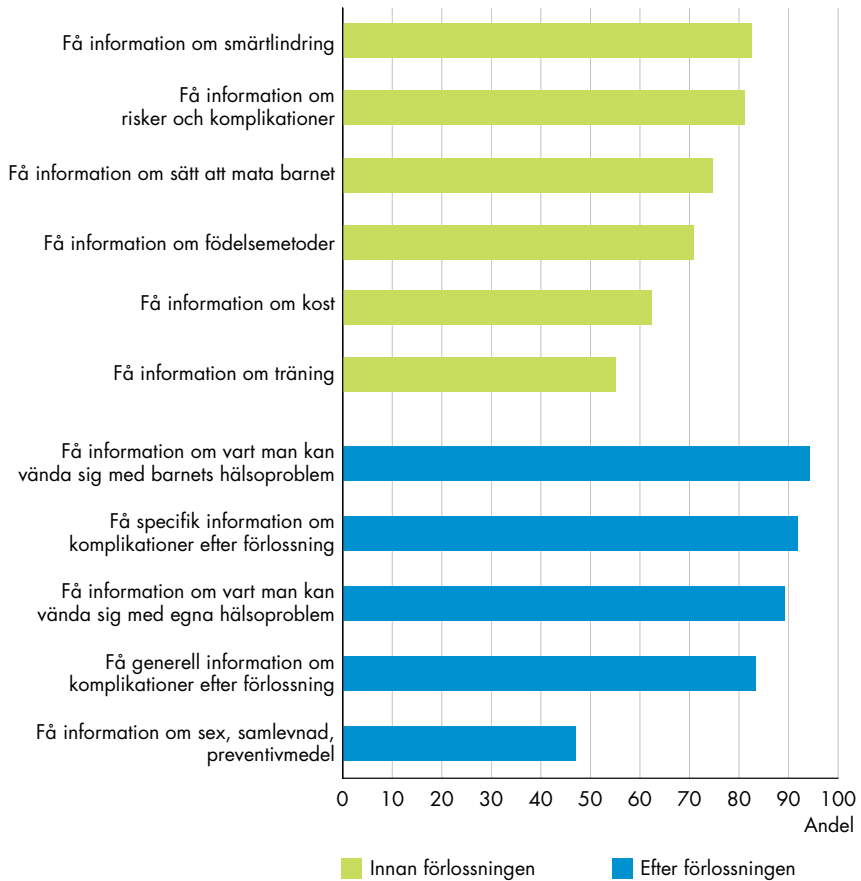
Det som flest kvinnor tycker är mycket viktigt är att få information om är vart de kan vända sig om barnet får problem med hälsan. Många tycker också att det är mycket viktigt att få information om egna specifika komplikationer efter förlossningen, vart man kan vända sig om man själv får fysiska eller psykiska hälsoproblem efter förlossningen samt generell information om komplikationer som kan uppstå efter förlossningen (till exempel bristningar, underlivssmärter eller förlossningsdepression).

” Mer information om tiden direkt efter förlossning. Att man inte kommer att sväva på rosa moln. Många nyblivna föräldrar tror att det är något fel på dem, för att de inte direkt tycker att allt är så fantastiskt.

Det är också många kvinnor som tycker att det är mycket viktigt att få information om risker och komplikationer innan förlossningen. En större andel kvinnor som är födda i Sverige tycker att det är mycket viktigt.



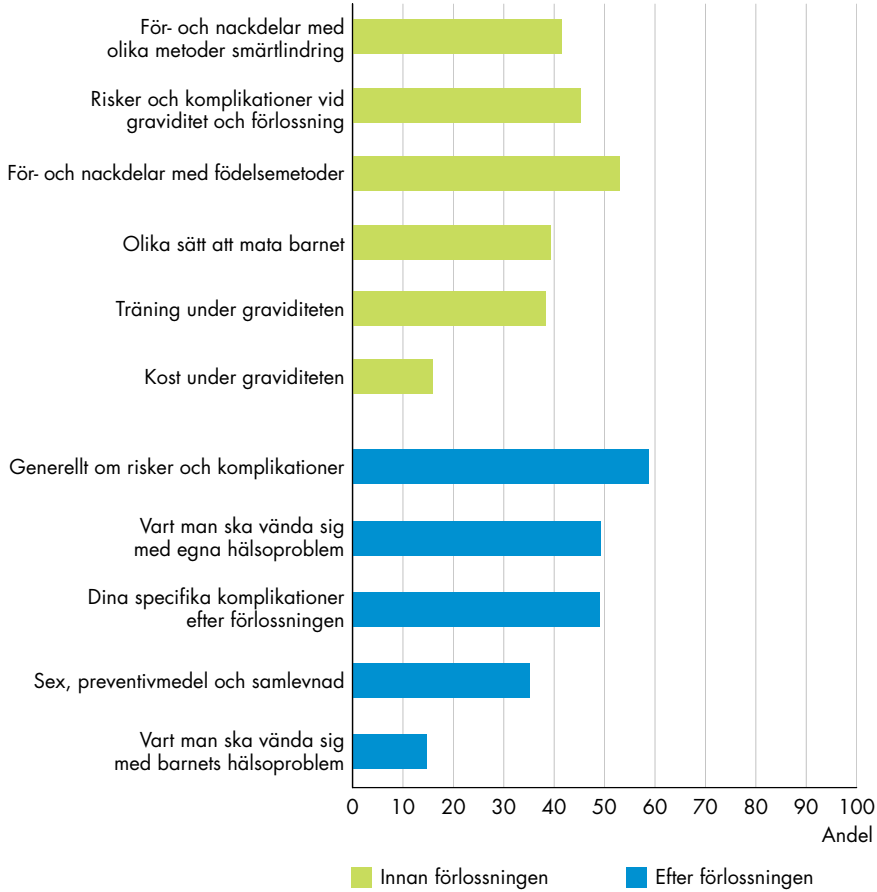
Figur 9.10. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på ett antal påståenden om information innan och efter förlossningen.



9.4.2 Samtidigt många som inte fått den information de behöver om risker och komplikationer

Samtidigt som många tycker att det är mycket viktigt, så är det flera som inte alls eller bara till en mindre del tycker sig ha fått den information de behöver om risker och komplikationer och vart de ska vända sig om de får hälsoproblem efter förlossningen. Detta gäller särskilt bland kvinnor födda i Sverige. Det är också många, och särskilt kvinnor födda i Sverige, som inte tycker sig ha fått all information de behöver om för- och nackdelar med olika födelsemetoder (vaginal förlossning och kejsarsnitt).

Figur 9.11. Andel kvinnor som svarat "Nej, inte alls" eller "Nej, bara till en mindre del" på frågan om de fått den information de behöver innan och efter förlossningen.



I våra fokusgrupper är det flera som sagt att de upplever att vårdpersonal generellt inte vill prata om risker under och efter graviditet och förlossning. Samtidigt hade de önskat att vårdpersonalen hade pratat mer om risker och komplikationer som kan uppstå. Att personalen inte gör det tycker man bara skapar mer oro, och leder till att man i stället söker information på annat håll.

” Jag känner att jag vill veta vad som KAN hända, till exempel om förlossningsskador. Google är inte det bästa alternativet kanske.”



Flera menar att de är vuxna och vill ha information för att kunna fatta informerade beslut. Får man mer information om risker är det också lättare att avgöra vad som är normalt. Samtidigt anser någon att det inte är bra att prata om alla hemska saker som kan hända, utan att i stället fokusera på ett friskt skede. Alla är överens om att det är viktigt att den information man får är enhetlig, till exempel att kostrekommendationerna från barnmorskan inte skiljer sig från Livsmedelsverkets. Flera pratar också om att de efter förlossningen hade velat få mer information om de känslomässiga utmaningar man kan drabbas av, och hur man kan få hjälp med dem.

9.5 PATIENTERNAS PERSPEKTIV PÅ NÅGRA ORGANISATORISKA FAKTORER

Några av de områden vi frågat om i vår enkät gäller organisationen inom vården i samband med graviditet och förlossning. De finns inom olika delar av vårdkedjan, och framgår av tidigare avsnitt som beskriver vad kvinnorna tycker är viktiga områden inom respektive del. Men i det här avsnittet tar vi upp några av de olika organisatoriska faktorerna samlat.

Tabell 9.1. Andel kvinnor som svarat "Mycket viktigt" på ett antal påståenden om organisatoriska faktorer i graviditetsvårdkedjan.

	Andel som tycker det är mycket viktigt
Möjlighet till digitala besök mödravården	15 %
Samma barnmorska på mödravård och förlossning	21 %
Hemförlossning	12 %
Samvård mamma-barn	89 %
Tidig hemgång	35 %
Hembesök för uppföljning	30 %

9.5.1 Patienterna efterfrågar inte i första hand digitala besök

Digitalisering är något som ofta förespråkas som en möjlighet att både förbättra vårdens tillgänglighet och effektivitet. Exempelvis kan möjligheten till digitala besök underlätta vid stora geografiska avstånd eller bristfälliga kommunikationsmöjligheter. I enkäten är det sammanlagt 15 procent av

kvinnorna som tycker att det är mycket viktigt att ha möjlighet till digitala besök inom mödravården.

Vi ser inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor i olika sjukvårdsregioner. Däremot är det en betydligt större andel utlandsfödda kvinnor som tycker att det är mycket viktigt att ha möjlighet till digitala besök (29 procent jämfört med 9 procent bland kvinnor födda i Sverige).

9.5.2 Kontinuitet skapar trygghet

Case load midwifery är ett särskilt arbetssätt som innebär att man har samma barnmorska på förlossningen som på mödravården. Under satsningen är det några verksamheter i tre regioner (Västernorrland, Uppsala och Stockholm) som har prövat olika varianter av det. I vår enkät tyckte i genomsnitt drygt 20 procent av kvinnorna att det är mycket viktigt att kunna ha samma barnmorska på förlossningen som på mödravården. Andelen var högre bland kvinnor med lägre utbildning (27 procent), och allra högst bland utlandsfödda kvinnor (37 procent).

9.5.3 Mindre grupp vill ha hemförlossning

Att ha möjlighet att kunna välja hemförlossning är något som lyfts av bland annat nätverket Föda lugnt (Föda lugnt 2020) och föreningen Födelsehuset (Födelsehuset 2020), som deltagit i vår workshop. I enkäten är det 12 procent av kvinnorna som tycker det är mycket viktigt att kunna välja hemförlossning. Enligt en kartläggning genomförd av Region Stockholm 2019 var det då två regioner som finansierade hemförlossningar (Region Stockholm 2019).

9.5.4 Samvård tycker många är mycket viktigt

Samvård för mamma och barn, eller så kallad noll-separation, är en viktig del av en familjecentrerad neonatalvård. Det innebär att nyförlösta mödrar som har egna medicinska behov vårdas tillsammans med sina sjuka nyfödda barn. Så mycket som 89 procent av kvinnorna som har svarat på vår enkät tycker att det är mycket viktigt. Samtidigt är det något som inte alla sjukhus kan erbjuda. Enligt Svenskt neonatalt kvalitetsregisters (SNQ) kartläggning finns det totalt 88 vårdplatser för samvård på 15 av 37 sjukhus som rapporterar till SNQ (SNQ 2020b).



9.5.5 En av tre tycker att tidig hemgång och hembesök är mycket viktigt

Med tidig hemgång menas hemgång inom 24 timmar efter förlossningen. Det finns ingen statistik om hur stor del av kvinnorna som går hem inom 24 timmar, men den genomsnittliga vårdtiden efter förlossning var år 2018 1,8 dygn vid vaginal förlossning och 2,9 dygn vid kejsarsnitt. Den genomsnittliga vårdtiden är kortare bland omfödorskor (1,4 respektive 2,3 dygn) och längre för förstfödorskor (2,3 respektive 3,3 dygn).

Vårdtiderna har minskat under lång tid. År 1990 var den genomsnittliga vårdtiden vid vaginal förlossning 4,0 dygn, 2000 var den 2,6 dygn och 2010 var den 1,9 dygn. Det finns inga nationella riktlinjer eller annan nationell styrning som anger hur länge kvinnor bör vårdas efter förlossningen, däremot har Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) tagit fram en checklista för kriterier som behöver vara uppfyllda för att det ska vara säkert att åka hem (SFOG 2013). I vår enkät är det sammanlagt omkring en tredjedel av kvinnorna som tycker att det är mycket viktigt att kunna få möjlighet till tidig hemgång.

I några regioner finns ett koncept som kallas BB-hemma, eller BB på väg. Det innebär att familjer som gått hem från förlossningen inom tre dygn erbjuds uppföljning i form av telefonsamtal och hembesök efter behov. Omkring 30 procent av kvinnorna som svarat på vår enkät tycker att det är mycket viktigt att kunna få hembesök. Störst är andelen bland utlandsfödda kvinnor (44 procent), och den är också högre bland kvinnor med lägre utbildning (37 procent) jämfört med kvinnor som har en utbildning som är högre än gymnasienivå (23 procent).

De fokusgruppsdeltagare som haft erfarenhet av hembesök tycker som regel att det varit mycket positivt och ett bra stöd. Däremot finns det olika upplevelser av hur mycket tid personalen haft till förfogande, och någon har upplevt hembesöket som stressigt och hade önskat mer tid.

9.6 LÄGESBILD FÖR NÅGRA AV ÖVERENSKOMMELSERNAS MÅL

I enkäten har vi också ställt ett antal frågor för att försöka belysa några av de målområden som ingår i överenskommelse 4. Ett problem är att målen inte är kvantifierade, vilket gör att det inte går att mäta måluppfyllelse. Vi kan däremot ge en lägesbild av hur kvinnorna som svarat på vår enkät har prioriterat och upplever målen i överenskommelsen.

Figur 9.12. Lägesbild för några av överenskommelsernas mål utifrån svaren på vår enkät till kvinnor som har fött barn.



9.6.1 Mål: "Föräldrar känner trygghet att det finns plats före och efter förlossning"

Målet om att föräldrar ska känna trygghet att det finns plats för dem är det allra viktigaste enligt våra enkätresultat. Mer än 90 procent av kvinnorna som svarat på vår enkät tycker att det är mycket viktigt att känna sig trygg med att det finns plats på förlossningen när det är dags att föda. Samtidigt uppgav 30 procent att de inte kände sig trygga.

9.6.2 Mål: "Bemanningen är sådan att barnmorska eller annan personal finns tillgänglig under förlossningen"

Vi beskriver utvecklingen av bemanningen i förlossningsvården mer utförligt i kapitel 8, baserat på statistik. Målet i överenskommelsen är däremot svårt att belysa utifrån den statistik som finns tillgänglig, eftersom statistiken



inte omfattar alla relevanta personalkategorier. Målet är formulerat som att ”barnmorska eller annan personal finns tillgänglig under förlossningen”. Ett annat mål som brukar föras fram i debatten är ”en barnmorska per födande i aktiv förlossning”, så kallad *One to one care* (SVD 2017, Dagens samhälle 2019, Expressen 2017).

I våra fokusgrupper var en vanlig uppfattning att man gärna ville ha en erfaren person i rummet, men att det inte behöver vara en barnmorska. Vi valde därför att i vår enkät fråga om man tycker att det är viktigt att ha personal närvarande i förlossningsrummet. Omkring 50 procent tycker det är mycket viktigt att ha personal i rummet, och omkring 20 procent hade velat ha personal i rummet hela förlossningen men hade inte det.

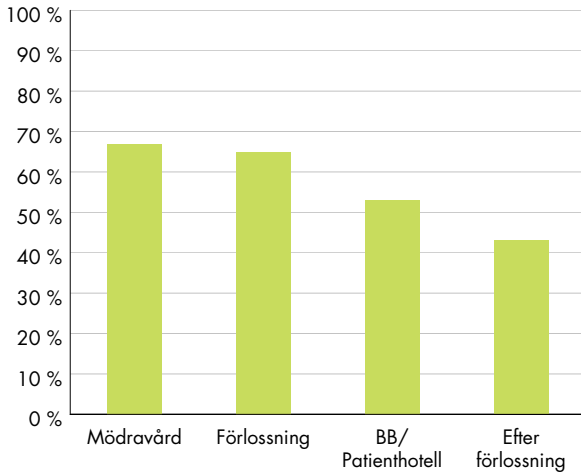
9.6.3 Mål: ”Rätt vård för komplikationer och skador är lätt att hitta”

Ytterligare ett mål i överenskommelsen är att rätt vård för komplikationer och skador är lätt att hitta. I vår enkätundersökning uppger nästan 50 procent att de inte alls eller bara till viss del har fått den information de behövde om vart de ska vända sig med hälsoproblem efter förlossningen. Närmare 60 procent tycker inte att de har fått den information de behöver om risker och komplikationer efter förlossningen. Sammantaget ger det en bild av att det är många kvinnor som har fött barn under de senaste fem åren som inte upplever att det är lätt att hitta rätt vård för komplikationer och skador.

9.6.4 Mål: ”Eftervården utvecklas och stärks”

Ett annat mål i överenskommelsen är att eftervården utvecklas och stärks. Vi kan inte beskriva någon utveckling över en längre tid, men vi har frågat hur nöjda kvinnorna är med olika delar av graviditetsvårdkedjan vid sin senaste graviditet och förlossning. Vi ser då att andelen som är mycket nöjda minskar successivt, och är betydligt lägre för eftervården än för övriga delar av vårdkedjan. Det är 43 procent som är mycket nöjda med vården efter förlossning, jämfört med 67 procent som är mycket nöjda med mödravården. Det tyder på att det finns utrymme för förbättringar av eftervården.

Figur 9.13. Andel kvinnor som är mycket nöjda med vården vid sin senaste graviditet och förlossning för olika delar av vårdkedjan.



9.7 GRAVIDITETSVÅRDKEDJAN I PERSPEKTIV

För att kunna jämföra vården vid graviditet och förlossning med andra områden har vi inkluderat några frågor i enkäten som också ingår i andra enkätundersökningar. Det gör att vi kan jämföra svaren på vissa frågor i vår enkät med befolkningen generellt, och med patienter med erfarenheter från andra delar av hälso- och sjukvården. Det handlar dels om bemötande och delaktighet, dels om förtroende för vården och omsorgen.

9.7.1 Sämre delaktighet i förlossningsvården än i andra delar av vården

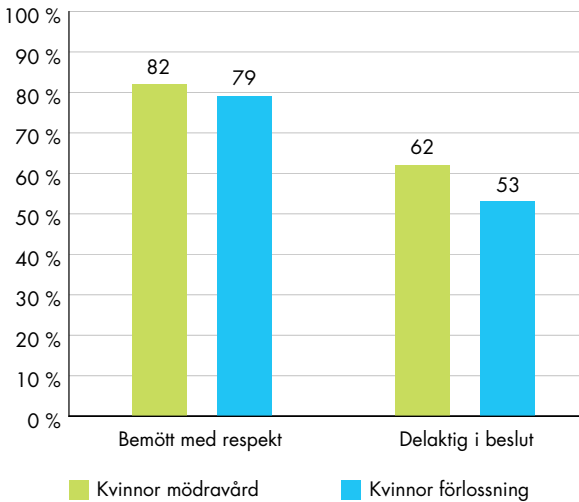
Två viktiga delar av en personcentrerad vård är bemötande och delaktighet (Vårdanalys 2018b). Frågor om bemötande och delaktighet ingår i den nationella patientenkäten, som omväxlande skickas till ett urval patienter som har besökt läkare i primärvård och specialiserad vård. I figur 9.14 och 9.15 redovisar vi svaren från undersökningen till patienter som besökte primärvården 2019 och den specialiserade slutenvården 2018, tillsammans med resultaten från vår enkätundersökning. Att jämföra resultat från olika undersökningar är behäftat med ett antal metodologiska problem, och jämförelsen bör därför inte ligga till grund för alltför långtgående slutsatser.

