

Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus

KARTLÄGGNING AV NULÄGE OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus

KARTLÄGGNING AV NULÄGE OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN



Upplysningar om innehållet:
Eva Estling, eva.estling@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN/Bestnr: 978-91-7585-411-3
Illustration/foto: SKL Bildarkiv
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: LTAB, juni 2016

Förord

Sverige strävar efter att uppnå en jämlik vård som utgår från individens behov. En god och säker förlossningsvård samt ett hälso- och sjukvårdsystem som är lyhört för kvinnors olika behov är viktiga delar av en jämlik vård. Sveriges hälso- och sjukvård är av hög kvalitet men samtidigt visar denna kartläggning att det finns utmaningar och förbättringsmöjligheter inom förlossningsvården samt annan vård som rör kvinnors hälsa.

I december 2015 slöt regeringen och SKL en överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och andra insatser för kvinnors hälsa. Denna kartläggning genomfördes av SKL i början av 2016 och är en del av SKLs samordningsansvar. Kartläggningens syfte är att identifiera konkreta utmaningar och förbättringsområden utifrån överenskommelsens fokus. Arbetet bygger på intervjuer, litteraturstudier och analyser av offentligt tillgänglig statistik. Intervjuerna har skett med patienter, ämnes- och professionsföreträdare, experter och myndighetspersoner. I arbetet har prioritet givits åt att framställa ett underlag som möjliggör diskussion om vart det reella fokuset i arbetet med överenskommelsen ska läggas härnäst. Kartläggningen har därför inte på djupet berört till exempel de bredare normkritiska aspekterna av kvinnors hälsa eller andra sociala- och samhälleliga aspekter.

Eva Estling, SKLs samordnare för överenskommelsen, har varit projektansvarig för kartläggningen. Health Navigator har bistått med intervjuer och analyser. SKL vill tacka alla som bidragit till denna kartläggning.

Det är vår förhoppning att resultaten kan vara till nytta i landstingens och andra aktörers fortsatta systematiska arbete för att förbättra kvinnors hälsa.

Stockholm i juni 2016



Hans Karlsson
Direktör, Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 6 Sammanfattning
- 9 Kapitel 1. Inledning
- 9 Överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa
- 10 Syfte, metod och avgränsningar
- 13 Kapitel 2. Utmaningar inom förlossningsvården
- 14 Förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser
- 24 Kunskap finns, trots det drabbas fortfarande många kvinnor av förebyggbara bristningar
- 28 Kompetensförsörjningen är en känd och påtaglig utmaning inom förlossningsvården men den kräver också nya angreppssätt
- 30 Kunskapsutvecklingen inom förlossningsvården skulle vinna på en ökad nationell samordning
- 31 Den ökande mängden data om förlossningsvården borde kunna användas bättre i det systematiska kvalitetsarbetet
- 33 Kapitel 3. Utmaningar inom övriga områden som rör kvinnors hälsa
- 34 Kvinnans behov i centrum i primärvården
 - förbättringspotential gällande anpassad vård och läkemedelsförskrivning
- 36 Smärttillstånd är vanligare hos kvinnor - mer kunskap behövs
- 38 Ett utökat och mer jämlikt stöd behövs i frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan
- 43 Ett ökat fokus på äldre och yngre kvinnors fysiska och psykiska hälsa efterfrågas
- 47 Kapitel 4. Diskussion
- 49 Litteraturförteckning
- 52 Bilaga. Förteckning över deltagande organisationer

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård är av hög kvalitet och står sig väl i de flesta internationella jämförelser. Detta gäller även förlossningsvården och övriga insatser som främjar kvinnors hälsa. Samtidigt visar statistiska jämförelser av medicinska utfall, rapporter och intervjuer i denna kartläggning att det finns förbättringsmöjligheter inom en rad områden. Det finns fortfarande stora skillnader i utfall mellan landsting och mellan verksamheter. Inom ett antal områden presterar andra nordiska länder betydligt bättre och vissa resultat som borde förbättras över tid gör inte det.

Regeringen och SKL slöt i december 2015 en överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelsen omfattar sammantaget 720 miljoner kronor, varav 700 miljoner kronor betalas ut som stimulansmedel till landstingen. Som en del av överenskommelsen har SKL tagit fram denna kartläggning av nuläge och utmaningar. Förhoppningen är att kartläggningen kan utgöra en utgångspunkt i landstingens och andra berörda aktörers fortsatta systematiska arbete för att förbättra kvinnors hälsa och uppnå en mer jämlik vård.

En ambition i arbetet har varit att utgå från ett individperspektiv med fokus på kvinnans förväntningar, behov och upplevelser av hälso- och sjukvården. Kartläggningen bygger på intervjuer, resultat från en workshop, litteraturstudier och analyser av offentligt tillgänglig statistik. Intervjuerna har skett med experter, professionsföreträdare och myndighetsföreträdare och patienter. I arbetet har prioritet givits åt att framställa ett underlag som möjliggör diskussion om vart det reella fokuset i arbetet med överenskommelsen ska läggas härnäst. Kartläggningen har därför inte på djupet berört till exempel de bredare normkritiska aspekterna av kvinnors hälsa eller andra sociala- och samhälleliga aspekter.

De utmaningar och förbättringsområden som identifierats i denna kartläggning återfinns i en sammanfattande tabell nedan (se Tabell 1–2).

TABELL 1. Förbättringsområden för förlossningsvården

Förlossningsvården – identifierade förbättringsområden (kapitel)	Kort sammanfattning
Förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser (2.1)	<ul style="list-style-type: none">– Ökad mångfald i samhället och fler kvinnor med olika behov skapar ett tryck på förlossningsvården att anpassa sig efter fler individuella behov.
Kunskap finns, trots det drabbas fortfarande många kvinnor av förebyggbara bristningar (2.2)	<ul style="list-style-type: none">– För många kvinnor drabbas av allvarliga och förebyggbara bristningar och Sverige ligger efter andra länder.– Det är känt att utbildningsinsatser för personal inom detta område kan göra stor skillnad.
Kompetensförsörjningen är en känd och påtaglig utmaning inom förlossningsvården men den kräver också nya angreppssätt (2.3)	<ul style="list-style-type: none">– Problemet är särskilt omfattande på förlossningsklinikerna som har svårt att attrahera och behålla personal, i synnerhet erfarna barnmorskor.
Kunskapsutvecklingen inom förlossningsvården skulle vinna på en ökad nationell samordning (2.4)	<ul style="list-style-type: none">– Det efterfrågas ökad nationell samordning för att sammanställa och sprida kunskap, samt en gemensam målbild för förlossningsvården.
Den ökande mängden data om förlossningsvården borde kunna användas bättre i det systematiska kvalitetsarbetet (2.5)	<ul style="list-style-type: none">– Det finns idag flera kvalitetsregister som samlar information om förlossningsvården.– Olika satsningar efterfrågas för att främja utveckling och användning av kvalitetsregistren i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

TABELL 2. Förbättringsområden inom övriga områden för kvinnors hälsa

Kvinnors hälsa – identifierade förbättringsområden (kapitel)	Kort sammanfattning
Kvinnans behov i centrum i primärvården – förbättringspotential gällande anpassad vård och läkemedelsförskrivning (3.1)	<ul style="list-style-type: none">– Det finns behov av anpassade insatser inom primärvården för att nå kvinnor med olika bakgrunder och för att nå kvinnor som är eller varit utsatta för våld.– Det efterfrågas insatser för att öka kunskapen om könsanpassad läkemedelsförskrivning.
Smärttillstånd är vanligare hos kvinnor – mer kunskap behövs (3.2)	<ul style="list-style-type: none">– Det finns ett fortsatt behov av att öka kännedomen och kunskapen om endometrios.– Bristande tillgång till expertkunskap leder till onödigt lidande för kvinnor med vestibulit.– Mer vägledning behövs för att hjälpa kvinnor som lider av långvarig smärta av olika slag.
Ett utökat och mer jämlikt stöd i frågor som rör den sexuella- och reproduktiva hälsan (3.3)	<ul style="list-style-type: none">– Trots förbättringar är tillgång till preventivmedel och steriliseringar ännu ojämn i landet.– Många kvinnor och män känner inte till risker med uppskjutet barnafödande och riskerar att drabbas av ofrivillig barnlöshet.
Ett ökat fokus på äldre och yngre kvinnors fysiska och psykiska hälsa efterfrågas (3.4)	<ul style="list-style-type: none">– Det finns tecken på en negativ utveckling för yngre kvinnor, bland annat vad gäller psykisk ohälsa.– Äldre kvinnors behov behöver ges större utrymme inom vården.