Det resultaten kan tyda på är att andelen som har upplevt att vårdpersonalen bemött dem med respekt och värdighet oavsett kön, köns-



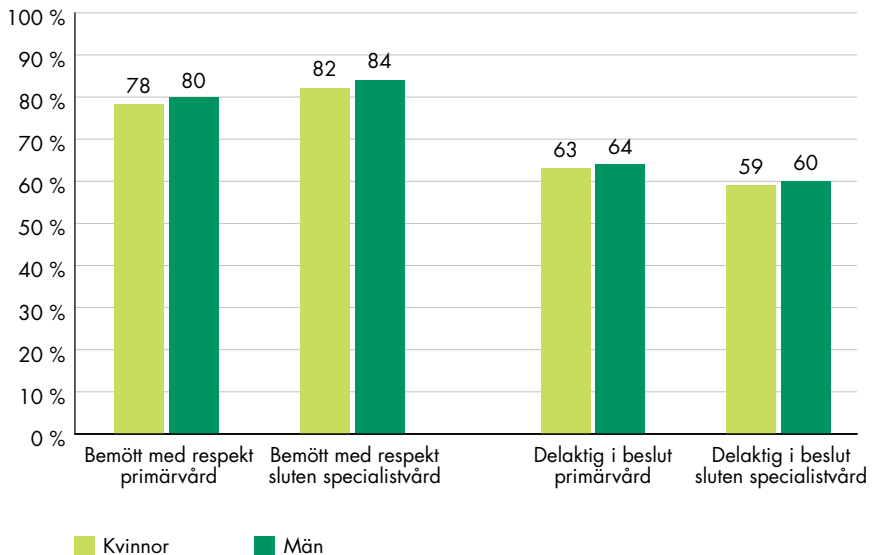
överskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder inte skiljer sig åt mellan graviditets- och förlossningsvård, och andra delar av vården.

Figur 9.14. Andel som svarar "Ja, helt och hållet" på frågor om bemötande och delaktighet i vår enkät till kvinnor som har fött barn.



Källa: Vårdanalys enkätundersökning. Frågorna formulerades "Bemötte personalen dig med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?" respektive "Gjorde personalen dig delaktig i besluten om din vård?".

Figur 9.15. Andel som svarar "Ja, helt och hållet" på frågor om bemötande och delaktighet i Nationell patientenkät.



Källa: Nationell patientenkät. Frågorna formulerades "Bemötte personalen dig med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?" respektive "Gjorde personalen dig delaktig i besluten om din vård" i den nationella patientenkäten.

Däremot är andelen som upplever att personalen gjorde dem delaktiga i beslut om sin vård lägre bland kvinnor i förlossningsvården, jämfört med både mödrahälsovården, primärvården som helhet och den slutna specialistvården som helhet. Jämförelsen med övriga delar av vården kan påverkas av metodskillnader och skillnader i bortfall mellan de olika undersökningarna. Men även vår egen undersökning visar på skillnader, med en lägre andel som känner sig delaktiga i förlossningsvården jämfört med mödravården.

I våra fokusgrupper tycker några deltagare att de har behövt fråga efter information, till exempel om smärtlindring, i stället för att få frågan vad de själva vill ha och behöver. Flera beskriver hur de upplevt att ingen läst det förlossningsbrev de skrivit, och att de har behövt berätta för all ny personal vad som står i brevet. Någon beskriver att hon upplevde att personalen gjorde det som var lättast för dem, och att hon fått säga till att hon ville föda i en annan position. Fokusgruppsdeltagarna är överens om att det man vill är att få information om olika möjligheter, så man vet vad man kan be om, samt att få frågor om hur man vill ha det och stöd i att fatta beslut. I stället kan det bli så att man känner sig ensam och utlämnad, och inte vet vad som kommer att hända.

” Det är det största i ens eget liv, men deras vardag.”

” Jag var inte en person, utan nåt som skulle processas genom ett system.”

” De vet hur allt går till och allt är normalt för dem, men de glömmer bort att det inte är det för mig som upplever det för första gången.”

9.7.2 Stort förtroende för förlossningsvården bland kvinnor som fött barn

Förtroendet för en samhällsinstitution visar i vilken utsträckning befolkningen uppfattar att den fungerar väl, är legitim och sköter sin uppgift på ett bra sätt. Ett stort förtroende för hälso- och sjukvården är viktigt för en god vård och behandling, och för hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet och effektivitet (Vårdanalys 2018a).

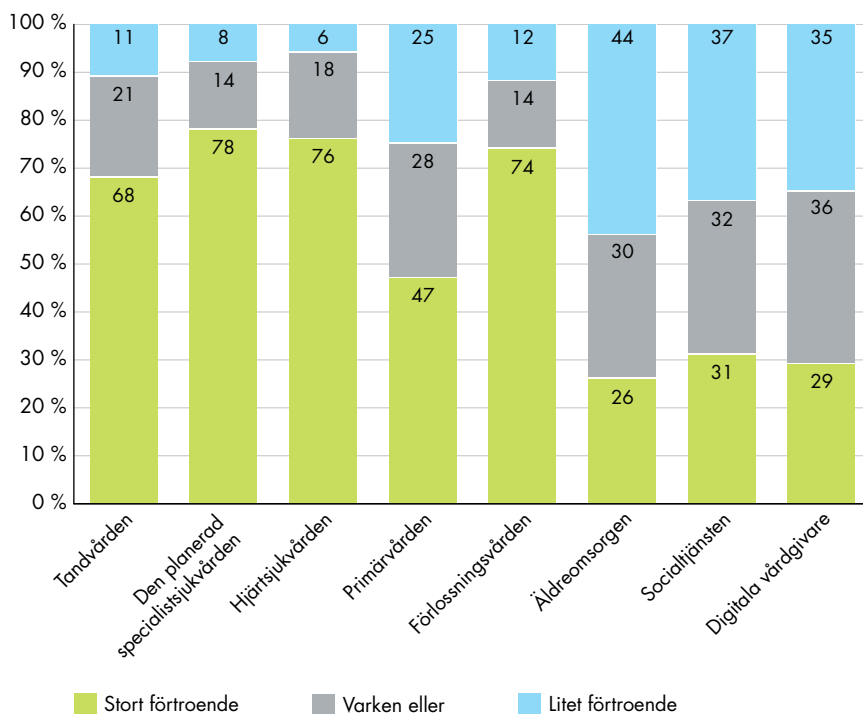
I vår enkät frågade vi om förtroendet för förlossningsvården och några andra delar av vården. Resultaten visar att kvinnorna har jämförelsevis stort förtroende för förlossningsvården – närmare 75 procent angav att de har ganska eller mycket stort förtroende. Förtroendet för förlossningsvården var ungefär lika stort som för annan planerad specialistvård och för hjärtsjukvården, och betydligt högre än för primärvården.

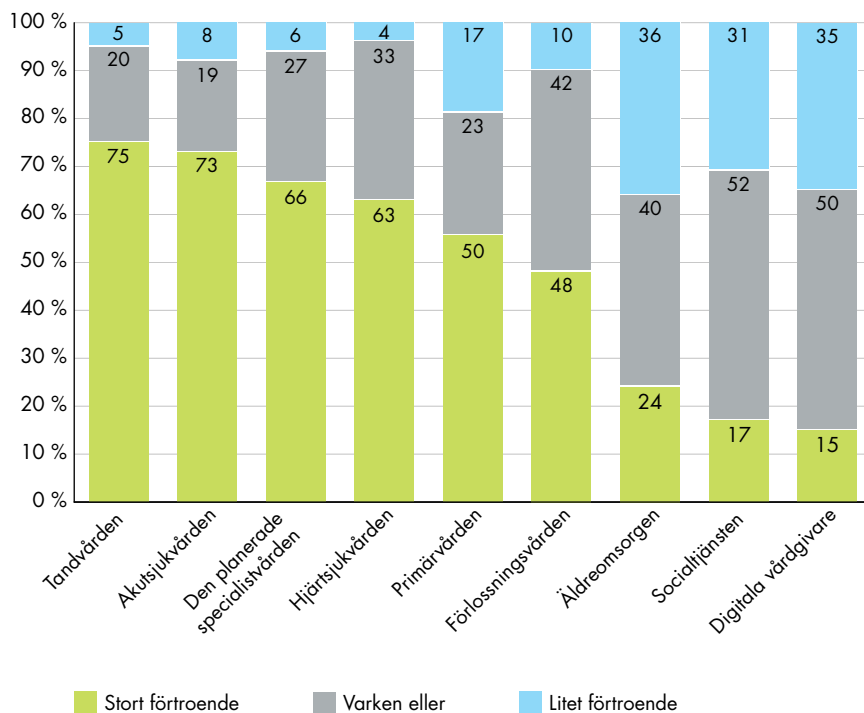


I befolkningen som helhet är förtroendet för förlossningsvården däremot mindre. Via den nationella SOM-undersökningen har vi kunnat ställa samma fråga till ett representativt urval av befolkningen. Där svarade omkring 48 procent att de hade ganska eller mycket stort förtroende för förlossningsvården hösten 2019 (figur 9.17).

Även i SOM-undersökningen hade vi möjlighet att urskilja kvinnor som fött barn, i det fallet kvinnor som haft kontakt med förlossningsvården under de senaste tolv månaderna. Av kvinnorna som haft kontakt med vården i samband med graviditet eller förlossning de senaste tolv månaderna hade 80 procent stort förtroende för förlossningsvården, jämfört med 47 procent bland de som inte hade haft kontakt med förlossningsvården. Samtidigt var det förhållandevis stor andel av respondenterna i SOM-undersökningen som svarade att de har ”varken stort eller litet” förtroende för förlossningsvården. Att en större andel bland kvinnorna som fött barn hade en tydlig uppfattning om förlossningsvården än i befolkningen som helhet är förväntat, med tanke på att det är en del av vården som en stor del av befolkningen inte har aktuella egna erfarenheter av.

Figur 9.16. Andel kvinnor som uppger olika grad av förtroende för olika delar av vården och omsorgen i vår enkät till kvinnor som har fött barn.



Figur 9.17. Andel kvinnor och män som uppger olika grad av förtroende för olika delar av vården och omsorgen.

Källa: SOM-undersökningen 2019. Frågorna besvarades av 1 471–1 639 personer.

Skillnaden i förtroende mellan kvinnor som fött barn och befolkningen som helhet kan tyda på att media ger en mer negativ bild av förlossningsvården än vad kvinnor som nyligen fött barn i genomsnitt upplever. Förtroende formas av hur en institution uppfattas av individen, vilket i sin tur formas både av konkreta erfarenheter och av annan information som individen anser vara trovärdig (Vårdanalys 2018a). För den som inte har egna erfarenheter blir annan information mer avgörande för den uppfattning man har. Men det kan också finnas andra förklaringar till skillnaden. Undersökningarna gäller till exempel befolkningsgrupper som skiljer sig åt även på andra sätt än erfarenhet av egna förlossningar.

Att personer med egen erfarenhet av förlossningsvården har ett högt förtroende är positivt. Det erfarenhetsbaserade förtroendet i den mest berörda gruppen är det viktigaste måttet i utvärderingssyfte. Samtidigt är det inte bra om befolkningens generella förtroende är litet, eftersom det kan påverka förtroendet för hälso- och sjukvården och välfärdssystemet

som helhet. Det kan också medföra att kvinnor och deras partner har ett onödigt litet "förhandsförtroende" för graviditets- och förlossningsvården, och till exempel startar sin kontakt med vården med negativa förväntningar vid en första graviditet. Det förtroende patienter och medborgare känner när de interagerar med eller får information om hälso- och sjukvården påverkar deras tolkning, och förtroendet de känner inledningsvis kan "färga" upplevelsen av vården (Vårdanalys 2018a).



Regionernas insatser och utvecklingen inom övrig vård för kvinnor

I det här kapitlet redogör vi för de insatser regionerna har genomfört och för vår uppföljning av utvecklingen inom övrig vård för kvinnor. Av redovisningen framgår följande:

- Många av regionernas insatser har handlat om rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa, psykisk ohälsa och stress, cellprov/cervixcancer/HPV, levnadsvanor och endometrios.
- Bara en femtedel av insatserna i primärvården har haft fokus på socioekonomiskt utsatta kvinnor, trots att det var ett uttalat mål i överenskommelserna.
- Vi ser en negativ utveckling för personcentrering i primärvården, men en mer positiv utveckling i den specialiserade vården.
- Väntetiderna har blivit längre och fler upplever att tillgången till vård har försämrats. Vi ser få förbättringar för en kunskapsbaserad endometriovård.
- Vad gäller hälsoutfall pekar våra indikatorer på en förbättring av den sexuella och reproduktiva hälsan men den psykiska hälsan blir allt sämre.



10.1 UTVECKLINGSOMRÅDEN INOM ÖVRIG VÅRD FÖR KVINNOR

Det finns flera förbättringsområden för den vård av kvinnor som inte handlar om graviditet och förlossning, enligt tidigare kartläggningar. Det gäller bland annat psykisk ohälsa och långvarig smärta. För primärvården finns generella utmaningar för tillgänglighet och kontinuitet.

10.1.1 SKR har kartlagt övrig vård för kvinnor

På samma sätt som för graviditetsvårdkedjan har SKR genomfört en övergripande kartläggning av övrig vård som berör kvinnor (SKL 2016). Kartläggningen visar att det finns en rad förbättringsområden. Ett viktigt område är psykisk ohälsa, som ökar och drabbar yngre kvinnor alltmer.

Enligt kartläggningen behöver också äldre kvinnors behov större utrymme inom vården, bland annat vad gäller inkontinens och klimakteriebesvär. Vårdens kunskap om könsanpassad läkemedelsförskrivning, framför allt till äldre, och långvariga smärttillstånd som endometriosis och vestibulit behöver också förbättras. Våldutsatthet och könsstympning är ytterligare områden där det behövs kompetensutveckling. För att förebygga ohälsa bör också utåtriktade insatser om levnadsvanor öka.

10.1.2 Särskilda utmaningar för primärvården inkluderar tillgänglighet och personcentrering

Tidigare studier har visat att det finns stora möjligheter för primärvården att förebygga ohälsa och bidra till en jämlik hälsa i befolkningen (SoU 2018). WHO förespråkar en personcentrerad ansats, där primärvården är basen, för att säkerställa att hälso- och sjukvården når även sårbara grupper. De företrädare för primärvården som vi har intervjuat menar också att en tillgänglig och personcentrerad primärvård är det som skapar bäst nytta för utsatta grupper.

Samtidigt visar våra tidigare studier att personcentrering och tillgänglighet inom primärvården brister (Vårdanalys 2017b). Några förklaringar kan vara att primärvården behandlas som en restpost för övrig hälso- och sjukvård men utan att få ökade resurser, och att personalförsörjning och ersättningsystem inte kompenserar för skillnader i förutsättningar (Vårdanalys 2017b).

Våra tidigare resultat tyder på att primärvården inte missgynnar kvinnor eller personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (Vårdanalys 2017b). Men samtidigt upplever kvinnor vårdens kvalitet som något sämre än män, och utrikes födda upplever den som något sämre än inrikes födda.

Patienternas socioekonomiska förhållanden har också en viss betydelse, där högre inkomst och högre utbildning oftast har samband med bättre kvalitetsupplevelser (Vårdanalys 2018d). Dessutom besöker personer med risk att utveckla eller i ett tidigt stadium av kronisk sjukdom och personer med psykisk ohälsa inte primärvården utifrån behov, och skulle därför ha nytta av fler förebyggande insatser (Vårdanalys2017b).

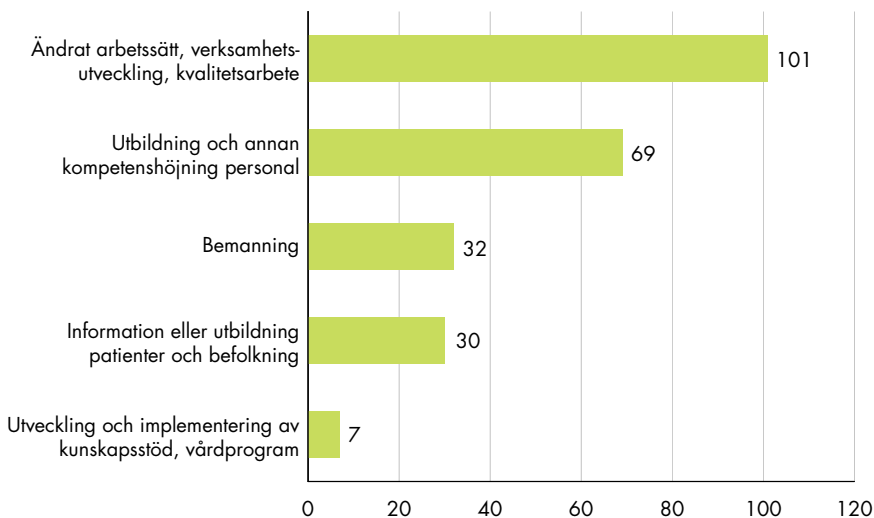
10.2 REGIONERNAS INSATSER INOM PRIMÄRVÅRD

Drygt 10 procent av satsningens medel var vikta för primärvården med särskilt fokus på att nå kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Sammanlagt 191 insatser har genomförts inom primärvården 2015–2019, men av dem bedömer vi att bara en femtedel har varit inriktade på utsatta områden.

10.2.1 Typ av insatser

Insatsernas fördelning på typ av insats framgår av figur 10.1. De flesta insatserna har handlat om nya eller förändrade arbetssätt, följt av utbildning och annan kompetensutveckling samt bemanning. Jämfört med graviditetsvårdkedjan och neonatalvården är det en förhållandevis större andel insatser som har handlat om information eller utbildning av patienter och befolkning.

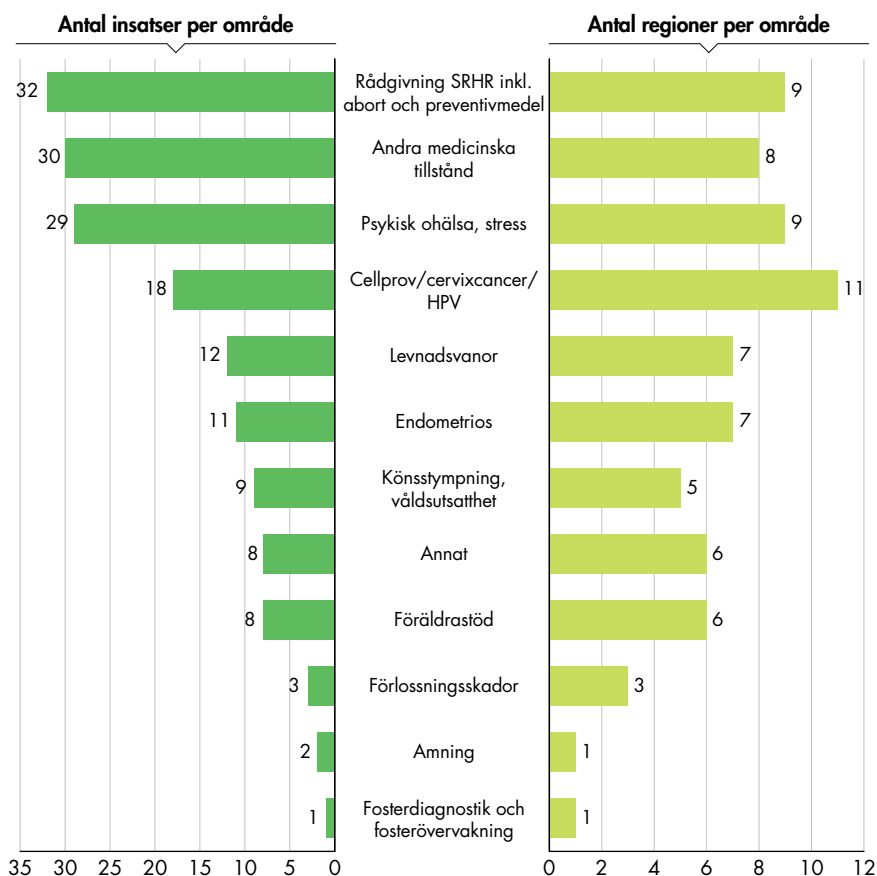
Figur 10.1. Antal insatser uppdelat på typ av insats inom primärvården (förutom mödrhälsovården).