Inledning

Överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa

Regeringen och SKL slöt i december 2015 en överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelsen utgör en del i regeringens arbete för en mer jämställd hälso- och sjukvård och sker mot bakgrund av att det finns utvecklingsområden inom såväl förlossningsvården som den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa i övrigt.¹

Överenskommelsen omfattar totalt 720 miljoner kronor, varav 700 miljoner kronor betalas ut som stimulansmedel till landstingen. 200 miljoner kronor betalades ut under 2015 för förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa och 375 miljoner kronor ska betalas ut under 2016 för samma ändamål. Under 2016 ska även 125 miljoner kronor betalas ut för insatser inom primärvården för att stärka kvinnors hälsa, med fokus på socioekonomiskt utsatta grupper. Regeringen har även aviserat att satsningen sannolikt kommer att fortsätta under åren 2017–2019.

I överenskommelsen framgår att SKL ansvarar för att samverka med landstingen, myndigheter, professionsorganisationer och andra aktörer som kan bidra i arbetet. SKL ansvarar även för en kartläggning av behov och förslag på insatser.

Not. 1. Ytterligare aviserade satsningar 2016–2019 som berör kvinnors hälsa inkluderar: avgiftsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år, kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år, förstärkning av ungdomsmottagningarnas arbete, utbyggnad av barnmorske- sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningarna.

Syfte, metod och avgränsningar

Syftet med denna kartläggning är att ge en nulägesbild av utmaningar inom förlossningsvården och andra områden inom vården som har betydelse för kvinnors hälsa. Med utmaningar avses både utmaningar i den medicinska- och omvårdnadsmässiga kvaliteten men också utmaningar utifrån individens förväntningar och upplevelse av vården. Förhoppningen är att sammanställningen kan utgöra en utgångspunkt i landstingens och andra aktörers fortsatta systematiska kvalitetsarbete för kvinnors hälsa.

Kartläggningen bygger på intervjuer, workshopdiskussioner, litteraturstudier och offentlig statistik. Kartläggningen genomfördes under januari till mars 2016.

Metod

Sammantaget genomfördes cirka 20 intervjuer samt en workshop med cirka 50 deltagare för att inhämta information och diskutera utmaningar och förbättringsmöjligheter.

Intervjuerna har varit semistrukturerade med frågor som inledningsvis varit öppna för att sedan bli mer specifika beroende på den intervjuades bakgrund och expertis. De intervjuade i studien har betraktats som informanter, det vill säga att de på grund av sin erfarenhet, kompetens och kunskap besitter värdefull information om utmaningarna inom förlossningsvården och kvinnors hälsa. De intervjuade inkluderade tre patientrepresentanter, 13 experter och fem professionsföreträdare. De intervjuades egna bedömningar om vilka de viktigaste teman är har i hög grad fått styra intervjun. Intervjuerna har varit mellan 45–60 minuter långa och de har till merparten utförts per telefon. I tillägg anordnades en workshop för att inhämta information till denna kartläggning. För enkelhetens skull kommer samtliga deltagare i kartläggningen i texten benämnas som ”intervjuade personer”.

Rapporter och andra underlag som varit viktiga för kartläggningen inkluderar; Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn, Graviditetsregistrets årsrapporter 2013–2014, Bristingsregistrets årsrapport (2015), Patient-sikkerhet, Projekt Säker förlossningsvård – slutrapport, Slutrapport Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt, Health at a glance, Öppna jämförelser (SoS, 2015b), Vad vet vi egentligen om vårdens metoder vid förlossningar (SBU, 2016) samt Malmökommissionens slutrapport.

En översikt över vilka organisationer som medverkat i intervjuer och workshop, samt litteratur och datakällor, finns i Kapitel 5; Litteraturförteckning.

Avgränsningar

Kartläggningen fokuserar särskilt på de områden och teman som överenskommelsen uttryckligen lyfter fram, det vill säga förlossningsvården och primärvårdsinsatser som främjar kvinnors hälsa, med fokus på socioekonomiskt utsatta grupper. Kartläggningen beskriver också andra områden som berör kvinnors hälsa i de fall dessa lyfts fram av de intervjuade.

Kartläggningen gör inte anspråk på att vara heltäckande för alla områden och tänkbara utmaningar som rör kvinnors hälsa. Den gör heller ingen prioritering i betydelse eller vikten av olika utmaningar.

En annan begränsning i studien är att den inte gör en normkritisk kartläggning över vilka olika uppfattningar om vården det finns hos olika grupper av experter, professionsföreträdare och patienter, och i vilken mån de som intervjuades representerar dessa olika perspektiv. I en normkritisk granskning skulle de intervjuade inte ses som informanter, utan som respondenter, det vill säga som bärare av olika åsikter, normer och perspektiv. För att genomföra en sådan studie skulle det också krävas ett helt annat urvalsförfarande och betydligt fler intervjuer för att kunna säkerställa en mångsidig och uttömmande representativitet. Det har inte varit praktiskt möjligt att göra inom ramen för denna kartläggning.





Utmaningar inom förlossningsvården

Merparten av de medel som utbetalas inom ramen för regeringens och SKLs överenskommelse (S2015/07777/FS) ska stärka förlossningsvården och eftervården för förlösta kvinnor.² Kartläggningen har därför särskilt fokuserat på att beskriva och identifiera vilka utmaningar som finns inom dessa områden.

En genomgående ansats har varit att bättre förstå den födande kvinnans perspektiv och utifrån detta tolka de medicinska och omvårdnadsmässiga utmaningarna.

Ett antal utmaningar och förbättringsområden har identifierats som sammanfattas nedan och beskrivs mer i detalj i detta kapitel:

- › Förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser (2.1).
- › Kunskap finns, trots det drabbas fortfarande många kvinnor av förebyggbara bristningar (2.2).
- › Kompetensförsörjningen är en känd och påtaglig utmaning inom förlossningsvården men den kräver också nya angreppssätt (2.3).
- › Kunskapsutvecklingen inom förlossningsvården skulle vinna på en ökad nationell samordning (2.4).
- › Den ökande mängden data om förlossningsvården borde kunna användas bättre i det systematiska kvalitetsarbetet (2.5).

Not. 2. 375 miljoner kronor av totalt 500 miljoner kronor.

Förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser

Merparten av de intervjuade framhåller att förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov, upplevelser och önskemål, vilket också är i linje med patientlagen (2014:821). Att förstå och kunna möta den gravida och födande kvinnans olika behov är både en utmaning och ett område för förbättring.

Kvinnans behov och upplevelser i centrum

En gemensam uppfattning hos de intervjuade är att förlossningsvården i högre grad behöver sätta kvinnans behov och upplevelser i centrum. Det kräver att kvinnans partner eller medförälder också inkluderas och att dennes erfarenheter och perspektiv också tas tillvara.

”Det borde vara prioritet att ta in föräldrarnas perspektiv via enkäter, brukarundersökningar, samverkan med lokala patientorganisationer och via brukarråd.”

Representant för en patientorganisation

Samtidigt finns idag relativt lite samlad information om vilka förväntningar kvinnor och deras partners har på förlossningsvården och i vilken omfattning upplevelsen av erhållen vård motsvarar förväntningarna. Vad är viktigast i kontakten med förlossningsvården? Stämmer kvinnorna och deras partners bild med vårdpersonalens och verksamheternas bild?

Intervjuade personer påpekar att det finns ett behov av att stärka arbetet med uppföljning och utvärdering utifrån kvinnornas och deras partners perspektiv. Till exempel saknas det en nationell patientenkät för förlossningsvården och det finns få kvalitativa studier över vad kvinnor och deras partners vill ha och förväntar sig. Flera initiativ är under utveckling. Graviditetsregistret och Bristningsregistret arbetar för närvarande med att dokumentera kvinnornas upplevda hälsa och andra hälsoutfall via enkäter. Intervjuade personer som är engagerade i utvecklingen av registren ser en konkret möjlighet i att använda Graviditetsregistrets system för att distribuera en enkät som täcker in hela perioden från inskrivning på mödravården till efter förlossning.³

Not. 3. Inom Bristningsregistret har enkäter påbörjats med uppföljning om den upplevda hälsan innan förlossning, 8 veckor efter förlossningen samt ett år efter, med fokus på kvinnor som fått bristningar. Graviditetsregistret har sedan det startades 2013 samlat in uppgifter om kvinnors upplevda hälsa före och efter förlossning (Graviditetsregistret 2015b). Graviditetsregistret fortsätter under 2016 att testa införande av enkäter för att följa upp både patientrelaterade utfallsmått och patientrelaterad nöjdhet.

Flera intervjuade efterfrågar att patientorganisationer i större utsträckning involveras i större beslut som rör förlossningsvården, via brukarråd eller liknande.

”Förlossningsvården missar föräldraperspektivet. Det finns bristande information, bristande respekt för skillnader, brist på kontinuitet och en bristande helhetssyn.”