10.2.2 Insatsernas inriktning

Vanligast var att insatserna inte var inriktade på något specifikt område (till exempel rena bemanningsinsatser), men av de insatser som haft någon särskild inriktning var de vanligaste områdena rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa, andra medicinska tillstånd (inkluderar bland annat osteoporos, inkontinens, pms, klimakteriebesvär, hjärtsvikt och långvarig smärta), psykisk ohälsa och stress, cellprov/cervixcancer/HPV, levnadsvanor och endometrios. Men även bland de vanligast förekommande områdena är det bara knappt hälften av regionerna som har genomfört några insatser.

Figur 10.2. Antalet insatser per utvecklingsområde inom primärvården (förutom insatser med generell karaktär) och antal regioner som genomfört insatser per utvecklingsområde.



Exempel på insatser inom olika utvecklingsområden

Rådgivning sexuell och reproduktiv hälsa

62 insatser har genomförts inom sexuell och reproduktiv hälsa i 14 regioner, varav 32 insatser i primärvården. Många insatser har handlat om att öka kunskaperna om preventivmedel och SRHR bland barnmorskor och annan vårdpersonal, och genom detta bland annat förbättra tillgången till långtidsverkande preventivmedel. Utbildningsinsatser för personal har genomförts både på grundläggande och specialiserad nivå. En av utbildningsinsatserna är en podd om SRHR för vårdpersonal. För att öka tillgängligheten har två regioner infört digitala vårdmöten.

Andra insatser är lanseringen av klamydia.se och en mindre studie av orsaker till oplanerade graviditeter följt av riktade åtgärder. I en region har ungdomshälsan startat en lättillgänglig mottagning där unga snabbt kan få hjälp, och i en annan region har man utrustat en husbil till att kunna vara en mobil enhet. En handfull insatser har riktats mot utlandsfödda, till exempel en telefonlinje på thailändska.

Psykisk ohälsa

Insatser inom psykisk ohälsa har genomförts i de flesta regioner, någorlunda jämnt fördelat mellan primärvården och graviditetsvårdkedjan. Totalt har det genomförts 64 insatser, varav 29 i primärvården. Många insatser har varit inriktade på att behandla stress på olika sätt, ofta i grupp. Det har bland annat handlat om förebyggande prestressgrupp, stresskola, medicinsk yoga och lansering av antistressbehandling i form av en app och webbutbildning, båda på tio olika språk. Den vanligaste terapiformen har varit olika varianter av KBT, och en region har ökat tillgängligheten med KBT på nätet. Ett par av insatserna har inriktats på förebyggande behandling vid utmattningsproblematik och på att hjälpa sjukskrivna kvinnor att snabbare komma tillbaka till arbetet. Satsningen har också bidragit till att skapa PTP-platser för psykologer under utbildning.

Levnadsvanor

Av 50 insatser totalt har 12 genomförts i primärvården. I primärvården har de flesta projekten bestått av gruppverksamheter riktade mot bland annat överviktiga, unga mammor och kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Projekten har handlat om samtal om levnadsvanor, och gravida har inbjudits till träffar om träning och kost. Man har bjudit in kvinnor från socioekonomiskt utsatta områden till hälsoskola och genomfört en kampanj för att minska rökningen hos gravida kvinnor. En hälsoutvecklare, en dietist och en psykolog har också rekryterats. I en region har en livsstilsmottagning startats. Det har även tagits fram tryckt informationsmaterial. Några av insatserna har handlat om att utbilda personalen om levnadsvanor och motiverande samtal.

Könsstymning och våldsutsatthet

Totalt har 11 insatser påbörjats i primärvården, och lika många i övriga delar av vården, i tillsammans nio regioner. Utbildningsinsatser om könsstymning, våldsutsatthet, hedersvåld och kulturkrockar i vården är vanligast. Flera regioner har dessutom arbetat systematiskt med att se över och utveckla rutiner för våldsutsatthet.

(forts.)



I två regioner har vårdcentraler rutinemässigt börjat fråga om våldsutsatthet. En av dem samarbetade med bland annat polisen, folktandvården och socialtjänsten för att ta fram frågematerial och rutiner.

Som ett sätt att anpassa vården utifrån olika grupper med särskilda behov har några regioner tagit kontakt med invandrarföreningar eller samordnat sitt arbete tillsammans med den lokala kvinnofridsgruppen. En informationskampanj om könsstympning riktad till allmänheten har genomförts i en region. En region har genomfört ett omfattande arbete med omhändertagande efter sexuella övergrepp.

10.2.3 Insatser riktade mot särskilda målgrupper

Utöver att vara inriktade på olika utvecklingsområden kan regionernas insatser också särskilt fokusera på olika utsatta grupper. Vi har identifierat 28 insatser som riktar sig specifikt till särskilda målgrupper inom primärvården. Den övervägande majoriteten rör sig om olika former av utbildning, information eller hälsointerventioner till nyanlända eller personer i socioekonomiskt utsatta områden. Men det är enbart elva regioner som har genomfört insatser för särskilda målgrupper, och antalet insatser varierar mellan regionerna – från en till nio insatser.

Många av insatserna är generell information om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar samt allmän hälsoinformation och kunskap om kropp och hälsa, egenvård och SRHR. Tio av insatserna är inriktade främst på asylsökande eller nyanlända, som behöver veta hur man navigerar som patient i den svenska sjukvården. Ytterligare en handfull insatser är inriktade på specifika grupper. Det rör sig om en telefonlinje för kvinnor på thailändska, en familjegrupp på arabiska, en hälsoskola på somaliska samt hjälp till EU-migranter att få rätt vård och säkra preventivmedel.

Elva insatser är inriktade på socioekonomiskt utsatta områden mer generellt, snarare än specifika grupper. I hälften av dem har man stärkt bemanningen med barnmorskor, sjuksköterskor, kuratorer och hälsoutvecklare för att kunna möta befolkningens specifika behov. Insatserna inkluderar också utbildningsinsatser och gruppinterventioner för att stärka hälsosamma levnadsvanor. En insats rör en SRHR-buss som kan förbättra tillgängligheten och användas som uppsökande insats i både socioekonomiskt utsatta områden och vid andra tillfällen och platser.

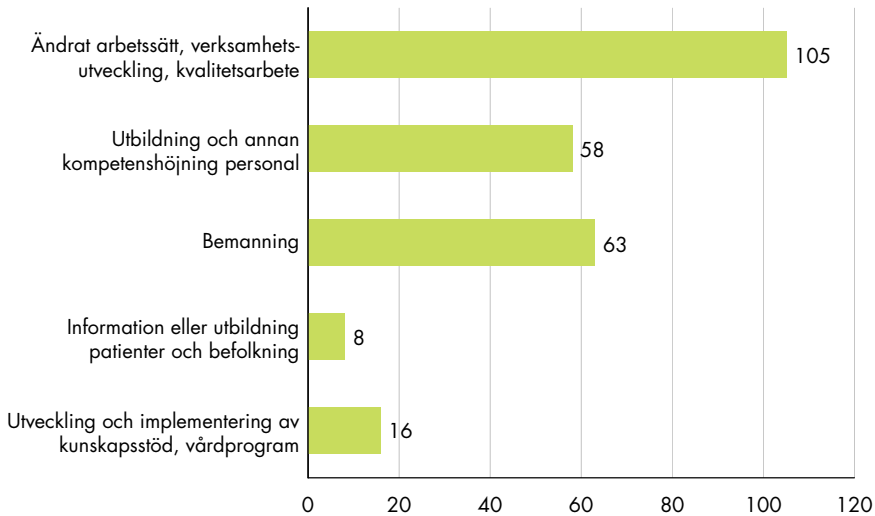
10.3 REGIONERNAS INSATSER INOM SPECIALISERAD VÅRD

Regionerna har även kunnat använda medlen från satsningen till annan vård som stärker kvinnors hälsa. 211 insatser har genomförts inom öppen och sluten specialistvård som inte handlar om graviditet eller förlossning.

10.3.1 Typ av insatser

Insatsernas fördelning på typ av insats framgår av figur 10.3. Liksom för övriga vårdområden har de flesta insatserna handlat om förändrade eller nya arbetssätt, utbildning och annan kompetensutveckling samt bemanning.

Figur 10.3. Antal insatser uppdelat på typ av insats inom övrig öppen och sluten specialistvård.

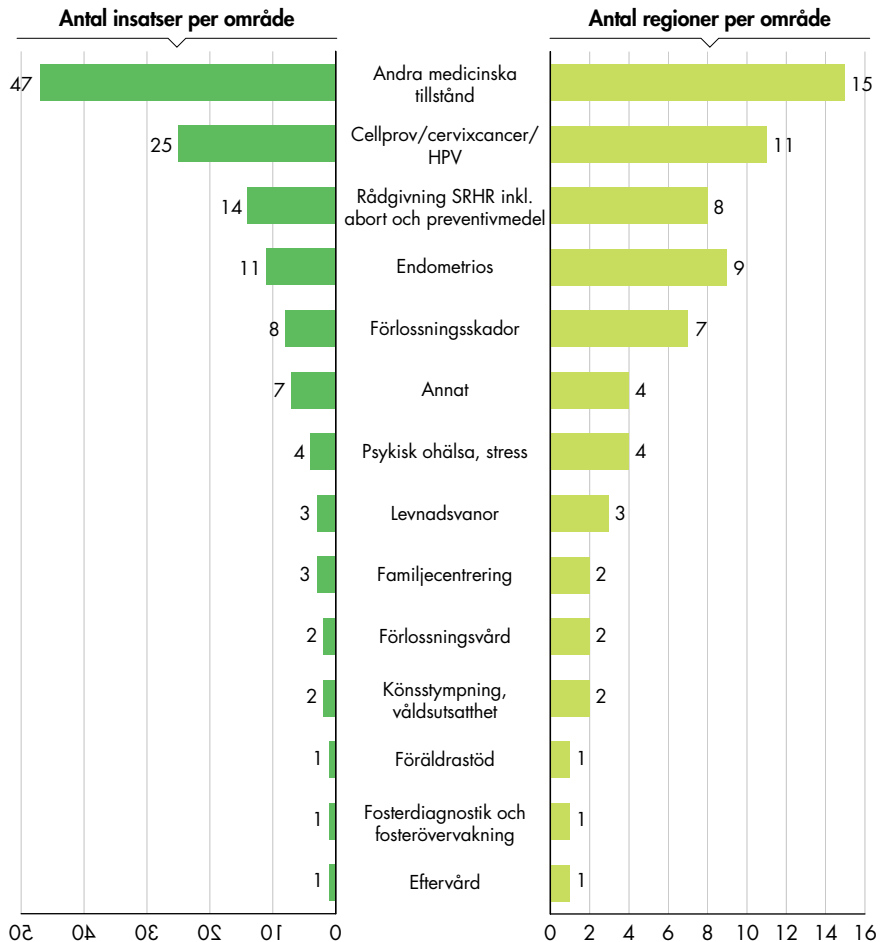


10.3.2 Insatsernas inriktning

De insatser som varit inriktade på något specifikt område har framför allt handlat om andra medicinska tillstånd (se exempelrutin), cellprov/cervixcancer/HPV, rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa och endometrios. Men mindre än hälften av regionerna har genomfört insatser inom dessa områden.



Figur 10.4. Antalet insatser per utvecklingsområde inom övrig specialiserad vård (förutom generella insatser) och antal regioner som genomfört insatser per utvecklingsområde.



Exempel på insatser inom olika utvecklingsområden

Cellprov/cervixcancer/HPV

Det har genomförts 58 insatser relaterade till cellprovkontroll och cervixcancer, varav 25 inom specialistvården. Insatserna har framför allt fokuserat på att öka andelen som kommer på cellprovkontroll genom informationskampanjer och förbättrad tillgänglighet samt bättre mottagande av kvinnor med dysplasi (förändringar i vävnader).

En bred samling informationsåtgärder har provats, till exempel uppmärksamhetsvecka, bioreklam, besök på större arbetsplatser och event, information via internet och en app

(forts.)

samt information till nyanlända kvinnor. För att analysera varför kvinnor uteblir har en region skickat en enkät och en annan har ringt upp dem som har uteblivit. För att förbättra tillgängligheten har ett par regioner tillfälligt infört mottagning på kvällstid, medan andra har ökat bemanningen för att höja kapaciteten. Flera regioner har etablerat dysplasienheter och andra har förstärkt kompetensförsörjningen genom rekrytering eller utbildning inom dysplasi. Några regioner har anslutit sig till kvalitetsregister och infört nationella vårdprogram.

Endometriosis

Tolv regioner har genomfört totalt 22 insatser relaterade till endometriosis, jämnt fördelade mellan primärvård och specialistvård. I specialistvården har sju regioner arbetat med multidisciplinära team, samt förstärkningar i form av bemanning och utbildning till teamen. Två regioner har introducerat kontaktsjuksköterskor och tre har satsat på utbildningsinsatser och kunskapsinhämtning för att stärka kompetensen om endometriosis. Ett par regioner har infört endometriosskolor och en region har arbetat för att öka patienternas delaktighet i vården.

Andra medicinska tillstånd

Relativt många insatser (96 stycken) handlar om olika medicinska tillstånd hos kvinnor, förutom sådana som är knutna till graviditetsvårdkedjan. 47 av dem har utförts i specialistvården och fokuserar ofta på uroterapi, inklusive inkontinens, samt gynekologisk cancer och allmän gynekologi. En region har startat en arbetsgrupp för att inrätta en enhet för utredning av komplexa tillstånd, och en annan region har satsat på jämlik behandling och bemötande vid långvarig smärta. Övriga områden för insatser är IVF, osteoporos, vulvasmärta och bäckensmärta samt lipödem (kronisk störning i fettvävnaden).

10.4 FÅ FÖRBÄTTRINGAR INOM ÖVRIG VÅRD FÖR KVINNOR

Vi har valt ut 34 indikatorer från sju olika datakällor för att belysa utvecklingen inom övrig vård för kvinnor. Vi ser en positiv utveckling bara för ett mindre antal av de indikatorerna. Den positiva utvecklingen gäller framför allt indikatorer för sexuell och reproduktiv hälsa – antal aborter och antal fall av klamydiainfektioner. Vårdens tillgänglighet i form av upplevd tillgång till vård och väntetider uppvisar en negativ utveckling.

10.4.1 Vi har valt att fokusera på några områden

En sammanställning över vilka indikatorer som ingår i vår uppföljning av övrig primärvård och specialiserad vård finns i tabell 10.1. Liksom för graviditetsvårdkedjan har vårt urval av indikatorer för övrig primärvård och specialiserad vård utgått ifrån överenskomsternas övergripande mål.



För att belysa personcentrering inom vården av kvinnor redovisar vi utvecklingen av ett antal indikatorer från den nationella patientenkäten, som beskriver patienternas upplevelser av vården. Den riktar sig omväxlande till patienter som besökt primär- och specialistvård. Enkäter riktade till patienter som besökt primärvården genomfördes 2015, 2017 och 2019, och genomförs nästa gång 2021. Enkäter riktade till patienter som besökt den specialiserade somatiska öppen- och slutenvården genomfördes 2016, 2018 och 2020 (för 2020 har det ännu inte publicerats något resultat). Det har även genomförts undersökningar tidigare än 2015, men på grund av förändringar i insamlingsmetodiken bedöms jämförbarheten bakåt i tiden inte sträcka sig bortom förändringen. Det innebär att det är svårt att bedöma utvecklingen, eftersom den inte går att följa över en längre tidsperiod.

Utvecklingen av tillgänglighet mäter vi bland annat genom uppgifter om upplevd tillgång till vård i den nationella enkätundersökningen Vårdbarometern, och genom väntetider från Väntetidsdatabasen.

Som beskrivits tidigare vill vi också att våra indikatorer ska spegla områden som lyfts fram i överenskommelserna och där regionerna har genomfört insatser. Men jämfört med graviditetsvårdkedjan är ”den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa” betydligt svårare att avgränsa. När det gäller primärvården står det i överenskommelserna att regionerna ska välja insatser som bidrar till att öka kunskapen om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor och insatser som leder till att primärvårdens behandling av kvinnors sjukdomar förbättras. Två sjukdomar som kvinnor kan drabbas av är endometriosis och cervixcancer (livmoderhalscancer). Screening för cervixcancer blev, som en del av satsningen på kvinnors hälsa, avgiftsfritt den 1 januari 2018. Flera regioner har också använt medel från satsningen för att på olika sätt öka deltagandet i screeningen.

Därför har vi valt att inkludera deltagande i cervixscreening som en av indikatorerna som mäter vårdens tillgänglighet.

Även när det gäller endometriosis har flera regioner genomfört olika typer av insatser, bland annat för att öka kunskapen i vården. Vi inkluderar därför ett antal indikatorer som belyser om vårdens insatser för kvinnor med endometriosis är i linje med befintliga nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2018b), det vill säga kunskapsbaserade.

Ytterligare två områden där flera regioner har genomfört insatser är levnadsvanor och psykisk ohälsa. Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig bidragande orsak till skillnader i hälsa mellan olika grupper av kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2020), och psykiska sjukdomar är en vanlig orsak till sjukskrivning (Försäkringskassan 2016). För att beskriva utvecklingen av

psykisk ohälsa använder vi självrapporterade uppgifter från folkhälsoenkäten och uppgifter från Socialstyrelsens patientregister om andelen kvinnor som fått diagnosen ångest eller depression. För att följa utvecklingen av kvinnors levnadsvanor inkluderar vi både indikatorer från den nationella patientenkäten om hur vården arbetar och den nationella folkhälsoenkäten om kvinnors självrapporterade levnadsvanor.

Överenskommelsen för 2017–2019 lyfter även fram information om sexuell och reproduktiv hälsa, könsstympning, våldsutsatthet och jämställt föräldraskap som möjliga områden för insatser. För att belysa utvecklingen av sexuell och reproduktiv hälsa redovisar vi utvecklingen av antal aborter och antal klamydiainfektioner. Våldsutsatthet och föräldrastöd beskrivs i avsnittet om graviditetsvårdkedjan, men när det gäller information om könsstympning har vi inte hittat någon indikator som beskriver utvecklingen.

Tabell 10.1. Indikatorer som används för att följa utvecklingen av övrig primärvård och specialiserad vård för kvinnor.

Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
Personcentrerad vård		
Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/behandling	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Anser du att personalen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver	Nationell patientenkät	2015–2019, alt. 2016–2018
Tillgänglig vård		
Har tillgång till den vård jag behöver	Vårdbarometern	2016–2019
Väntetiden till vårdcentraler är rimlig	Vårdbarometern	2016–2019
Väntetid till sjukhusvård är rimlig	Vårdbarometern	2016–2019
Genomsnittlig väntetid i primärvården	Väntetidsdatabasen	2012–2018
Andel som fått ett besök i primärvården inom sju dagar	Väntetidsdatabasen	2012–2018

(forts.)








Tabell 10.1. (forts.)