Representant för en patientorganisation

Flera intervjuade anser också att den traditionella organiseringen av förlossningsvården kan utgöra ett hinder för ökad lyhördhet. Kvinnorna och deras partners får idag träffa olika vårdpersonal i vårdkedjans olika delar och mycket av den personkänedom och det förtroende som byggts upp i en del av vårdkedjan går förlorad vid övergången till nästa del. Flera av de intervjuade föreslår att det i högre grad bör vara samma team av barnmorskor genom hela graviditeten, förlossningen och eftervården.

”Vi mammor uppmantras att skriva förlossningsbrev, men få i förlossningsvården tar det på allvar. Vissa har till och med sagt att barnmorskan börjat stryka i brevet, vilket upplevs som väldigt kränkande.”

Representant för en patientorganisation

Samtidigt finns en viss oro för att patientsäkerheten riskeras om det inte finns en balans mellan kvinnors önskemål och de medicinska aspekterna. Intervjuade personer betonar att vårdpersonalens kompetens även fortsättningsvis måste vara central i de medicinska beslut som tas.

Fler kvinnor med olika behov

Olika demografiska förändringar och andra förändringar bland blivande mammor ställer nya krav på förlossningsvården. Till exempel är dagens mammor i högre utsträckning äldre och överviktiga. Vidare innebär en ökad invandring och fler nyanlända ett ökat behov av att kunna stödja blivande mammor med olika kulturella bakgrunder och ibland bristande kunskaper i svenska. Sammantaget skapar detta en situation med en mer diversifierad behovsbild.

”Mödravården måste inse att alla mammor inte är likadana. Idag ska alla ha ett visst antal besök trots att vissa inte behöver eller vill det. De som behöver mycket vård kan få för lite vård och andra för mycket.”

Intervjuad expert

Gravida med olika kulturella bakgrunder

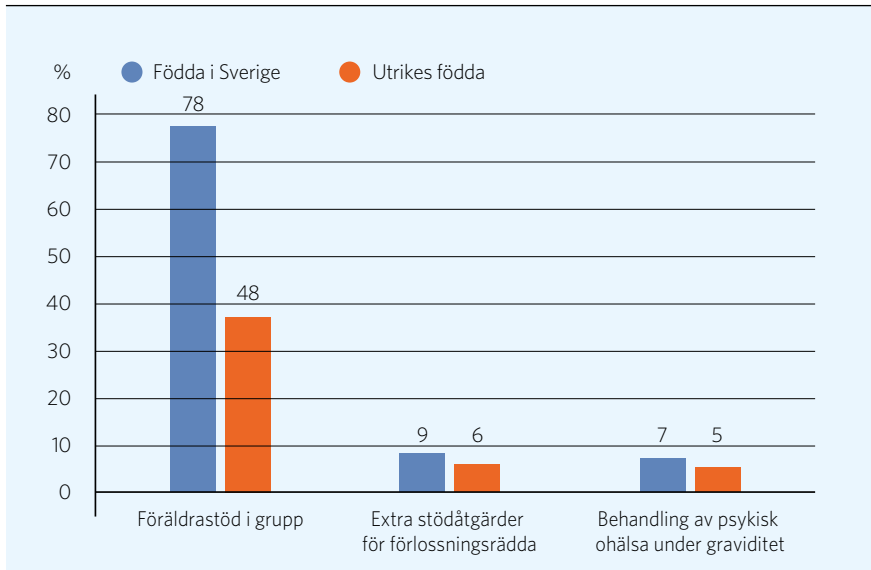
I Sverige är idag ungefär var femte födande kvinna utrikesfödd (Graviditetsregistret, 2015a). Andelen förväntas öka mot bakgrund av det senaste årens ökade invandring.

”Jag är tyvärr övertygad om att kvinnor från andra länder får sämre vård. De resursstarka söker sig till de bästa enheterna. De andra söker sig till de som ligger närmast.”

Intervjuad expert

Flera intervjuade ser en utmaning i att säkerställa att utrikesfödda kvinnor får den vård och det stöd de behöver. Exempelvis tar utrikesfödda inte del av särskilda insatser under graviditeten i samma utsträckning som svenskfödda, även om antalet barnmorskebesök i snitt är ungefär detsamma.⁴ En lägre andel av de utrikesfödda får stöd för psykisk ohälsa, förlossningsrädsla och föräldrastöd i grupp under sin graviditet, se Diagram 1 (Graviditetsregistret, 2013).

DIAGRAM 1. Procent gravida kvinnor som erhållit insatser 2013



Källa: Graviditetsregistrets årsrapport 2013.

Not. 4. Födda i Sverige hade i genomsnitt 8,88 barnmorskebesök, medan utrikesfödda hade 8,43 i snitt. Kvinnor som hade tolkbehov hade i sin tur i snitt 8,23 barnmorskebesök (Graviditetsregistrets årsrapport 2013).