Indikatorer för olika dimensioner	Datakälla	Tidsperiod
Andel som fått ett nybesök inom specialistvården inom 90 dagar (kvinnosjukvård)	Väntetidsdatabasen	2012–2019
Andel som fått en operation inom 90 dagar (bröståterbyggnad)	Väntetidsdatabasen	2012–2019
Andel som fått en operation inom 90 dagar (livmoderframfall)	Väntetidsdatabasen	2014–2019
Andel som fått en operation inom 90 dagar (övrig gynekologi)	Väntetidsdatabasen	2014–2019
Andel som fått en operation inom 90 dagar (borttagning av livmoder)	Väntetidsdatabasen	2014–2019
Andel som fått en operation inom 90 dagar (urinläckage)	Väntetidsdatabasen	2012–2019
Deltagit i cellprovtagning	NKCx	2016–2018
Kunskapsbaserad vård		
Ålder vid första endometriosdiagnos	Patientregistret	2013–2018
Optimerad hormonell behandling innan laparaskopi	Läkemedelsregistret och GynOp	2011–2018
Uppföljning efter endometrioskirurgi	Patientregistret och GynOp	2011–2017
Diskuterat matvanor med läkare eller annan vårdpersonal	Nationella patientenkäten	2015–2019, alt. 2016–2018
Diskuterat motionsvanor med läkare eller annan vårdpersonal	Nationella patientenkäten	2015–2019, alt. 2016–2018
Diskuterat tobaksvanor med läkare eller annan vårdpersonal	Nationella patientenkäten	2015–2019, alt. 2016–2018
Diskuterat alkoholvanor med läkare eller annan vårdpersonal	Nationella patientenkäten	2015–2019, alt. 2016–2018
Hälsoutfall		
Risikkonsumtion av alkohol	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2018
Daglig användning av tobak	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2018
Övervikt och fetma (BMI 25 eller högre)	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2018
Nedsatt psykiskt välbefinnande	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2018
Svår ångslan, oro, eller ångest	Nationella folkhälsoenkäten	2010–2018
Diagnosticerad ångest	Patientregistret	2011–2018
Diagnosticerad depression	Patientregistret	2011–2018
Antal aborter per 1 000 invånare	Folkhälsomyndigheten	2010–2018
Antal fall av klamydiainfektioner per 10 000 invånare	Folkhälsomyndigheten	2010–2018

För samtliga indikatorer följer vi utvecklingen över tid på nationell nivå. Där det är möjligt följer vi också utvecklingen av skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor för att belysa vårdens jämlikhet. Hur vi har analyserat utvecklingen av skillnader mellan regioner och grupper beskriver vi närmare i bilaga 4.

I kommande figurer i kapitlet ger vi en översiktlig bild av utvecklingen för de olika indikatorerna med hjälp av pilar. Pilarnas innebörd framgår av tabell 10.2. För utvecklingen på nationell nivå har vi analyserat om förändringen över tid är statistiskt säkerställd. En statistiskt säkerställd förändring innebär att förändringen sannolikt inte är orsakad av slumpen. Men att en förändring är statistiskt säkerställd innebär inte nödvändigtvis att det är en stor förändring. Till exempel kan även mycket små förändringar bli statistiskt signifikanta om det är fråga om ett stort antal observationer.

Tabell 10.2. Förklaring till kommande figurer som beskriver indikatorernas utveckling.

Utveckling nationellt	Variation	Sämsta värde region
 Värdet har ökat, önskad utveckling		Värdet för den region som har sämst resultat har ökat, önskad utveckling
 Värdet har ökat, inte önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har ökat	Värdet för den region som har sämst resultat har ökat, inte önskad utveckling
 Värdet har minskat, önskad utveckling	Skillnaderna mellan regioner eller grupper har minskat	Värdet för den region som har sämst resultat har minskat, önskad utveckling
 Värdet har minskat, inte önskad utveckling		Värdet för den region som har sämst resultat har minskat, inte önskad utveckling
 Värdet är oförändrat	Skillnaderna mellan regioner eller grupper är oförändrade	Värdet för den region som har sämst resultat är oförändrat

10.4.2 Olika trender för personcentrerad vård i primär- och specialistvård

I en personcentrerad vård ingår aspekter som information, bemötande, delaktighet, medskapande och samordning. Med det som utgångspunkt har vi valt ut ett antal frågor ur Nationell patientenkät (NPE) som motsvarar de aspekterna. I vår analys av indikatorerna har vi studerat kvinnornas resultat på riksnivå, och andelen som instämmer med de två mest positiva



svarsalternativen (svarskategori 5 – ”Ja, helt och hållet” – och svarskategori 4) på varje fråga. Det finns möjlighet att dela in resultaten efter region och utifrån kvinnans högsta avslutade utbildning. Vi ser att utvecklingen för personcentrering ser olika ut för olika delar av vården. Medan det finns tecken på en förbättring i den öppna specialistvården, går det inte att se en lika stor förbättring inom den slutna specialistvården. Inom primärvården har de flesta av indikatorerna försämrats sedan den första mätningen.

Negativ trend för personcentrering i primärvården

I primärvården har andelen kvinnor som svarat positivt på personcentreringsindikatorerna minskat för flera frågor under 2015–2019. Vi kan se en förbättring för frågorna som handlar om information (figur 10.5), men för övriga indikatorer har det varit en negativ utveckling. Samtidigt har det sämsta rapporterade värdet i regionerna förbättrats eller varit oförändrat, förutom för indikatorn för samordning. Skillnaderna mellan regioner och för kvinnor med olika utbildning är däremot oförändrade.

Figur 10.5. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom primärvården för personcentrerad vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2015	2019		Regioner	Utbildning
Delaktighet - Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/behandling		64,6%	63,9 %*			
Medskapande - Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd		62,6 %	61,0 %*			
Bemötande - Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg		67,8 %	66,2 %*			
Information - Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod		67,6 %	68,1 %			
Information - Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling		55,7 %	59,6 %*			
Samordning - Anser du att personalen på vårdcentralen/mottagningen/etc. samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver		50,4 %	48,4 %*			

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationell patientenkät, Vårdanalys bearbetning.

Andelen kvinnor som svarar positivt på personcentreringsindikatorerna har minskat, oavsett utbildning. Oftast är kvinnor med en grundskoleexamen som högsta avslutade utbildning mer positiva än kvinnor med högre utbildning, men för de flesta indikatorer har andelen positiva sjunkit över tid utan att den inbördes spridningen mellan utbildningsgrupperna har förändrats.

Specialiserade vården utvecklas positivt

Inom specialistvården är resultaten varierande. I den öppna specialistvården har alla indikatorer med undantag för indikatorn för samordning av vården förbättrats under 2016–2018. Det sämsta värdet i regionerna har också förbättrats för alla indikatorer förutom samordning och delaktighet. Variationerna mellan regionerna och mellan kvinnor med olika utbildning kvarstår samtidigt för samtliga indikatorer.

Figur 10.6. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom öppen specialistsjukvård för personcentrerad vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2016	2018		Regioner	Utbildning
Delaktighet - Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/ behandling	↑	75,0 %	75,9 %*	↓	→	→
Medskapande - Tog läkaren/ vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd	↑	68,8 %	72,7 %*	↑	→	→
Bemötande - Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg	↑	77,2 %	78,9 %*	↑	→	→
Information - Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod	↑	77,8 %	79,3 %*	↑	→	→
Information - Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling	↑	71,8 %	73,7 %*	↑	→	→
Samordning - Anser du att personalen på vårdcentralen/ mottagningen/etc. samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver	↓	67,5 %	66,8 %*	↓	→	→

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationell patientenkät, Vårdanalys bearbetning.



I den slutna specialistvården kan vi notera en förbättring för tre av sex indikatorer för personcentrering. Samtidigt har det sämsta värdet i regionerna förbättrats för alla indikatorer utom information i samband med frågor. Skillnaderna mellan regionerna och för grupper med olika utbildning kvarstår.

Figur 10.7. Sammanfattning av utvecklingen av indikatorer inom slutna specialistsjukvård för personcentrerad vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2016	2018		Regioner	Utbildning
Delaktighet - Gjorde läkaren/vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/behandling		60,6 %	59,9 %			
Medskapande - Tog läkaren/vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/hälsotillstånd		62,2 %	62,9 %			
Bemötande - Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg		71,8 %	73,5 %*			
Information - Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod		67,9 %	67,5 %			
Information - Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling		59,2 %	60,6 %*			
Samordning - Anser du att personalen på vårdcentralen/mottagningen/etc. samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver		59,6 %	59,4 %			

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationell patientenkät, Vårdanalys bearbetning.

10.4.3 Vårdens tillgänglighet tycks ha försämrats

En viktig del av vårdens tillgänglighet är väntetider. Vi har därför valt att studera utvecklingen av väntetider – både den utveckling som redovisas i Väntetidsdatabasen, men också kvinnornas egen uppfattning om väntetider i undersökningen Vårdbarometern.

Väntetidsdatabasen gör det möjligt att se väntetiderna och efterlevnaden av vårdgarantin för läkarbesök inom primärvården för kvinnor respektive

män. Det går däremot inte att se patientens kön i specialistvården. För att få en bild av väntetiderna i specialistvården har vi tittat på andelen som inom 90 dagar får ett nybesök inom kvinnosjukvården och som opereras på grund av livmoderframfall, borttagning av livmodern, bröståterbyggnad, urininkontinens och övrig gynekologi. Vi hämtar också uppgifter från Vårdbarometern om kvinnorna upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Vi beskriver även utvecklingen av deltagande i cervixscreening som ett mått på vårdens tillgänglighet.

Med undantag för deltagandet i cervixscreening, som är oförändrat, ser vi att vårdens tillgänglighet har försämrats. När kvinnor själva tillfrågas visar svaren att tillgången till vård har blivit sämre, även om det inte är möjligt att följa utvecklingen under en längre tid. Vi ser också en sämre efterlevnad av vårdgarantin inom primärvården och för operationer inom specialistvården.

Väntetiderna inom vården ökar generellt. Sedan 2014 har andelen och antalet patienter som väntar längre än vårdgarantins tidsgräns ökat inom den specialiserade vården. Försämringarna sammanfaller med att ekonomiska incitament (i form av den tidigare kömiljarden) togs bort, men det är svårt att dra tydliga slutsatser om vad som beror på det och vad som beror på andra faktorer (Vårdanalys 2017a). Utöver ekonomiska incitament kan väntetider också påverkas av produktivitet, personella resurser, arbetssätt och rutiner (Vårdanalys 2015a).

Deltagandet i cellprovskontroll är oförändrat

Varje år insjuknar omkring 450–500 kvinnor i cervixcancer (livmoderhalscancer). Den orsakas så gott som alltid av kvarvarande HPV-infektion (Regionala cancercentrum i samverkan 2017). HPV är en sexuellt överförd infektion (STI) som drabbar en majoritet av befolkningen och oftast läker ut, men som kan ge cellförändringar, vilka i sin tur kan utvecklas till cancer (Regionala cancercentrum i samverkan 2019). Cervixcancer går att förebygga genom screening och borttagande av förstadier.

Screening för cervixcancer i form av undersökning av cellförändringar i livmoderhalsen har erbjudits kvinnor sedan slutet av 1960-talet. Från 1990-talet har kvinnor i åldern 23–50 år erbjudits provtagning vart tredje år, och vart femte år upp till och med 60 års ålder (Socialstyrelsen 2015a). År 2015 publicerade Socialstyrelsen nya rekommendationer för screening för livmoderhalscancer. Där rekommenderades att det befintliga screeningprogrammet med cellprovtagning och analys för cytologi för kvinnor i åldern 23–29 år skulle fortsätta, men från 30 års ålder rekommenderades cellprovtagning med analys för HPV, vilket innebar en förändrad



analysmetod. Dessutom rekommenderades att den övre åldersgränsen skulle höjas från 60 till 64 år (Socialstyrelsen 2015a). I januari 2018 blev cellprov i de intervall och åldersgrupper som rekommenderas av Socialstyrelsen avgiftsfria i alla regioner, som en del i satsningen på kvinnors hälsa.

Gynekologisk cellprovskontroll för förebyggande av cervixcancer går att följa med uppgifter från Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (NKCx), men bara från 2016 och framåt beroende på förändringarna i hur ofta olika åldersgrupper kallas. Under 2016–2018 har deltagandet varit oförändrat på riksnivå.

Det finns regionala skillnader för deltagande i cellprovtagning efter kallelse. Av de kvinnor som kallades under 2017 deltog i genomsnitt 70 procent i cellprovtagningen inom ett år, men i 14 regioner var deltagandet över 75 procent, medan tre regioner rapporterade ett deltagande under 58 procent (NKCx 2019). Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av livmoderhalsscreening (Socialstyrelsen 2020c). I utvärderingen konstateras att screeningen fortfarande inte är jämlik i Sverige, och att det finns förbättringsbehov inom flera områden. Bland annat behöver flera regioner öka antalet kvinnor som deltar i screeningen, och regionerna behöver också förbättra uppföljningen av kvinnor med avvikande cellprover. I utvärderingen konstateras också att kvinnor med lägre utbildningsnivå i lägre utsträckning deltar i screeningen.

Figur 10.8. Deltagande i cervixscreening och väntetider i primärvården.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Regioner	Variation	
		2016	2018		Födelseland	Utbildning
Deltagande i cellprovtagning		70 %	70 %	—	—	—
		2016	2019			
Väntetiden till vårdcentralen är rimlig		67,0 %	62,4 %*			
		2009	2018			
Genomsnittlig väntetid primärvård		2,2	2,8*		—	—
Andel som fått besök inom sju dagar primärvård		91,2 %	89,8 %*		—	—

(*) Skillnaden mellan 2016 (uppfattning om rimlig väntetid till vårdcentralen) respektive 2015 (genomsnittlig väntetid och andel som fått besök i primärvård inom sju dagar) och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: NKCx, Vårdbarometern, Väntetidsdatabasen, Vårdanalys bearbetning.

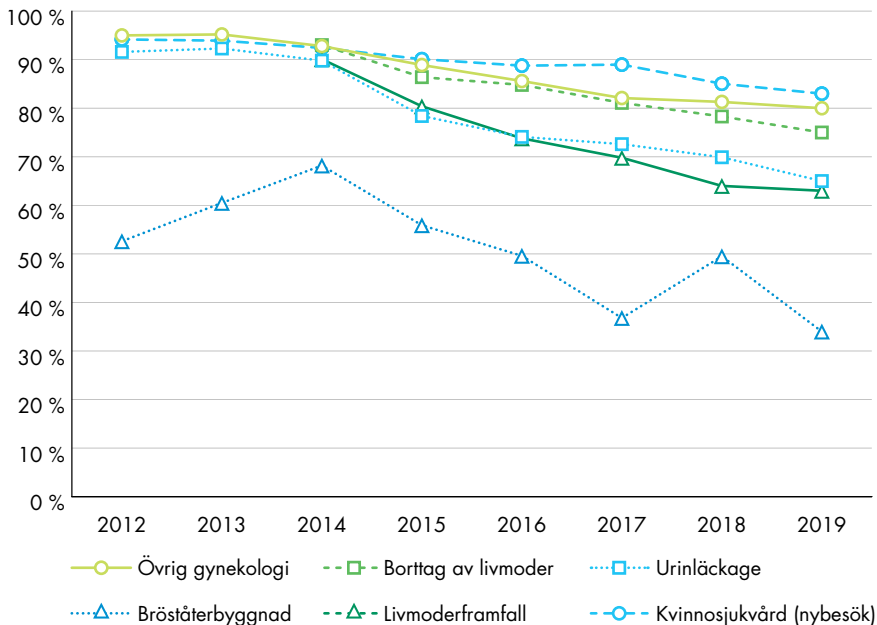
Väntetider och upplevd tillgång till vård har försämrats

Den nationella vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, HSF) tydliggör hur länge man som patient som längst ska behöva vänta på vård. Fram till 1 januari 2019 fanns det en besöksgaranti som sa att man skulle få besöka läkare inom primärvården inom sju dagar från det att man hade sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att det finns behov av att besöka en läkare.

Under 2009–2018 har andelen som fått ett besök inom vårdgarantigränsen minskat, och den genomsnittliga väntetiden på ett besök i primärvården har ökat. Variationen mellan regionerna i genomsnittlig väntetid kvarstår. Under 2016–2019 har också andelen kvinnor som anser att väntetiden till vårdcentraler är rimlig minskat.

Kvinnor som är födda i Sverige är något mer positiva till väntetiderna än kvinnor som är födda utanför Sverige. Kvinnor som är födda utanför Europa är den grupp där lägst andel instämmer i påståendet att väntetiderna är rimliga. Men ännu större skillnader finns mellan kvinnor med olika utbildningsnivå, där kvinnor med grundskoleutbildning som högsta avslutade utbildning i högre grad anser att väntetiderna är rimliga jämfört med kvinnor med högre utbildning. Skillnaderna mellan olika grupper kvarstår under den tidsperiod vi tittat på.

Figur 10.9. Andel som fått nybesök (besöksgaranti) och olika operationer (behandlingsgaranti) i den specialiserade vården inom 90 dagar.



Källa: Väntetidsdatabasen.

Även inom specialistvården har tillgängligheten försämrats. Inom den specialiserade vården ska patienten få besöka vården inom 90 dagar från det att en remiss har utfärdats eller, om en remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med vården (besöksgaranti). Patienten ska också få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vår uppföljning visar att andelen kvinnor som fått ett nybesök eller en operation inom 90 dagar har minskat. För nybesök inom kvinnosjukvården har variationen mellan regionerna också ökat under tidsperioden (figur 10.10). För väntetider till operationer (bröståterbyggnad, livmoderframfall, borttagning av livmoder, urinläckage hos kvinnor och övrig gynekologi) följer vi bara utvecklingen på riksnivå.

Figur 10.10. Uppfattning om väntetider inom specialiserad vård, samt övergripande uppfattning om tillgång till vård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Variation		
		2016	2019	Regioner	Födelseland	Utbildning
► Specialiserad vård						
Väntetiden till sjukhusvård är rimlig		51,7 %	46,7 %*			
► Övergripande						
Jag har tillgång till den vård jag behöver		85,5 %	85,1 %			

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Vårdbarometern, Vårdanalys bearbetning.

Även kvinnornas egen bedömning av väntetiderna för att få sjukhusvård har haft en negativ utveckling under 2016–2019. Det är små skillnader mellan kvinnor med olika födelseland, men något vanligare att kvinnor med grundskoleutbildning som högsta avslutade examen tycker att väntetiderna till sjukhuset är rimliga. Skillnaden mellan grupperna kvarstår också.

Vi har också studerat hur stor andel kvinnor som svarar att de har tillgång till den vård de behöver i undersökningen Vårdbarometern. Även här är det bara möjligt att följa utvecklingen 2016–2019, men under den tiden har andelen kvinnor som svarat positivt på frågan minskat något. Kvinnor födda utanför Sverige svarar i lägre utsträckning positivt än kvinnor födda i Sverige, och kvinnor med eftergymnasial utbildning är mindre positiva än kvinnor

med kortare utbildning. Samtidigt har andelen som svarar positivt minskat eller varit oförändrat under tidsperioden i alla grupper.

10.4.4 Få förbättringar av den kunskapsbaserade vård vi följer upp

En del av en kunskapsbaserad vård är att använda systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap på ett metodiskt sätt (Socialstyrelsen 2009). Vi har valt att följa utvecklingen för endometrios och levnadsvanor. För båda dessa områden finns nationella riktlinjer, som kan ligga till grund för en kunskapsbaserad vård (Socialstyrelsen 2018b, Socialstyrelsen 2018d). Det är också områden där flera regioner har genomfört insatser. Trots detta syns ingen tydlig positiv utveckling på nationell nivå. För vissa indikatorer finns däremot inte data som sträcker sig längre än till 2017.

Ingen tydlig förbättring av endometrioscården

Endometrios är när vävnad som liknar livmoderslemhinna växer utanför livmoderhålan. Det kan ge upphov till smärta vid menstruation, ägglossning, tarmtömning och samlag. Andra symtom är besvär från urinblåsan och kronisk buk- och bäckensmärta. Ungefär 250 000 personer i Sverige har endometrios, varav ungefär hälften har besvär som i någon mån påverkar deras liv. Behandlingen kan bestå av hormonell behandling, kirurgisk behandling, farmakologisk smärtbehandling och icke-farmakologisk smärtbehandling (Socialstyrelsen 2019a).

År 2018 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer med rekommendationer om vård vid endometrios (Socialstyrelsen 2018b). Parallellt tog myndigheten fram ett förslag till indikatorer för att följa upp vården, och en första utvärdering av vården. Den bygger på data från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp), patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen samt enkäter till kvinnokliniker som bedriver akut endometrioscård, IVF-kliniker, vårdcentraler, ungdomsmottagningar och elevhälsan.

Vi har valt ut tre indikatorer som ingår bland Socialstyrelsens indikatorer för vård vid endometrios som går att följa över tid:

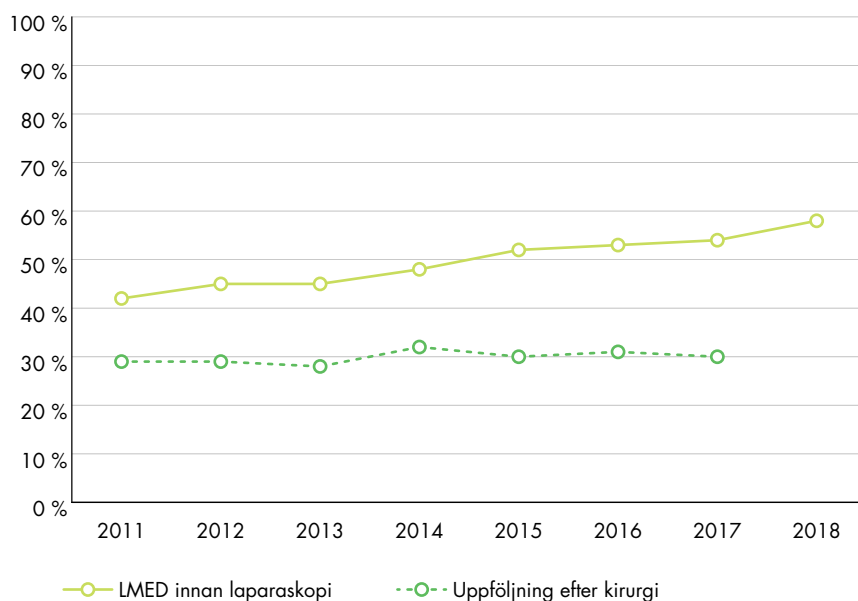
- genomsnittlig ålder vid diagnos
- optimerad hormonell behandling innan laparoskopi
- andel av de genomförda endometrioscirurgiska operationerna där patienten har följts upp av öppenvården 2–4 månader efter ingreppet.



I riktlinjerna rekommenderas basal hormonell behandling som förstahandsalternativ, innan andra mer invasiva ingrepp utförs. Först vid utebliven eller otillräcklig behandlingseffekt rekommenderas laparaskopi (titthålskirurgi) för diagnostik och eventuell åtgärd. Hur stor andel av kvinnorna som har fått hormonell behandling innan de behandlas med laparaskopi mäts med indikatorn ”andelen kvinnor som behandlats med optimerad hormonell behandling”. Det har skett en viss ökning i andelen kvinnor som fått optimerad hormonell behandling innan laparaskopi under 2011–2018.

I riktlinjerna rekommenderas också uppföljning av behandlingseffekten cirka tre månader efter nyinsatt eller ändrad hormonell behandling samt efter kirurgi. Andelen kvinnor som fått en uppföljning i öppenvården inom 2–4 månader efter ett kirurgiskt ingrepp relaterat till endometrios är i princip oförändrad under 2011–2017. År 2011 var det cirka 29 procent som fick en uppföljning enligt patientregistret, och 2017 var det 30 procent.

Figur 10.11. Utveckling för indikatorer avseende endometrios.



Källa: Läkemedelsregistret, GynOp.

Den genomsnittliga åldern för att bli diagnostiserad med endometrios bör vara låg, eftersom det visar en god förmåga hos sjukvården att ställa korrekta diagnoser. Om indikatorn visar på en nedåtgående trend, det vill säga att den genomsnittliga åldern har minskat, kan det vara ett tecken på att kunskapen

om endometriosis har ökat i sjukvården. Men medelåldern för diagnos, 35 år, har varit konstant under 2013–2018.

Färre kvinnor tillfrågas om sina levnadsvanor

I den nationella patientenkäten ställs regelbundet frågor till patienter som har besökt specialist- eller primärvården om vårdpersonalen har diskuterat mat-, motions-, tobaks- eller alkoholvanor med dem. Alla regioner har möjlighet att inkludera dessa frågor i enkäterna som skickas ut, men det är inte obligatoriskt. Utvecklingen på riksnivå gäller alltså inte samtliga regioner.

I primärvården har vårdpersonalen något oftare diskuterat mat-, tobaks- eller alkoholvanor med patienten 2019 jämfört med 2015, medan färre kvinnor har rapporterat att de blivit tillfrågade om sina motionsvanor.

Variationer mellan regioner och mellan grupper med olika utbildning är oförändrade. Det är små skillnader i andelen som har diskuterat levnadsvanor i olika utbildningsgrupper, och förändringen över tid ser liknande ut mellan grupperna. Något färre kvinnor med grundskoleutbildning som högsta avslutade utbildning har diskuterat motions-, tobaks- och alkoholvanor än kvinnor med högre utbildning.

Figur 10.12. Samtal om levnadsvanor med personal i primärvården.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2015	2019		Regioner	Utbildning
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen matvanor	↑	23,9 %	26,8 %*	↑	→	→
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen motionsvanor	↓	38,2 %	37,9 %	↓	→	→
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen tobaksvanor	↑	21,6 %	23,9 %*	↑	→	→
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen alkoholvanor	↑	15,4 %	20,5 %*	↑	→	→

Östergötland, Jämtland, Västerbotten, Sörmland, Västernorrland ingår inte.

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationella patientenkäten, Vårdanalys bearbetning.

Inom både den öppna (figur 10.13) och den slutna specialistvården (figur 10.14) har andelen patienter som uppger att de har diskuterat de olika

levnadsvanorna med vårdpersonal minskat något mellan mätningarna 2016–2018. Variationen mellan regionerna och mellan kvinnor med olika utbildningsnivå är oförändrad. Men på samma sätt som i primärvården deltog inte alla regioner i undersökningen i specialistvården, och alla regioner ingår därför inte i resultatet på nationell nivå.

Figur 10.13. Samtal om levnadsvanor med personal i specialiserad öppenvård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2016	2018		Regioner	Utbildning
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen matvanor	➡	17,5 %	17,5 %	⬇️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen motionsvanor	⬇️	24,9 %	24,4 %	⬇️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen tobaksvanor	⬇️	21,6 %	19,7 %*	⬇️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen alkoholvanor	⬇️	15,4 %	14,3 %*	⬇️	➡	➡

Holland, Jämtland, Jönköping, Sörmland, Stockholm, Västerbotten, Västernorrland, VGR och Gotland ingår inte.

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationella patientenkäten, Vårdanalys bearbetning.

Figur 10.14. Samtal om levnadsvanor med personal i specialiserad slutenvård.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation	
		2016	2018		Regioner	Utbildning
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen matvanor	⬇️	25,8 %	21,5 %*	⬇️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen motionsvanor	⬇️	28,9 %	27,7 %*	⬆️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen tobaksvanor	⬇️	29,5 %	28,8 %	⬇️	➡	➡
Diskuterade läkaren eller någon annan i personalen alkoholvanor	⬇️	22,0 %	21,3 %	➡	➡	➡

Holland, Jämtland, Jönköping, Stockholm, Västerbotten, Västernorrland, VGR och Gotland ingår inte.

(*) Skillnaden mellan första och sista året i tidsperioden är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

Källa: Nationella patientenkäten, Vårdanalys bearbetning.

10.4.5 Förbättringar i sexuell och reproduktiv hälsa

För att beskriva utvecklingen av kvinnors hälsa har vi valt att analysera utvecklingen av levnadsvanor, psykisk ohälsa samt sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR). Indikatorerna är hämtade från SKR:s nationella patientenkät, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsens patientregister.

Vi ser inte någon större förändring av olika levnadsvanor. Utvecklingen för psykisk hälsa är negativ medan utvecklingen för sexuell och reproduktiv hälsa är positiv med färre aborter och klamydiainfektioner.

Ingen större förändring i levnadsvanor

Under 2010–2018 har det inte skett någon större förändring av andelen kvinnor som är överviktiga, har en riskkonsumtion av alkohol eller använder tobak varje dag. Skillnaderna mellan grupper av kvinnor med olika födelseland har ökat för tobaksanvändning, men är oförändrade för övriga indikatorer. Skillnaden drivs huvudsakligen av att tobaksanvändningen bland kvinnor födda utanför Europa har minskat mer än bland övriga kvinnor. Både 2010 och 2019 är tobaksanvändningen lägst bland kvinnor födda utanför Europa.

Skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå har minskat för alkoholkonsumtion, men kvarstår för övriga indikatorer. Alkoholkonsumtionen är högre bland kvinnor med gymnasie- och eftergymnasial utbildning, men skillnaden mellan utbildningsnivåerna har minskat som en följd av att konsumtionen har ökat mest bland kvinnor med grundskoleutbildning. Samtliga regionala skillnader är oförändrade.

Figur 10.15. Indikatorer som följer levnadsvanor hos kvinnor.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation		
		2010	2018		Regioner	Utbildning	Födelseland
Självrapporterad riskkonsumtion av alkohol	→	13 %	13 %	↓	→	↓	→
Självrapporterad daglig användning av tobak	↓	15 %	13 %	↓	→	→	↑
Övervikt och fetma (BMI 25 eller högre)	↑	43 %	44 %	→	→	→	→

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Vårdanalys bearbetning.



Försämrad psykisk hälsa hos kvinnor

Psykisk ohälsa bland kvinnor har ökat under en längre tid, och varierar mellan olika grupper. Figur 10.16 visar utvecklingen för de indikatorer som vi har valt ut. Den sammantagna bilden är att både den självrapporterade psykiska ohälsan, och den ohälsa som sjukvården har diagnostiserat har ökat sedan 2011. Det går inte att avgöra hur mycket av den ökade diagnosticeringen som beror på ökad psykisk ohälsa och vad som beror på bättre kännedom om riktlinjer, utredning, och diagnostik.

Figur 10.16. Utvecklingen av psykisk ohälsa.

	Utveckling nationellt	Andel i början och slutet av tidsperioden		Sämsta värde region	Variation		
		2011	2018		Regioner	Utbildning	Födelseland
Diagnostiserad depression	↑	1,7 %	2,4 %*	↑	→	→	—
Diagnostiserad ångestsyndrom	↑ ⁽¹⁾	1,4 %	1,4 %*	↑	→	→	—
Läkemedelsbehandling vid depression	↑	13,3 %	15,9 %*	↑	→	→	—
Självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande	↑	15 %	18 %*	→	→	→	↓
Självrapporterad svår ångslan, ångest, oro	↑	6 %	9 %*	↑	→	↓	↓

Diagnostiserad depression beräknas genom som andelen kvinnor som har diagnostiserats under året med depression inom slutenvård eller specialiserad öppenvård, som huvuddiagnos eller bidiagnos delat med det totala antalet kvinnor i befolkningen.

Diagnostiserat ångestsyndrom beräknas genom andelen kvinnor som har diagnostiserats under året med ångestsyndrom inom slutenvård eller specialiserad öppenvård, som huvuddiagnos eller bidiagnos delat med det totala antalet kvinnor i befolkningen.

Läkemedelsbehandling vid depression beräknas genom andelen kvinnor, som har minst en expediering under året av något läkemedel med ATC-kod som börjar på N06A.

(*) Skillnaden mellan 2015 och 2018 är statistiskt säkerställd på signifikansnivån 5 %.

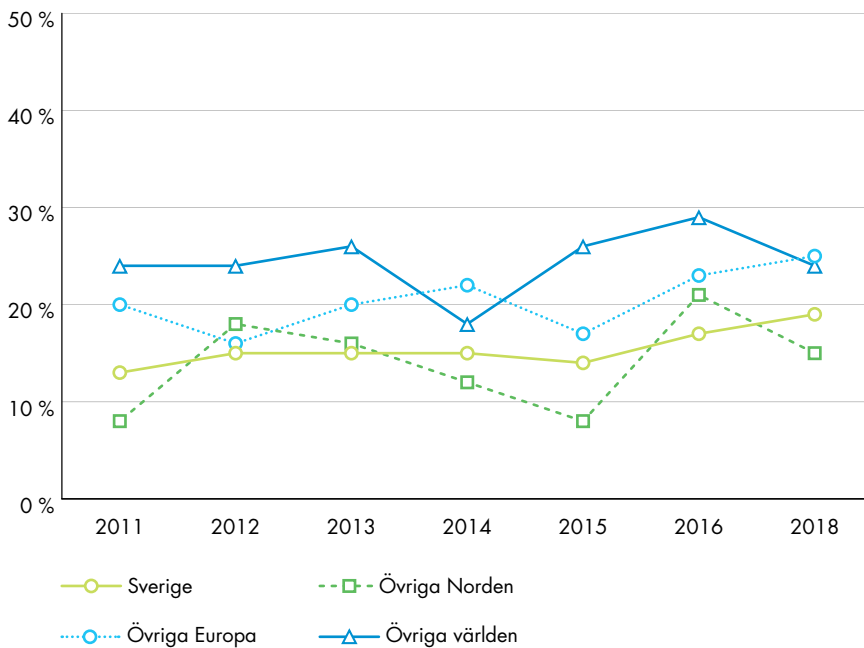
(1) Minskning med 0,08 procentenheter.

Källa: Patientregistret, Nationella folkhälsoenkäten.

Indikatorerna visar att andelen kvinnor med psykisk ohälsa skiljer sig åt beroende på födelse- och utbildningsnivå. Under mätperioden är det vanligare att kvinnor födda utanför Sverige och Norden rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, men ökningen mellan åren är större hos kvinnor födda i Sverige.

Det är något vanligare att kvinnor med enbart grundskoleexamen eller som är födda utanför Europa svarar att de har ångest. Det är också något vanligare att kvinnor med enbart grundskoleexamen diagnosticeras med ångest eller depression. För självrapporterad ångest har skillnaderna minskat mellan kvinnor med olika utbildningsnivå och födelse- och utbildningsnivå, och för självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande har skillnaderna minskat mellan kvinnor med olika födelse- och utbildningsnivå. För övriga indikatorer kvarstår skillnaderna mellan olika grupper och regioner.

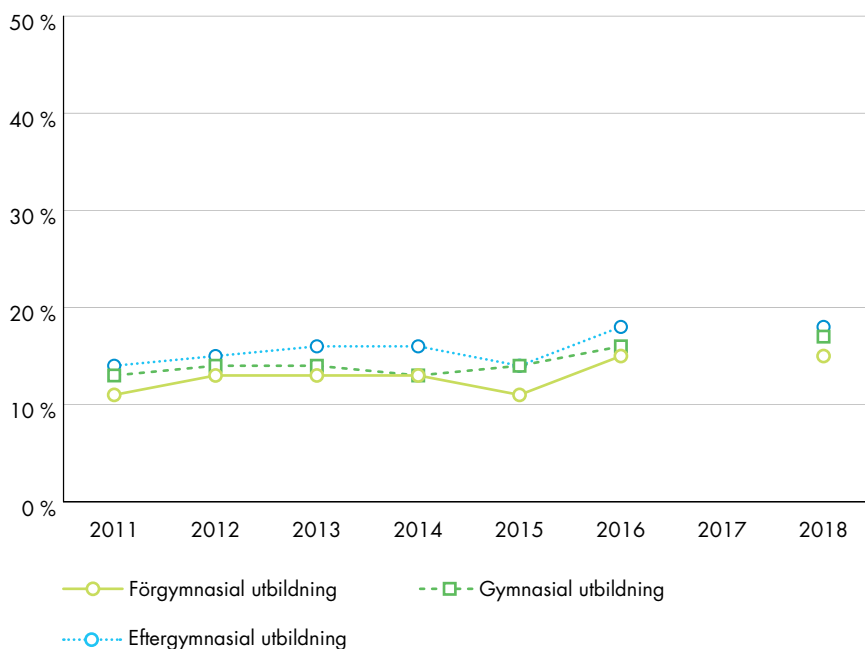
Figur 10.17. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor (självrapporterat).



Källa: Nationella folkhälsoenkäten.



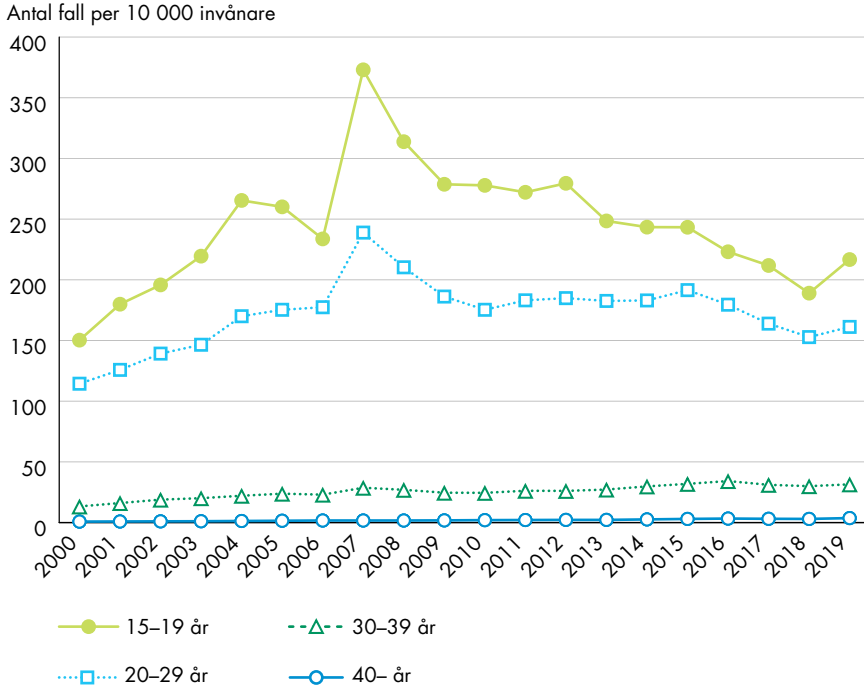
Figur 10.18. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor (självrapporterat).



Källa: Nationella folkhälsoenkäten

Våra indikatorer för sexuell och reproduktiv hälsa pekar på en förbättring

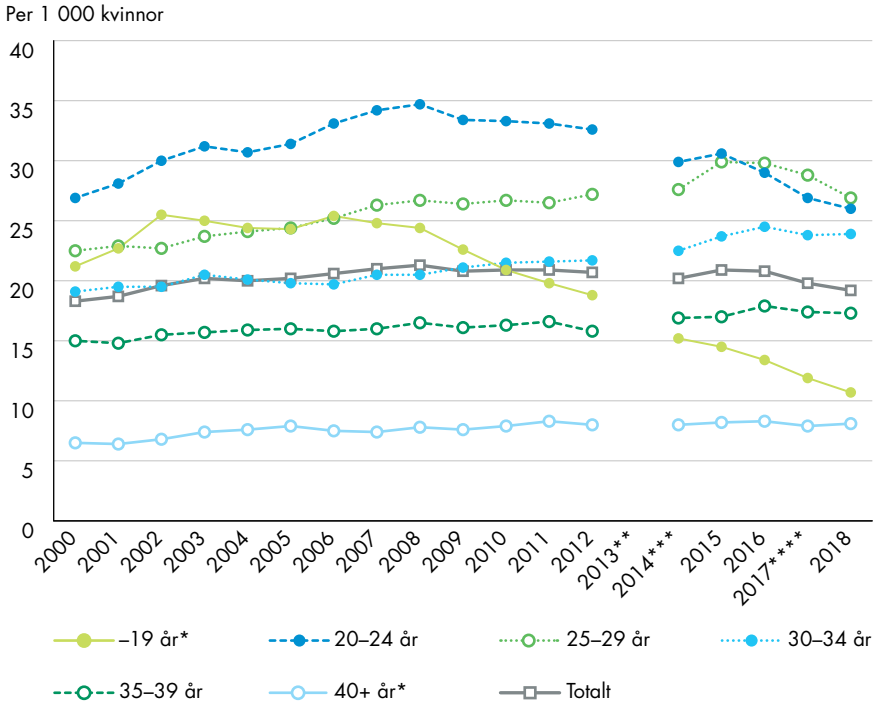
Under 2010–2018 har antalet klamydiainfektioner i Sverige minskat, särskilt bland ungdomar och unga vuxna i åldern 15–19 år och 20–24 år. Det har också skett en minskning i variationen mellan regioner i antalet klamydiainfektioner. Enligt Folkhälsomyndigheten kan utvecklingen påverkas av förebyggande insatser och förändringar i sexuellt beteende, men också av hur många prov som tas, tillgänglighet till testning och smittspårningsrutiner. Antalet provtagna personer har ökat betydligt i landet, från närmare 494 000 personer 2009 till mer än 608 000 personer 2018. Av dessa är 70 procent kvinnor. Gratis testning via internet, som under senare år har införts som ett komplement till den ordinarie provtagningsverksamheten inom hälso- och sjukvården i de flesta regioner, har ökat möjligheten till lättillgänglig testning (personlig kommunikation med Inga Veličko, Folkhälsomyndigheten).