För att anpassa förlossningsvården till individuella behov nämner intervjuade personer att en genomtänkt, målgruppsanpassad förlossningsvård med god kommunikation mellan vård och kvinnan är särskilt viktig. Till exempel framför SBF och SFOG i Tio punkter för jämlik kvinnovård att kvinnor med förlossningsrädsla vid behov ska erbjudas stödsamtal med tolk. Andra typer av insatser som intervjuade personer lyfter fram är:

- › Fler auktoriserade tolkar
- › Mer informationsmaterial på andra språk
- › Doulor med olika kulturella bakgrunder och kunskaper i flera olika språk
- › Kompetenshöjande insatser till vårdpersonal om betydelsen av kulturell kontext och därtill kopplade utmaningar

Några intervjuade efterfrågar också andra utökade insatser för att nå och stötta utrikesfödda. Ett exempel kommer från Rinkeby, en förort utanför Stockholm med hög andel utrikesfödda. Där erbjöds familjerna ett utökat antal hembesök av BVC efter sin förlossning i syfte att skapa en bättre kommunikation och kontakt mellan kvinnan, familjen och vården. Programmet har inledningsvis visat på positiva resultat men är fortfarande under utvärdering.

I tillägg anser flera intervjuade att det finns ett behov av att öka kunskapen och uppmärksamheten på specifika medicinska tillstånd som kan förekomma hos utrikesfödda gravida, exempelvis särskilda komplikationer som kan uppstå hos omskurna kvinnor.

Gravida med övervikt/fetma

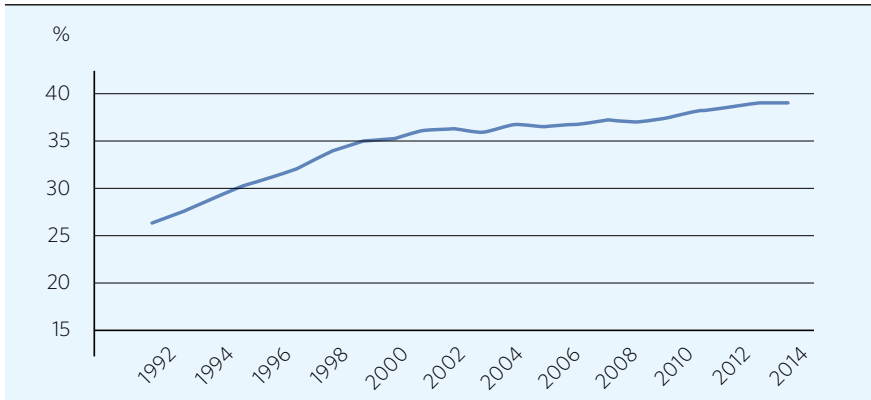
Fetma och övervikt utgör en växande utmaning för folkhälsan och hälso- och sjukvården. Andelen med övervikt och fetma har succesivt ökat i Sverige, både bland gravida och i befolkningen i övrigt. Bland gravida har cirka 40 procent ett BMI över 25 vid inskrivningen till mödrahälsovården/mödravården, vilket är gränsen för övervikt. Detta utgör en särskild utmaning för förlossningsvården. Gravida med högt BMI löper större risk att drabbas av en rad komplikationer såsom graviditetsdiabetes, högt blodtryck, havandeskapsförgiftning och blodpropp.

”Graviditeten är en inkörsport för viktuppgång, sedan följer andra hälsoproblem i framtiden. Det behövs insatser redan i mödravården.”

Intervjuad expert

Flera intervjuade vill se mer insatser och ett större fokus på gravida med högt BMI. De understryker att barnmorskor har en viktig roll att prata med kvinnan om vikt, matvanor och fysisk aktivitet. I förekommande fall bör remittering till specialistvården ske, vilket flera intervjuade uppger sker alltför sällan idag.