Figur 10.19. Antal klamydiafall per åldersgrupp för kvinnor per 10 000 invånare, 2000–2019.

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Antalet aborter per 1 000 kvinnor har också minskat något. Antalet aborter per 1 000 kvinnor har minskat successivt sedan 2008 (Socialstyrelsen 2020a). Minskningen menar Socialstyrelsen kan bero på utökad användning av långtidsverkande preventivmedel och ekonomiska subventioner av preventivmedel. I Socialstyrelsens statistik om förskrivning av preventivmedel ser vi exempelvis att användandet av långtidsverkande preventivmedel har fördubblats under 2006–2018 (Socialstyrelsen 2020b). Sedan 2014 har minskningen skett bland unga kvinnor, upp till 29 års ålder. Det är inte möjligt att följa utvecklingen i olika regioner eller för olika socioekonomiska grupper.

Figur 10.20. Antal aborter per 1 000 kvinnor efter ålder, 2000–2018.



Källa: Socialstyrelsen statistik om aborter

* Per 1 000 kvinnor 15-19 år respektive 40-44 år.

** Data saknas för 2013 på grund av uppehåll i datainsamlingen.

*** Ny metod för datainsamling från 2014. Uppgift om ålder saknas för 1 procent av aborterna.

**** Uppgift om ålder saknas för 1 procent av aborterna.

Den förstärkning av ungdomsmottagningarna som genomförts inom ramen för satsningen på psykiska hälsa kan ha bidragit till utvecklingen, både för aborter och klamydiainfektioner. Förstärkningen har omfattat 130 miljoner per år 2016–2019 (Socialdepartementet och SKL 2017c, 2018b, 2019). De flesta län har använt en del av satsningen till bemanning. Andra områden där man genomfört insatser är ökad tillgänglighet (till exempel utökade öppettider, nya mottagningar och nya kommunikationssätt), kompetensutveckling, framtagande av vägledande dokument, insatser för förbättrad samverkan samt insatser riktade till unga nyanlända (SKL 2017c, 2018e, 2019d).



Regionernas insatser och utvecklingen inom neonatalvården

I det här kapitlet beskriver vi läget inom neonatalvården och de insatser regionerna har genomfört. Vår beskrivning visar följande:

- Regionala skillnader, kompetensförsörjning och familjecentrering är utmaningar för neonatalvården.
- Regionernas insatser har fokuserat på verksamhetsutveckling, utbildning och bemanning, och många insatser har handlat om medicinsk säkerhet och familjecentrering.
- För de indikatorer vi har valt ut saknas uppgifter efter 2018, så det är fortfarande för tidigt att kunna se någon utveckling i samband med satsningen.

11.1 LÄGESBILD INOM NEONATALVÅRDEN

Neonatalvården inkluderades i satsningen först 2018, vilket innebär att det är för tidigt att kunna se någon utveckling. Tidigare kartläggningar visar att regionala variationer, brist på sjuksköterskor och en mer familjecentrerad vård är några av neonatalvårdens största utmaningar.



11.1.1 Neonatalvården inkluderades i satsningen 2018

I budgetpropositionen för 2018 (prop. 2017/18:1) föreslog regeringen att medel inom satsningen även skulle få användas för insatser i neonatalvården, och i den tilläggsöverenskommelse som gäller för 2018–2019 (överenskommelse 4) ingår neonatalvården. I överenskommelsen konstateras att det finns regionala skillnader och en generell förbättringspotential när det gäller komplikationer och skador inom neonatalvården, samt att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor och i viss mån även läkare. Det beskrivs även finnas behov av att se över kunskapsstöd och att stärka implementeringen av kunskapsstöd.

I april 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att kartlägga om det finns skillnader i neonatalvården och vad skillnaderna i så fall beror på, samt att ge förslag på åtgärder för att minska skillnaderna. Utifrån de behov som identifierades i kartläggningen skulle myndigheten också ta fram kunskapsstöd (Socialdepartementet 2018). Under våren 2018 genomförde även SKR en kartläggning av neonatalvården, som en del i arbetet med satsningen på kvinnors hälsa (SKL 2018c). Den kartläggningen användes som ett delunderlag i Socialstyrelsens arbete.

11.1.2 Kartläggningar visar goda resultat men regionala variationer

Både Socialstyrelsens och SKR:s kartläggningar konstaterar att Sverige har mycket goda resultat, bland annat när det gäller överlevnad av extremt för tidigt födda barn (födda före 28 fullgångna graviditetsveckor). Samtidigt redovisar Socialstyrelsen uppgifter om internationella jämförelser från Svenskt neonatalt register (SNQ), som visar på en mindre positiv utveckling för sjuklighet. Uppgifterna visar att det inte har skett någon förbättring av svår neonatal sjuklighet över tid i Sverige, vilket det gjort i flera andra länder (Lui, K. et al 2019).

I SKR:s kartläggning och i årsrapporter från SNQ framkommer också att det finns regionala skillnader, både i neonatalvårdens processer och resultat. Vissa av skillnaderna kan sannolikt förklaras av varierande patientunderlag och datakvalitet, men SKR:s kartläggning visar också att brist på kunskapsunderlag och bristande genomslag för befintliga kunskapsunderlag är en viktig förklaring. Både SKR och Socialstyrelsen pekar på behovet av att utveckla och införa kunskapsstöd (SKL 2018c, Socialstyrelsen 2019b).

Ytterligare något som skiljer sig mellan regionerna är tillgången till kvalificerade transportteam. Specialiserad neonatalvård finns inte överallt och särskilt vårdkrävande nyfödda barn kan därför behöva transporteras till en annan vårdinrättning, något som ställer höga krav på kvalitet och säkerhet

(Socialstyrelsen 2014a). I vissa regioner finns särskilda transportteam, men det saknas i många regioner. Behovet av nationell samordning av transporter är något som har framförts både i våra intervjuer och i SKR:s kartläggning.

Andra utvecklingsområden som lyfts fram i SKR:s och Socialstyrelsens kartläggningar är kompetensförsörjning, samordning mellan olika verksamheter, familjecentrerad vård samt stöd och information till familjer (SKL 2018c, Socialstyrelsen 2019b).

11.1.3 Brist på sjuksköterskor beskrivs vara det största problemet

I våra intervjuer framgår att det största problemet inom neonatalvården är brist på specialistsjuksköterskor, något som sägs orsaka både platsbrist och onödiga transporter. Som beskrivits tidigare ställer transporter av nyfödda barn höga krav på kvalitet och säkerhet, och innebär i princip alltid separation mellan barn och förälder, och bör undvikas i möjligaste mån.

I våra intervjuer och i SKR:s kartläggning framgår också att specialist-sjuksköterskeutbildningen för barnsjuksköterskor inte är tillräckligt inriktad på neonatalvård och att nyutbildade sjuksköterskor behöver lång tid för att lära sig arbetet.

11.1.4 Familjecentrerad vård och samordning kan förbättras

Inom neonatalvården pratar man om betydelsen av en familjecentrerad, eller barn- och familjecentrerad vård (se beskrivning i kapitel 2). Enligt Socialstyrelsens kartläggning påverkas möjligheterna till en familjecentrerad vård av att det saknas en enhetlig definition, och att den fysiska miljön på avdelningarna inte alltid är anpassad till en familjecentrerad vård (Socialstyrelsen 2019b). Både Socialstyrelsen och SKR menar också att det psykosociala och psykologiska stödet till föräldrar kan förbättras i hela vårdkedjan, även efter hemgång. Kartläggningarna visar också att informationen till föräldrar kan förbättras, bland annat mödrahälsovårdens information om risk för prematur födsel samt information om det prematura barnets signaler.

Ett annat förbättringsområde som framgår av både SKR:s och Socialstyrelsens kartläggningar handlar om kommunikation och samordning mellan verksamheter. Det handlar både om informationsöverföring mellan mödrahälsovård, kvinnoklinik och barnsjukvård, men också om informationsöverföring och samordning längre fram mellan neonatalvård, hemsjukvård, barnhälsovård, förskola och elevhälsa.



11.1.5 För tidigt att se förändringar inom neonatalvården

För att beskriva utvecklingen inom neonatalvården har vi valt att fokusera på indikatorer som rör vårdens kapacitet och struktur. För de indikatorerna finns dock bara information för 2016–2018, vilket innebär att det gått för kort tid för att kunna se några förändringar som kan ha samband med satsningen.

Tabell 11.1. Indikatorer inom neonatalvården

Indikatorer	Datakälla	Tidsperiod
Antal specialistsjuksköterskor per vårdplats	Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2018
Antal disponibla vårdplatser inom neonatalvården	Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2018
Antal transporter på grund av vårdplatsbrist	Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ)	2016–2018

Sammantaget får knappt 10 procent av alla nyfödda vård på en neonatalavdelning. Omkring 11 400 barn registrerades i SNQ under 2018 (SNQ 2020a). År 2018 arbetade 140 specialitläkare och 1 283 sjuksköterskor inom neonatalvården, varav majoriteten av sjuksköterskorna (61 procent) var specialistsjuksköterskor. Riksgenomsnittet för antalet sjuksköterskor per disponibel neonatalvårdplats var 2,34 år 2016 och 3,13 år 2018. Mellan mätningarna 2016 och 2018 har andelen grundutbildade sjuksköterskor ökat, medan andelen specialistsjuksköterskor har minskat (SNQ 2019).

År 2018 fanns det 4,23 fastställda vårdplatser per 1 000 levande födda i Sverige, varav 86 procent var disponibla. Totalt rapporterades omkring 13 000 vårdtillfällen. Tillgången till disponibla vårdplatser varierade mellan olika regioner och tidpunkter under året. Störst var platsbristen i Göteborg och Stockholm. Under högsommaren var 77 procent av vårdplatserna disponibla. Andelen disponibla vårdplatser har minskat sedan 2016, när det fanns 4,21 vårdplatser per 1 000 levande födda (SNQ 2017).

Antalet transporter på grund av platsbrist har ökat under tidsperioden 2016–2018. År 2018 genomfördes 260 transporter på grund av platsbrist, jämfört med 158 transporter 2017 och 176 år 2016.

11.2 REGIONERNAS INSATSER INOM NEONATALVÅRDEN

Inom ramen för satsningen har regionerna påbörjat totalt 136 insatser som involverar neonatalvården. Det betyder att drygt var tionde av regionernas

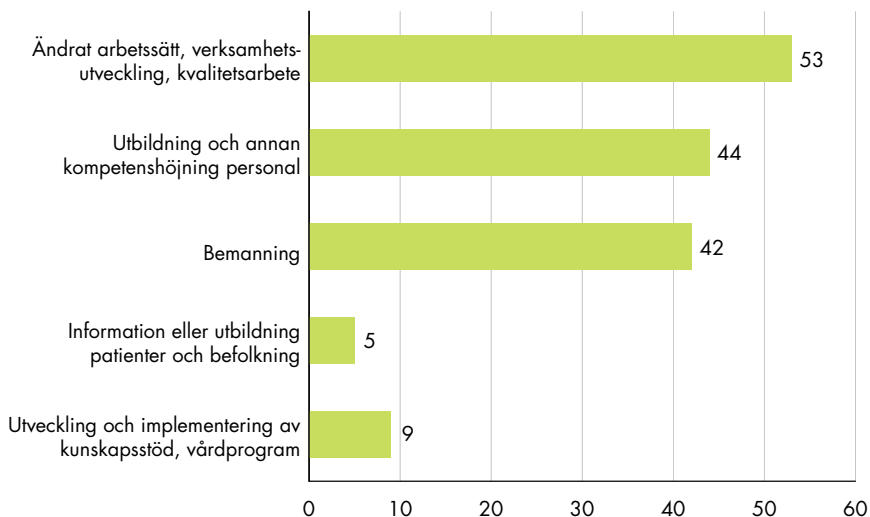
insatser har genomförts i neonatalvården. En del av insatserna påbörjades redan 2016 eller 2017. Insatserna har framför allt varit inriktade på organisation och arbetssätt. Man har också genomfört flera insatser som syftar till att öka den medicinska säkerheten och stärka familjecentreringen i vården.

11.2.1 Många insatser om nya arbetssätt och familjecentrering

Sammanlagt har regionerna genomfört 136 insatser inom neonatalvården under 2016–2019, vilket motsvarar ungefär 10 procent av alla insatser de har genomfört. Alla regioner utom två (Västmanland och Halland) har genomfört någon insats inom neonatalvården. Antalet insatser per region varierar från en insats (Västra Götaland) upp till sjutton insatser (Stockholm), med ett genomsnitt på sju insatser per region. Men som vi beskrivit tidigare är antalet insatser ett trubbigt mått, som inte säger något om hur stora resurser som insatserna kräver.

De flesta insatserna har handlat om nya eller förändrade arbetssätt, verksamhetsutveckling eller kvalitetsarbete. Nästan lika många har handlat om utbildning eller annan kompetenshöjning av personal och om bemanning, medan det varit betydligt färre insatser som varit inriktade på utveckling eller implementering av kunskapsstöd, eller på information och utbildning till patienter.

Figur 11.1 Antalet insatser uppdelat på typ av insats inom neonatalvården.



Bemanningsinsatserna har bland annat inneburit att man finansierat utbildningsplatser och studielön för sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor samt att man anställt servicevårdar, undersköterskor, sjuksköterskor, kuratorer och dietister. De har också inkluderat extraersättning till personal under sommarsemestrar, och löneökningar för dygnet runt-vård.

Utbildning och kompetenshöjning av personal inkluderar bland annat olika utbildningar för att stärka den medicinska säkerheten och kvaliteten i vården, som CTG-utbildning (elektronisk fosterövervakning), utbildning i akut omhändertagande, neonatalt ultraljud, neonatal cirkulation och neonatal intensivvård. Det inkluderar även olika former av kompetensöverföring, som hospitering, dubbelbemanning, handledning och mentorskap. Några utbildningsinsatser har också haft fokus på familjecentrerad omvårdnad. Även flera av insatserna som handlat om förändrade arbetssätt och verksamhetsutveckling har haft fokus på familjecentrering.

Sammanlagt är det 45 insatser i 16 regioner som på olika sätt har berört familjecentrering. Insatserna handlar bland annat om att utveckla arbetssätt som gynnar anknytning och delaktighet. Samvård i form av ”nollseparation” har utvecklats inom åtta regioner. För att stödja samvård har man bland annat utformat miljön och införskaffat utrustning, utbildat personal och utformat arbetssätt för att kunna vårda barnet och mamman tillsammans på ett patientsäkert sätt. I några fall har informationsmaterial till föräldrarna tagits fram eller översatts till flera språk, och några regioner har arbetat med familjecentrerade vårdplaner, patientråd och utbildningar i bemötande.

Förstärkning av hemsjukvård och öppenvård inom neonatalvården är andra exempel där många regioner har genomfört insatser. För att säkerställa en säker hemsjukvård har insatserna inneburit förberedelser före hemgång, utbildning av föräldrarna och kontaktvägar till vården. Vissa regioner har utökat ambulerande personal som stöd för hemsjukvården, medan en region har utökat digitala vårdmöten som ett alternativ.

11.2.2 Regionerna föreslår flera förbättringsområden

I 2019 års redovisning av insatser inom satsningen ombads regionerna särskilt beskriva vilka insatser som de bedömer kommer att behövas inom neonatalvården. De uppger där att kompetensförsörjningen är det viktigaste förbättringsområdet. Det behövs insatser för att kunna få ny personal och behålla befintlig personal samt möjligheter till vidareutbildning och erfarenhetsutbyten. Andra viktiga områden beskrivs vara tillgång till

anpassade lokaler för att stärka samvården och familjecentreringen, samt att utveckla samarbeten över verksamhetsgränserna för att stärka en sammanhållen vårdkedja.





Referenser

- Dagens Samhälle (2019). *Lyssna på barnmorskorna – det behövs mer resurser*: <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/lyssna-pa-barnmorskorna-det-behovs-mer-resurser-29599> [hämtat 2020-08-05].
- Expressen (2017). *Sveriges födande kvinnor är värda mer*: <https://www.expressen.se/debatt/sveriges-fodande-kvinnor-ar-varda-mer/> [hämtat 2020-08-05].
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2020*.
- Forskning & framsteg (2017). *Vad tycker de som inte svarar?* <https://fof.se/tidning/2017/5/artikel/vad-tycker-de-som-inte-svarar> [hämtat 2020-08-07].
- Föda lugnt (2020). <https://fodalugnt.se/2020/06/4-sjukhuset-ar-inte-alltid-den-sakraste-platsen-lat-de-gravida-som-vill-fa-foda-hemma-med-barnmorska/> [hämtat 2020-08-07].
- Födelsehuset (2020). <https://www.fodelsehuset.se/var/regionala-skillnader/> [hämtat 2020-08-07].
- Försäkringskassan (2016). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Korta analyser 2016:2*.
- Försäkringskassan (2020). *Pågående sjukfall per den sista i varje kvartal fördelat på kön och diagnoskapitel*: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning> [hämtat 2020-08-05].
- Graviditetsregistret (2016). *Årsrapport 2016. Tema: Psykisk ohälsa*: https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport_2016_2.1.pdf [hämtat 2020-09-08].
- Graviditetsregistret (2018) *Graviditetsregistrets årsrapport 2018*: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/2018%20GR%20%C3%A5rsrapport_2.0.pdf [hämtat 2020-09-21].
- Gustavsson (2016). *Patient involvement in quality improvement*. Diss., Göteborg: Chalmers tekniska högskola.