DIAGRAM 2. Procent gravida med BMI högre än 25, 1992–2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

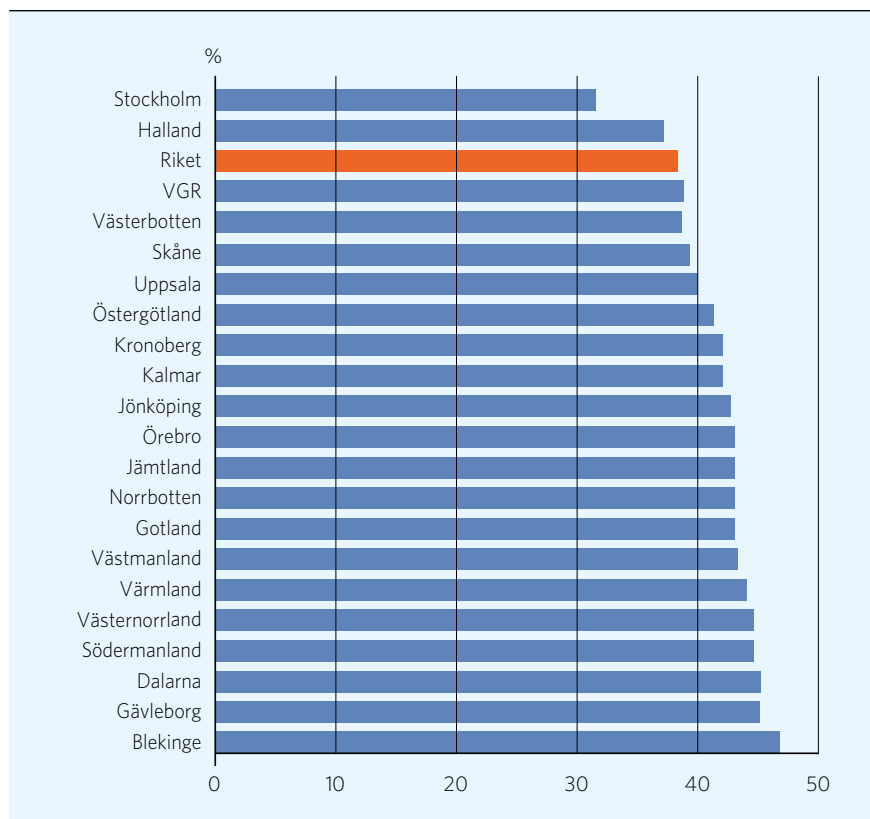
Förlossningsdepression

Mellan 10 till 15 procent av alla gravida kvinnor drabbas av depression under eller efter förlossningen, och en mindre andel drabbas också av allvarigare psykiska sjukdomar. Flera intervjuade befarar dessutom att den ökande psykiska ohälsan bland unga kvinnor kan leda till att förlossningsdepressioner blir ännu vanligare i framtiden. Orsaker till förlossningsdepressioner som lyfts är bristande stöd från partner, ekonomiska problem, ohälsa eller stressande livshändelser som till exempel en allvarlig graviditetskomplikation (SoS, 2015b).

”Det har blivit mer vanligt med tidig hemgång från förlossningen, så idag upptäcker vi inte depressionerna för att vårdtiden är för kort. Mamman träffar inte personal som kan bedöma om hon har depression eller förlossningspsykos.”

Intervjuad expert

DIAGRAM 3. Procent gravida med BMI högre än 25 i länen 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

Intervjuade pekar på utmaningar i att identifiera kvinnor som fått eller riskerar att få förlossningsdepression, i synnerhet då vårdtiderna blivit kortare vid förlossningar och möjligheten för dialog och observation därigenom minskat. De menar att vårdaktörer som har kontakt med gravida eller nyblivna mammor, exempelvis mödravården och barnhälsovården/barnavårdcentralerna, kan bli bättre på att fånga upp eller förebygga förlossningsdepression, exempelvis genom att i högre utsträckning använda screeningverktyg och andra insatser som rekommenderas av Socialstyrelsen och SBU (SoS, 2014b).

Samtidigt menar de intervjuade att screeningverktyget missar många av de drabbade. För att fånga upp fler med förlossningsdepressioner, anser de att verktyget behöver utvecklas, samt att vårdpersonal behöver få utökad utbildning i hur verktyget ska användas.

Vidare identifieras kvinnor med en annan kulturell bakgrund än svensk som en grupp med förhöjd risk att hamna i depression efter förlossning. De intervjuade lyfter fram att vården kan bli bättre på att diagnostisera och behandla denna grupp.

Ett tecken på att det finns förbättringspotential i förlossningsvårdens hantering av psykisk ohälsa är att det råder en stor variation mellan landstingen över hur många kvinnor som behandlas för psykisk ohälsa under graviditet, från 4,5 procent i Södermanland till 9,4 procent på Gotland (SoS, 2015b). En stor variation kan också noteras vad gäller hur många kvinnor som får extra stödåtgärder vid förlossningsrädsla (SoS, 2015b).