- Gynop (2019). *Bristningsregistret. Årsrapport för operationer utförda år 2018*.
- Gynop (2020) *Bristningsregistret. Årsrapport för operationer utförda år 2019*.
- Institutet för hälsa och välfärd (2018). *Nordisk perinatalstatistik 2016. Statistikrapport nr 5 2018*.
- Levesque m.fl (2013) *Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations*. International Journal for Equity in Health, mars 2013, 2013;12(1):18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Livsmedelsverket (2019). *Bra mat för barn 0–5 år – handledning för barnhälsovård, version juni 2019*.
- Lui, K., Lee, S. K., Kusuda, S., Adams, M., Vento, M., Reichman, B., Darlow, B. A., Lehtonen, L., Modi, N., Norman, M., Håkansson, S., Bassler, D., Rusconi, F., Lodha, A., Yang, J., Shah, P. S. (2019). *Trends in Outcomes for Neonates Born Very Preterm and Very Low Birth Weight in 11 High-Income Countries*. The Journal of Pediatrics, oktober 2019, volume 2015, 32–40 DOI:https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.08.020 [hämtat 2020-09-08].
- Löf – Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (2017). *Slutrapport Säker förlossningsvård. Omgång 2, 2012–2017*.
- McGinnis, JM, Foege, WH. (1993). *Actual causes of death in the United States*. JAMA 1993; 270:2207–2212.
- NKCx - Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (2019). *Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och årsrapport 2019 med data till och med 2018*.
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2020). *Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*: <http://kunskapsstyrningvard.se/download/18.62e5211e171ac42ce6c3dd65/1590753229913/Sammanfattning-insatser-NPO-NSG-2020.pdf> [hämtat 2020-06-24].
- Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
- Prop. 2016/17:1. *Utgiftsområde 25. Förslag till statens budget för 2017. Allmänna bidrag till kommuner*.
- Prop. 2017/18:1. *Budgetpropositionen för 2018. Förslag till statens budget för 2018, finansplan och skattefrågor*.
- Regeringskansliet (2016). *Insatser för kvinnors hälsa*: www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/ [hämtat 2018-05-09].
- Region Stockholm (2019). *Offentligt finansierad hemförlossning, HSN 2018 – 0698*.
- Regionala cancercentrum i samverkan (2017). *Livmoderhalscancer och vaginalcancer. Nationellt vårdprogram 2017-06-14 version 1*.

- Regionala cancercentrum i samverkan (2019). *Cervixcancerprevention*. Nationellt vårdprogram 2019-09-23 Version: 2.2.
- Regionala cancercentrum i samverkan (2020), *Bäckencancerrehabilitering*. Vägledning. 2020-03-25 Version: 2.0.
- Rikshandboken (2015). *Hälsoeffekter av amning*: <https://www.rikshandboken-bhv.se/amning-och-nutrition/halsoeffekter-av-amning/> [hämtat 2020-08-11].
- Robson och McCartan (2016). *Real world research*. Fjärde utgåvan. Wiley. ISBN: 978-1-118-74523-6 January 2016.
- Rynéus (2012). *Fördelar och nackdelar med tidig hemgång. En teoretisk studie om fördelar och nackdelar med tidig hemgång från sjukhus efter förlossning*. Yrkeshögskolan Novia.
- SBF – Svenska barnmorskeförbundet (2018). *Hållbar livsstil. Barnmorskans samtal om levnadsvanor – en handledning*.
- SBF – Svenska barnmorskeförbundet (2019). *Policydokument Vårdformer*.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a). *Analsfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Rapport 249/2016.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016b). *Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter*. Rapport 250/2016.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019a). *Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor. En kartläggning av systematiska översikter*. SBU Bereder. Rapport 301.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019b). *Diagnostik och behandling av förlossningsrädsla samt behandling av lindrig till måttlig ångest- och depressionsproblematik under graviditet*. SBU 2019/362.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019c). *Förlossningsbristningar – åtgärder för att främja diagnostik samt erfarenheter och upplevelser av bemötande och information från vården*. SBU 2019/368.
- SCB - Statistiska centralbyrån (2020). *Regional befolkningsframskrivning 2020-2030*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistik-nyhet/regional-befolkningsframskrivning-2020-2030/> [hämtat 2020-09-21]
- Schroeder A. (2007). *We Can Do Better – Improving the Health of the American People*. September 20, 2007, N Engl J Med 2007; 357:1221–1228.
- SIS – Svenska institutet för standarder (2017). *Kvalitetsledning – Kompetensförsörjningsprocessen*. Standard SS 624070:2017.

- 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 gynekolog, Svenska barnmorskeförbundet och Mödrahälsovårdspsykologernas förening (2008) *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa. Rapport nr 76. Publicerad 2008, uppdaterad webbversion 2016 [hämtat 2020-09-08].*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus. Kartläggning av nuläge och förbättringsområden.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017a). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Redovisning av stimulansmedel utbetalad till arbete med psykisk hälsa på ungdomsmottagningar.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017b). *Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter. Kunskapsunderlag juni 2017: <https://skl.se/download/18.47796ff915cac6799e489d2e/1498036311829/Starakt-kompetensforsorjning-inom-forlossningsvarden-atta-mojligheter-SKL.pdf> [hämtat 2018-05-09].*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017c). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, slutrapport 2017.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Nationella programområden. skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html [hämtat 2018-05-27].*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). *Trygg hela vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018c). *Neonatalvården i fokus. Trygg hela vägen – före, under och efter graviditet.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018d). *Redovisning av använda medel, 2017. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälsovården och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018e). *Insatser inom psykisk hälsaområdet – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, slutrapport 2018.*

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). *Strategier för kvinnors hälsa – Före, under och efter graviditet.*
- SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2019b). *Verksamhetsrapport, 2018. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälsovården och förlossningsvården.*
- SKL – Sveriges kommuner och Landsting (2019c). *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2018 – före, under och efter graviditet.*
- SKL– Sveriges Kommuner och Landsting (2019d). *Insatser inom psykisk hälsa-området – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, slutrapport 2019.*
- SKL– Sveriges Kommuner och Landsting (2019e). *(O)jämfällighet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020a). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Meddelande från styrelsen nr 2/2020.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). *Utveckla arbetssätten. Strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020c). *Vården vid sexuellt våld. Nuläge och vägar framåt.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020d). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. Nuläge och vägar framåt.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020e). *Vården för kvinnor som utsatts för könsstympning.*
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020f). *Verksamhetsrapport 2019. SKR:s arbete inom överenskommelsen för ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälsovården och förlossningsvården.*
- SNQ – Svenskt neonatalt kvalitetsregister (2017). *Årsrapport 2016.*
- SNQ – Svenskt neonatalt kvalitetsregister (2019). *Årsrapport 2018.*
- SNQ – Svenskt neonatalt kvalitetsregister (2020a). *Årsrapport 2019.*
- SNQ – Svenskt neonatalt kvalitetsregister (2020b). *Neonatalvårdens kapacitet och infrastruktur, Nationell rapport 2020.*
- Socialdepartementet (2016). Regeringsbeslut (S2016/06724/FS). *Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015–2019.* Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2018). Regeringsbeslut (S2018/02622/FS) *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Socialstyrelsen.* Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2019). Regeringsbeslut (S2019/02858/FS) *Godkännande av överenskommelsen om God och nära vård. En omställning av hälso- och*

sjukvården med fokus på primärvården 2019. Socialdepartementet.

- Socialdepartementet och SKL (2015). *En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2015 och 2016* S2015/07777/FS.
- Socialdepartementet och SKL (2017a). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting* S2016/00844/FS, S2017/00425/FS.
- Socialdepartementet och SKL (2017b). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2017–2019*, S2017/03585/FS.
- Socialdepartementet och SKL (2017c). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017*.
- Socialdepartementet och SKL (2018a). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2018–2019*, S2018/01950/FS.
- Socialdepartementet och SKL (2018b). *Insatser inom psykisk hälsa-området 2018, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*.
- Socialdepartementet och SKL (2019). *Insatser inom området psykisk hälsa-området 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*.
- Socialstyrelsen m.fl. (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. Nationella medicinska indikationer*. Rapport 2011:09.
- Socialstyrelsen m.fl. (2014). *Tio steg som främjar amning. Baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding*. Artikelnr 2014-10-27.
- Socialstyrelsen (2001). *Handläggning av normal förlossning. State of the Art*.
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Artikelnummer 2009-11-5
- Socialstyrelsen (2014a) *Vård av extremt för tidigt födda barn En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor*. Artikelnummer 2014-9-10.
- Socialstyrelsen (2014b). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*.

- Socialstyrelsen (2015a). *Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*. Artikelnummer 2012-6-39.
- Socialstyrelsen (2015b). *Öppna jämförelser. Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård*. Artikelnummer 2015-12-10.
- Socialstyrelsen (2017a). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*.
- Socialstyrelsen (2017b). *Öppna jämförelser 2016. Säker vård. En indikatorbaserad uppföljning*. Artikelnummer 2017-1-16.
- Socialstyrelsen (2017c). *Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen (2018a). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*.
- Socialstyrelsen (2018b). *Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis. Stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer 2018-12-27.
- Socialstyrelsen (2018c). *Dödfödda barn. En inventering och förslag på åtgärder*. Artikelnummer 2018-12-36.
- Socialstyrelsen (2018d). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. 2018-6-24.
- Socialstyrelsen (2018e). *Komplikationer efter förlossning. Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer*. Artikelnummer 2018-5-20.
- Socialstyrelsen (2018f). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.
- Socialstyrelsen (2019a). *Utvärdering av vård vid endometriosis. Huvudrapport med förbättringsområden*. Artikelnummer 2019-9-4996.
- Socialstyrelsen (2019b). *Behovsinventering inför kunskapsstöd neonatala vårdkedjan. Delredovisning med sammanställning av förstudie*.
- Socialstyrelsen (2019c). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov. En enkätundersökning och fokusgruppssamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd*. Artikelnummer 2019-11-6436.
- Socialstyrelsen (2019d). *Statistik om amning 2017*. Artikelnummer 2019-9-6378.
- Socialstyrelsen (2019e). *Risker med övervikt och fetma vid graviditet. Fokus på gravida med ett högt BMI*. Artikelnummer 2019-12-6460.
- Socialstyrelsen (2020a). *Statistik om aborter 2019*. Artikelnummer 2020-6-6806.
- Socialstyrelsen (2020b). *Statistik om läkemedel 2019*. Artikelnummer 2020-4-6707
- Socialstyrelsen (2020c). *Nationell utvärdering livmoderhalsscreening*. Artikelnummer 2020-6-6800.

- SOU (2018). *God och nära vård. En primärvårdsreform*. SOU 2018:39. Socialdepartementet.
- SVD – Svenska Dagbladet (2017). *Så kan vi skapa en förlossningsvård utan ständig kris*: <https://www.svd.se/sa-kan-vi-skapa-en-forlossningsvard-utan-standig-kris> [hämtat 2020-08-11].
- SVT – Sveriges Television (2019). *Sahlgrenska ska börja med tidig igångsättning*: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vast/sahlgrenska-vill-borja-med-tidig-igangsattning-av-forlossningar> [hämtat 2020-08-11].
- SVT – Sveriges Television (2020). *Kris i förlossningsvården i sommar – över 1 000 arbetspass obemannade*: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/kris-i-forlossningsvarden-i-sommar-over-1000-arbetspass-obemannade> [hämtat 2020-08-11].
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C. (2015). *Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – findings from a community sample in Sweden*, Midwifery, 31(4), s. 445–50.
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2018). *Universitet och högskolor årsrapport 2018*. Rapport 2018:5.
- 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 (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av motiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdualet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (rapport 2014:3).
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015a). *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2012:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015b). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdulets införande*. Rapport 2015:6.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2017:6.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *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). *I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa*. Rapport 2018:2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018d). *Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:12.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019a). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Rapport 2019:2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019b). *Olik eller ojämlig? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan*. Rapport 2019:4.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019c). *Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten*. Rapport 2019:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*. Rapport 2020:7.
- Vårdförbundet (2019). *Vårdförbundet tecknar avtal för "samma barnmorska hela vägen"*: <https://www.vardforbundet.se/sidor-for/barnmorska/caseload/>: [hämtat 2020-08-11].
- Världsbanken (2018). *Mortality rate infant (per 1000 live births), Mortality rate neonatal (per 1000 live births), Mortality rate (per 1000 live births)*: <https://data.worldbank.org/> [hämtat 2019-05-07].
- Wennerholm U-B., m.fl. (2019). *Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial*. *BMJ* 2019;367:l6131.



BILAGA 1 – SAMMANSTÄLLNING AV MEDEL TILL REGIONERNA

Tabell. Fördelning av medel från överenskommelserna utbetalda till respektive region år 2015–2019.

Region	Utbetalt (tkr)					Totalt
	2015	2016	2017	2018	2019	
Region Stockholm	45 100	113 147	179 446	377 960	332 021	1 047 673
Västra Götalandsregionen	33 486	83 664	132 231	277 157	242 177	768 715
Region Skåne	26 446	66 139	104 592	220 310	192 936	610 424
Region Östergötland	9 071	22 639	35 743	75 038	65 378	207 870
Region Uppsala	7 160	17 961	28 542	60 399	53 307	167 369
Region Jönköpings län	7 064	17 656	27 898	58 560	51 107	162 285
Region Halland	6 374	15 955	25 307	53 208	46 649	147 493
Region Örebro län	5 912	14 786	23 313	48 979	42 811	135 801
Region Sörmland	5 759	14 396	22 753	47 781	41 741	132 430
Region Gävleborg	5 745	14 322	22 505	46 917	40 586	130 076
Region Dalarna	5 723	14 269	22 473	46 961	40 678	130 103
Region Värmland	5 636	14 013	22 053	46 020	39 869	127 592

(forts.)

Tabell. (forts.)

Region	Utbetalt (tkr)					Totalt
	2015	2016	2017	2018	2019	
Region Västmanland	5 370	13 427	21 156	44 465	38 799	123 217
Region Västerbotten	5 383	13 406	21 031	44 059	38 265	122 145
Region Norrbotten	5 129	12 714	19 834	41 267	35 480	114 425
Region Västernorrland	4 987	12 419	19 423	40 446	34 766	112 041
Region Kalmar län	4 834	12 058	19 068	39 975	34 655	110 590
Region Kronoberg	3 881	9 712	15 368	32 385	28 312	89 658
Region Blekinge	3 163	7 922	12 514	26 193	22 618	72 410
Region Jämtland Härjedalen	2 601	6 470	10 167	21 309	18 453	59 000
Region Gotland	1 175	2 923	4 584	9 609	8 392	26 682
Summa	200 000	500 000	790 000	1 659 000	1 449 000	4 598 000

BILAGA 2 – SAMMANSTÄLLNING AV STATLIGA SATSNINGAR

Tabell. Några näraliggande statliga satsningar under perioden 2016–2019.

Satsning	Syfte	Medel 2016–2019*
Standardiserade vårdförlopp, 2019–2020	Att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Standardiserade vårdförlopp ska tas fram och kunna omfatta en hel vårdkedja, inklusive utredning, uppföljning och rehabilitering.	100 miljoner
Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården mm, 2019–2020	Öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa, tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom hembesök eller annan uppsökande verksamhet, främst i socioekonomiskt utsatta områden.	187 miljoner
Stärka jämställdhetsarbetet på lokal och regional nivå, 2018–2020	Bland annat stärka och utveckla jämställdhetsarbetet hos kommuner och landsting med särskilt fokus på det jämställdhetspolitiska målet om jämställd hälsa.	2500 miljoner
Psykisk hälsa, 2016–2020	Skapa förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete inom psykisk hälsa.	4918 miljoner
God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, 2019	Bidra till omställningen till god och nära vård, förbättrad och utvecklad tillgänglighet i primärvården samt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet genom patientkontrakt.	2430 miljoner
En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare, 2019	Öka medarbetarnas tid för patientnära insatser och utvecklingsarbete samt stärka landstingens och kommunernas planering av sitt kompetensbehov.	3360 miljoner
Kömiljarden, 2019	Förbättra tillgängligheten samt utveckla uppföljningen av väntetider till att ge en mera komplett bild av tillgängligheten i vården.	1610 miljoner
Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, 2018–2019	Fokus för satsningen är arbetsmiljö och arbetssätt – utveckla arbetets organisering, öka bemanningen, utveckla arbetssätt och verksamhetsstöd för att attrahera, behålla och utveckla medarbetare inom hälso- och sjukvården.	1999 miljoner
Sjukskrivning och rehabilitering, 2017–2019	Ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i hälso- och sjukvården.	4214 miljoner

(forts.)

Tabell. (forts.)

Satsning	Syfte	Medel 2016–2019*
Patientmiljarden, 2018	Bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser genom förstärkt vårdgaranti och införande av patientkontrakt.	1 000 miljoner
Nationella kvalitetsregister, 2012–2019	Följa olika patientgrupper och behandlingar över tid, för att kvalitetssäkra vården och bidra till forskningen.	952 miljoner
Professionsmiljard, 2016–2018	Förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sitt kompetensbehov.	3 000 miljoner
Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar mm, 2014–2017	Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar och stärka det utvecklingsarbete som pågår i landstingen för att utveckla en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.	233 miljoner

BILAGA 3 – SAMMANSTÄLLNING AV KUNSKAPSTÖD

Socialstyrelsens publicerade rapporter inom regeringsuppdraget om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa:

- Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis (2018)
- Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid endometriosis (2018)
- Vård efter förlossning – en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning (2017)
- Hälsa och förlossningar bland ryggmärgsskadade 1997–2016 (2018)
- Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning (2016)
- Komplikationer efter förlossning (2018)
- Öppna jämförelser – jämlik vård 2016 (2016)

Socialstyrelsens egeninitierade rapporter:

- Kartläggning av vestibulit – förekomst, behandling och behov av kunskapsstöd för kvinnor med vestibulit (2018)
- Kvinnor med sköldkörtelproblematik (2017)
- Jämställd behandling mellan kvinnor och män med diabetes och hjärt-kärlsjukdomar (2017)
- Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och äldreomsorg? (2017)

Socialstyrelsens rapporter inom andra relaterade regeringsuppdrag:

- Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov. En enkätundersökning och fokusgruppsamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd (2019)
- Omhändertagande av föräldrar och syskon till dödfödda barn (2020)
- Risker med övervikt och fetma vid graviditet fokus på gravida med ett högt BMI (2019)
- Komplikationer efterförlossning. Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer (2018)

SBU:s publicerade rapporter om kvinnors hälsa:

- Förebyggande av depression under graviditet och efter förlossning (2020)
- Sammanställning och analys av centrala utfallsmått (core outcome set, COS) inom området förlossningsvård (2020)

- Screening för våld i nära relationer samt övergrepp mot äldre och sårbara vuxna (2019)
- Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor (2019)
- Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan (2019)
- Prioriterade forskningsområden inom prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador (2018)
- Endometrios – diagnostik, behandling och bemötande (2018)
- Analsfinkterskador vid förlossning (2016)
- Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning – en kartläggning av systematiska översikter (2016).

SBU:s pågående projekt om kvinnors hälsa:

- Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa under graviditet (publiceras kvartal 1, 2021)
- Förlossningsbristningar – åtgärder för att främja diagnostik samt erfarenheter och upplevelser av bemötande och information från vården (publiceras kvartal 1, 2021)

BILAGA 4 – METOD

Utöver att sammanställa indikatorer från olika register och enkätundersökningar för att beskriva utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn, har vi också hämtat uppgifter från regionerna om de insatser de har genomfört. Vi har intervjuat regionernas kontaktpersoner, hälso- och sjukvårdsdirektörer, professionsorganisationer och andra experter samt genomfört två workshoppar med företrädare för professions- och patientorganisationer och andra nätverk. Vi har mött fokusgrupper och genomfört en enkät till kvinnor som var gravida eller hade fött barn.

Utvecklingen av vård och hälsa baserad på indikatorer

För att belysa utvecklingen inom vården av kvinnor och nyfödda barn redovisar vi ett antal indikatorer. De olika indikatorerna beskrivs närmare i respektive kapitel i rapporten. Utöver att beskriva utvecklingen på nationell nivå har vi också analyserat utvecklingen av skillnader mellan regioner och mellan olika grupper av kvinnor.

Utvecklingen för indikatorerna över tid på nationell nivå har testats genom att undersöka om förändringen i proportioner mellan åren är statistiskt signifikant eller inte. Nollhypotesen gör antagande att proportionerna i första och sista året i tidsperioden är lika, medan den alternativa hypotesen antar att en proportion avviker från den andra. I samtliga fall har p-värden mindre än 0,05 indikerat att nollhypotesen förkastas.

För att beskriva utvecklingen av skillnader mellan regioner och olika grupper av kvinnor har vi analyserat spridningen mellan regioner eller grupper det första och det sista året i den tidsperiod som vi undersöker. Vi har använt oss av förändringar i variationskoefficienter. Om variationskoefficienten är högre i slutet av tidsperioden har spridningen mellan regionerna eller olika grupper av kvinnor ökat, och om den är mindre har spridningen minskat. I flera fall är förändringen mellan åren liten. Vi har därför satt en gräns på en förändring på 10 procentenheter mellan variationskoefficienterna för att vi ska bedöma att förändringen i spridning är relevant.

Regionernas redovisning av insatser

Regionerna har varje år redovisat sina pågående och avslutade insatser till SKR och Vårdanalys gemensamt. Frågorna har tagits fram av SKR och

Vårdanalys tillsammans, sedan har SKR stått för själva datainsamlingen och därefter delat data med Vårdanalys.

Under 2017 skickades en webbenkät ut, och därefter har insatserna kompletterats av varje region i ett excelark under februari varje år. I enkäten redovisas alla påbörjade insatser, och för varje insats beskrivs insatsens syfte, mål, genomförda aktiviteter, behov som ligger till grund för insatsen, insatsens resultat och om den fokuserat på särskilda målgrupper. Regionerna har själva valt hur de grupperar och redovisar sina insatser.

Det förekommer att regionerna har redovisat samma insats flera gånger. Vanligen handlar det om en pågående insats som har redovisats på exakt samma sätt två eller flera år i rad. En del av regionerna har systematiskt redovisat på det här sättet, medan andra inte redovisar några dubletter. Detta är därför en osäkerhetsfaktor när vi jämför antalet insatser mellan olika regioner.

Uppenbara dubletter har tagits bort, totalt 132 stycken. Det finns även några insatser som skulle kunna vara samma insats som föregående år, men där redovisningarna inte är identiska. De finns kvar i den totalsumma som vi redovisar och bidrar till osäkerheten.

Intervjuer med kontaktpersoner

Under arbetet med slutrapporten har vi intervjuat samtliga regioners kontaktpersoner om olika aspekter av satsningen. Personerna är listade i bilaga 5. Intervjuerna genomfördes med något undantag på telefon mellan april och augusti 2019. Under vissa intervjuer var flera personer från regionen med. Intervjuerna var semistrukturerade och tog ungefär en timme att genomföra. Dessa områden diskuterades:

- regionens organisation av satsningen
- fördelning av medlen inom regionen, beslutsnivå
- behovsanalys och process för att välja ut insatserna
- involvering av patienter i behovsanalysen
- regionens eventuella övriga satsningar inom kvinnors hälsa
- betydelsen av satsningen för regionen
- bemanning och kompetensförsörjning
- långsiktiga resultat och effekter av satsningen
- regionens egna utvärderingar av satsningen
- SKR:s arbete under satsningen.

Respondenterna fick också ge generella medskick och synpunkter som de ansåg vara viktiga att beakta i uppföljningen av satsningen.

Intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörer

Intervjuer med fokus på satsningen på kvinnors hälsa ur ett styrnings- och ledningsperspektiv genomfördes med tolv personer. Förfrågan om intervju skickades till alla hälso- och sjukvårdsdirektörer, varav intervjuer därefter kunde bokas med företrädare för tolv regioner. I några fall var hälso- och sjukvårdsdirektören inte tillgänglig för intervju, till exempel för att tjänsten var vakant eller för att intervjun delegerades till en annan person i organisationen. Personerna är listade i bilaga 5. Intervjuerna genomfördes på telefon under oktober och november 2019. Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade samtalsintervjuer kring fyra huvudteman:

- satsningens relevans och inriktning
- satsningens utformning och styrning
- arbetet med kompetensförsörjning och kunskapsstyrning inom ramen för satsningen
- effekter av satsningen.

Respondenterna fick också ge generella medskick och synpunkter som de ansåg vara viktiga att beakta i uppföljningen av satsningen. Intervjuernas innehåll anpassades till den enskilda respondentens insikter i satsningen – vissa av de intervjuade var till exempel nya på sina poster medan andra hade varit involverade sedan satsningens start.

Intervjuer med experter och professionsorganisationer

Under perioden mars till september 2019 genomförde vi åtta intervjuer med företrädare för professionsorganisationer och andra experter. Vi träffade även de nationella programrådena (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning samt barn och ungdomars hälsa. Med undantag för NPO:erna genomfördes de flesta intervjuerna per telefon. Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade samtalsintervjuer kring tre huvudteman:

- satsningens relevans och inriktning, och uppfattning om problemområden inom graviditetsvårdkedjan/neonatalvården/primärvården
- regionernas insatser, deras relevans och inriktning
- eventuella effekter av satsningen.

Workshop med patient- och professionsorganisationer

I mars 2020 genomförde vi två workshoppar. Inbjudan skickades ut till ett antal patientorganisationer och andra nätverk, samt till Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Svenska barnmorskeförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, nationella programområdet (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning, Svenska Neonatalföreningen, NPO för barn och ungdomars hälsa samt Riksföreningen för barnsjuksköterskor.

Syftet var att diskutera de insatser regionerna valt att genomföra med medel från satsningen, samt eventuella kvarstående utmaningar och tänkbara strategier för att förbättra och förstärka vården framöver. Deltagarna inkluderade representanter från Spädbarnsfonden, Födelsehuset, Föda lugnt, Prematurförbundet, Svenska barnmorskeförbundet, SFOG och NPO för barns och ungdomars hälsa.

Fokusgrupper och intervjuer med gravida och kvinnor som fött barn

Vi har genomfört totalt sex fokusgrupper och en enskild intervju, med sammanlagt 30 deltagare som var gravida eller hade fött barn. Syftet var att få en djupare bild och förståelse för vilka områden som är viktiga att belysa för att beskriva kvaliteten i vården ur patienternas perspektiv. Fokusgrupperna genomfördes under juni–oktober 2019.

Deltagarna rekryterades via två barnmorskemottagningar, en barnvårdscentral, en verksamhet för kulturtolksdoulor och ett antal medlemsorganisationer från Funktionsrätt Stockholms län. De olika verksamheterna och organisationerna förmedlade information om undersökningen till sina patienter eller medlemmar, och bistod sedan Vårdanalys i den fortsatta kontakten med de som tackade ja till att delta. Fokusgrupperna genomfördes i verksamheternas lokaler, på Vårdanalys, via videolänk och på en konferensanläggning, och tog i genomsnitt två timmar. En av fokusgrupperna genomfördes med hjälp av tolk.

Vid fokusgrupperna pratade vi om vad deltagarna tycker är viktiga kvalitetsområden i vården innan, under och efter graviditet och förlossning, vad de behöver för att känna sig trygga och må bra samt vilken information och vilket stöd de tycker är viktigt. Fokusgruppsdeltagarna var anonyma och samtalen spelades inte in, utan dokumenterades genom anteckningar där ingen personlig information antecknades. Analysen av materialet genomfördes i form av en tematisk innehållsanalys (se till exempel Robson och McCartan 2016 för information om den här typen av analysmetod). Nedan redovisar vi den intervjuguide vi utgick ifrån.

Intervjuguide

Information om syftet med fokusgruppen/intervjun och hur den genomförs:

- Vårdanalys undersöker hur hälso- och sjukvården kan bli bättre för kvinnor som är gravida eller har fött barn.
- Ett viktigt sätt att ta reda på det är att fråga kvinnor själva.
- Vi kommer att utgå ifrån en tidslinje (innan, under och efter förlossning), och ställa frågor om vad ni tycker är viktigt, och hur ni tycker att vården kan bli bättre.
- Vi kan inte påverka er situation, men ni kan hjälpa andra kvinnor i framtiden.
- Intervjun är frivillig och ni kan avbryta när som helst.
- Vi skriver minnesanteckningar, men ni är helt anonyma.
- Vi kommer att sammanställa alla svar i en rapport, som vi ska lämna till regeringen i september 2020.

Berätta kort om er själva och era erfarenheter (ålder, antal graviditeter/förlossningar).

Före förlossningen/under graviditeten (kontakten med mödrahälsovården):

- Lätt att hitta/få kontakt/få hjälp?
- Vet man vad man kan få hjälp med?
- Vad vill man ha hjälp med? Vad är viktigast?
- Vad vill man ha information om? Har man fått den information man behöver? Vad skulle man ev. vilja ha mer information om?
- Vad ska barnmorskan/mödrahälsovården tänka på när man träffar kvinnor? (bemötande)
- Kan ni beskriva hur en ”bra barnmorska” arbetar?
- Vad har fungerat bra/mindre bra? För dig? För andra?
- Vill ni säga något mer?

Under förlossningen (hemma/på förlossningsavdelningen):

- Hemma, födelsehus, sjukhus? Valmöjlighet?
- Hur ska det gå till, vad är viktigt för personalen att tänka på?
- Vad kan personalen göra för att det ska bli så bra som möjligt?

- Information om vad, när, hur? Har man fått den information man behöver? Vad skulle man eventuellt vilja ha mer information om?
- Viktigt med barnmorska i rummet? Samma barnmorska? Annan personal, till exempel undersköterska?
- Doula?
- Den fysiska miljön?
- Smärtlindring?
- Förlossningsmetod?
- Vad har fungerat bra/mindre bra? För dig? För andra?
- Vill ni ta upp något mer?

Efter förlossningen på BB/patienthotell:

- Vara kvar på BB hur länge?
- Partner stanna kvar?
- Eget rum?
- Samvård mamma och barn om barn vårdas på neonatalavdelning?
- Prata om förlossningen, tid att ställa frågor?
- Information om vad, när, hur? Har man fått den information man behöver? Vad skulle man eventuellt vilja ha mer information om? (amning, läkning av bristningar i underlivet, blödningar, samliv, preventivmedel, träna bäckenbotten).

Efter förlossningen hemma:

- Vad behöver man för stöd när man kommit hem? Vad vill man ha hjälp med (amning, smärtor, träning, psykisk hälsa, preventivmedel)?
- Vet man vad man kan få hjälp med?
- Information om vad, när, hur? Har man fått den information man behöver? Vad skulle man eventuellt vilja ha mer information om? Vet man var man kan hitta information?
- Vad behöver hälso- och sjukvården följa upp? Hur bör uppföljningen gå till? Hembesök? Telefonsamtal?
- Vad har fungerat bra/mindre bra? För dig? För andra?
- Vill ni ta upp något mer?

Sammanfattning/summering och ev. prioritering

Avslutning:

- Sammanfattning av intervjun – vill ni säga något mer?
- Upprepning av hur vi använder intervjun
- Hur den intervjuade kan komma i kontakt med Vårdanalys
- Tack!

Enkät till kvinnor som har fött barn

Baserat på det som kom fram i fokusgrupperna, och på tidigare undersökningar, tog vi fram en enkät som vi skickade till ett urval på 6 000 kvinnor som fött barn under de senaste fem åren. Syftet med enkäten var att få en så bred och representativ bild som möjligt av patienternas uppfattning om, och erfarenheter av, vården i samband med graviditet och förlossning. Vi ville också kunna jämföra olika grupper av kvinnor, för att se om det finns skillnader i åsikter och erfarenheter. I enlighet med vårt uppdrag från regeringen fokuserar vi på utrikes respektive inrikes födda, och på kvinnor med olika utbildningsbakgrund, men vi har också tittat på eventuella skillnader mellan kvinnor från de sex olika hälso- och sjukvårdsregionerna.

Enkäten ger en bild av hur ett urval kvinnor som fött barn under perioden 2014–2019 har upplevt vården, och vad de tycker är viktiga kvalitetsaspekter. Frågorna i enkäten handlar framför allt om olika aspekter kopplade till tillgänglighet och personcentrering, och inte om medicinska insatser. Men vi har också frågat om ett antal organisatoriska aspekter och försökt belysa några av målen från överenskommelse 4. Utifrån den avgränsningen, och med ambitionen att ställa ett rimligt antal frågor, har vi inkluderat det vi uppfattat var viktigt från fokusgrupperna och från tidigare studier. Men det kan fortfarande finnas betydelsefulla områden som vi inte har lyckats fånga i vår enkät.

För de områden som vi har fångat saknas andra undersökningar eller målvärden att relatera svaren till, vilket gör det svårare att säga vad som är ett bra eller dåligt resultat. Enkäten beskriver inte heller utvecklingen över en längre tid, så vi kan inte dra några slutsatser om hur patienternas uppfattning har förändrats. Vi planerade ursprungligen att använda oss av den nationella enkät till gravida och kvinnor som har fött barn som utvecklats av SKR i samarbete med professions- och kvalitetsregisterorganisationer, men arbetet med att ta fram och påbörja genomförandet av den enkäten blev försenat.

Enkätens urval är ett stratifierat obundet slumpmässigt urval

Undersökningens population var kvinnor som fött barn under perioden maj 2014 till maj 2019, och vars barn lever i dag. För att kunna dra slutsatser om populationen användes en urvalsram framtagen av SCB som bestod av 501 681 personer och som sedan stratifierades på utbildning och härkomst. Vi beslutade att stratifiera på utbildning och härkomst för att försöka öka antalet svar från grupper som ofta har låg svarsfrekvens. I det här fallet förväntas kvinnor med lägre utbildningsnivå och som är utrikesfödda ha lägre svarsfrekvens (Forskning & framsteg 2017). Det drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 6 035 personer från urvalsramen. Variablerna ålder, utbildning, härkomst, kommun och län hämtades ur SCB:s register. Fördelningen i stratum redovisas i tabellen nedan.

Tabell. Urvalsram och urval fördelat på stratum.

Stratum	Beskrivning	Antal i urvalsramen	Antal i urvalet
Stratum 1	Inrikes född, låg utbildningsnivå	146 386	1 726
Stratum 2	Inrikes född, hög utbildningsnivå	196 583	2 317
Stratum 3	Utrikes född, låg utbildningsnivå	91 048	1 143
Stratum 4	Utrikes född, hög utbildningsnivå	67 664	849
Totalt		501 681	6 035

Datainsamlingen genomfördes av SCB

Totalt besvarades enkäten av 1 952 personer, vilket motsvarade 32 procent av urvalet. Utskicken av enkäten hanterades av SCB, och datainsamlingen pågick från 6 december till och med den 23 januari 2020 och innefattade två påminnelser. Enkäten gick att besvara både på webben och pappersutskick. Majoriteten av svaren kom in via webbenkäten. SCB har även genomfört kontroller av svaren i de pappersenkäter som kom in och granskat att handskrivna tecken tolkats korrekt, att orimliga värden rensas bort och att otillåtna värden hanterats.

Svarsfrekvens och bortfallsanalys

Enkäten besvarades av 32 procent av kvinnorna som ingick i urvalet. Av kvinnorna som valde att inte besvara enkäten har majoriteten inte motiverat varför. I vissa fall har uppgiftslämnaren meddelat att de inte vill medverka i undersökningen, eller har inte lämnat samtycke till hanteringen av person-

uppgifter. Kvinnor som är utrikes födda och har en gymnasieutbildning som högsta avslutade utbildning hade lägst svarsfrekvens bland våra strata. Högst svarsfrekvens hade inrikes födda kvinnor med utbildningsnivå över gymnasiekompetens.

Tabell . Svarsfrekvens i olika strata.

Stratum	Beskrivning	Bortfall	Svar
Stratum 1	Inrikes född, låg utbildningsnivå	75,3 %	24,7 %
Stratum 2	Inrikes född, hög utbildningsnivå	48,5 %	51,5 %
Stratum 3	Utrikes född, låg utbildningsnivå	89,5 %	10,5 %
Stratum 4	Utrikes född, hög utbildningsnivå	74,5 %	25,5 %

Det finns även ett partiellt bortfall bland svaren, vilket innebär att vissa frågor inte är besvarade i enkäten. Det kan bero av att frågorna var svåra att besvara, känsliga, eller att instruktioner vid hoppfrågor misstolkas. Det partiella bortfallet varierar mellan 0 och 4 procent.

De inkomna svaren har viktats för att motverka snedvridenheter i svaren som orsakas av bortfall. Genom att vikta de inkomna resultaten är det möjligt att redovisa resultat för hela populationen. Vikterna är konstruerade med hjälp av variablerna ålder, härkomst, inkomst, antal barn, har yngre barn, utbildningsnivå och län.

BILAGA 5 – SAMMANSTÄLLNING AV INTERVJUADE PERSONER

Hälso- och sjukvårdsdirektörer eller ersättare

Anna-Carin Edström	Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Värmland
Ann Söderström	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Västra Götalandsregionen
Bo Tideholm	Divisionschef	Region Sörmland
Brita Winsa	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Västerbotten
Göran Angegård och Jennika Pettersson	Hälso- och sjukvårdsdirektör / kontaktperson för satsningen	Region Gävleborg
Johan Rosenqvist	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Kalmar
Lena Adolfsson	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Örebro
Lena Lundgren	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Östergötland
Martin Engström	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Halland
Martin Myrskog	Regiondirektör	Region Kronoberg
Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Region Skåne
Åsa Hedqvist	Verksamhetschef	Region Gotland

Regionernas kontaktpersoner och SKR

Agneta Romin	Verksamhetschef Kvinnokliniken	Dalarna
Annika Johansson	Vårdchef	Norrbottnen
Britt Ahl	Projektledare	Sörmland
Camilla Ekstrand	Regional samordnare förlossningsvård och kvinnors hälsa	Skåne
Gerthi Persson	Folkhälsostateg	Blekinge
Gunvor Rundqvist	Hälso- och sjukvårdsstrateg	Östergötland
Inger Almgren	Projektledare	Halland
Inger Lindberg	Kontaktperson för satsningen på kvinnors hälsa	Norrbottnen
Iréne Hoglert	Verksamhetschef	Jämtland-Härjedalen
Jennika Pettersson	Processledare	Gävleborg
Karin Anderson	Projektledare	Stockholm
Katia Dahl-Nordström	Verksamhetsutvecklare	Kronoberg

(forts.)

Regionernas kontaktpersoner och SKR

Katrin Boström	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Örebro
Kerstin Karlsson	Chef mödra- och barnhälsovårdens utvecklingsenhet	Värmland
Kristina Alm	Verksamhetsutvecklare	Jönköping
Kristina Andersson	Projektledare	Norrboten
Lena Burström	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Västmanland
Lena Bäck	Enhetschef	Jämtland-Härjedalen
Lena Grundberg	Utredare, samordnare för satsningen på kvinnors hälsa	Västerbotten
Maria Svensson	Utredare, samordnare	Kalmar
Marianne Nordén	Ledningsstrateg	Värmland
Pierre Conde	Utredare	Uppsala
Sofia Karlsson	Projektledare	Jönköping
Susanne Johansson	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Halland
Sylvia Määttä	Strateg	Västra Götaland
Ulrica Sjöstrand	Verksamhetsutvecklare	Västernorrland
Åsa Hedqvist	Verksamhetschef obstetrik och gynekologi	Gotland
Eva Estling, Alexandra Strömbäck, Hanna Lind, Dena Akaber och Carin Renger		Sveriges kommuner och regioner (SKR)

Professionsföreträdare och andra experter

Kristina Gemzell	Professor/överläkare	Kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet
Ingegerd Hildingsson	Professor	Institutionen för omvårdnad, Mittuniversitetet
Birgitta Hovellius, Jörgen Månsson och Christer Andersson		Svensk förening för allmänmedicin
Beatrice Skiöld och Anders Elfvin	Ordförande och sekreterare	Svenska neonatalföreningen
Susanne Åhlund	Vice ordförande	Svenska barnmorskeförbundet

(forts.)

Professionsföreträdare och andra experter

Nationella programområdet
för kvinnosjukdomar och
förlossning

Nationella programområdet
för barn och ungdomars hälsa

Inga-Maj Andersson

Utredare

Socialstyrelsen

Förlösande för kvinnohälsan?

En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att förbättra förlossningsvården och annan vård som rör kvinnor. Målet är att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor och minska hälsoklyftorna i samhället. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att följa upp satsningen. Den här rapporten är en del av vår slutrapportering av uppdraget och handlar om överenskommelserna om stimulansmedel till regionerna. Rapporten beskriver utvecklingen inom vården under den tid som satsningen pågått och de utmaningar som kvarstår.

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.