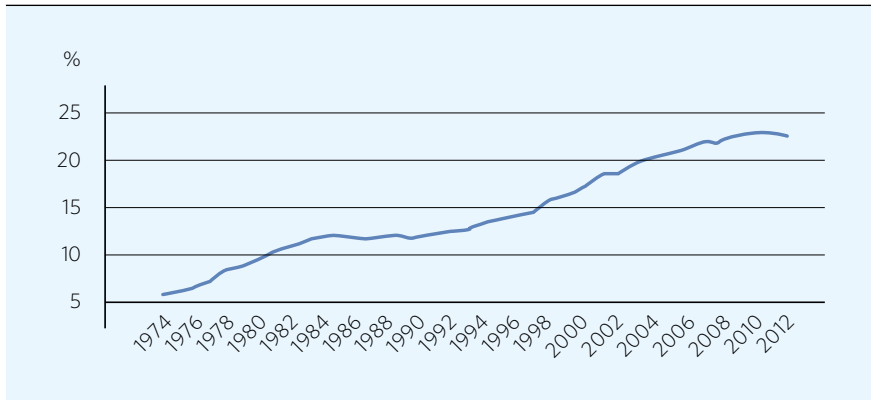
Gravida över 35 år

Mer än var femte födande kvinna är idag över 35 år. Medelåldern för förstföderskor i Sverige är ungefär 29 år och i vissa landsting och regioner betydligt högre (se Diagram 4–6). Graviditet vid hög ålder är förknippat med ökade risker för bland annat missfall, för tidig födsel, havandeskapsförgiftning och dödföddhet. De intervjuade personerna upplever att många kvinnor underskattar riskerna med ett uppskjutet barnafödande och ser ett behov av att ge utökad information om potentiella risker (beskrivs närmare i Kapitel 3).

”Vi har en ökande äldre population kvinnor som väntar sitt första barn. Det är en speciell grupp. De behöver ett särskilt omhändertagande.”

Intervjuad expert

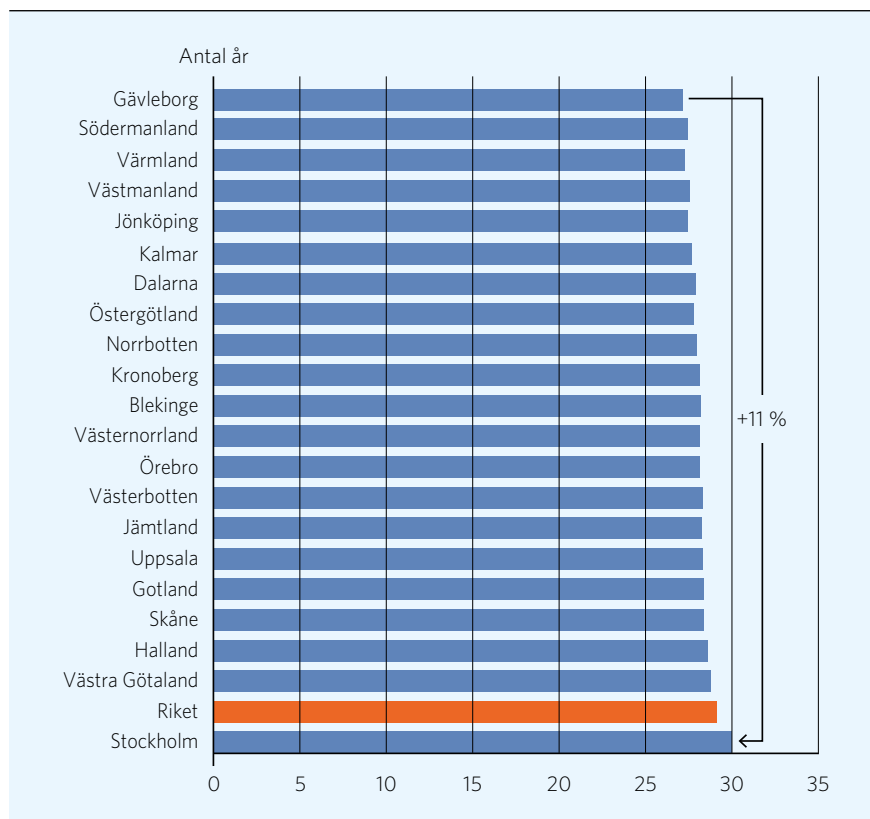
DIAGRAM 4. Andel födande kvinnor över 35 år i riket 1975–2012



Källa: Institutet för Hälsa och Välfärd Finland (2016).

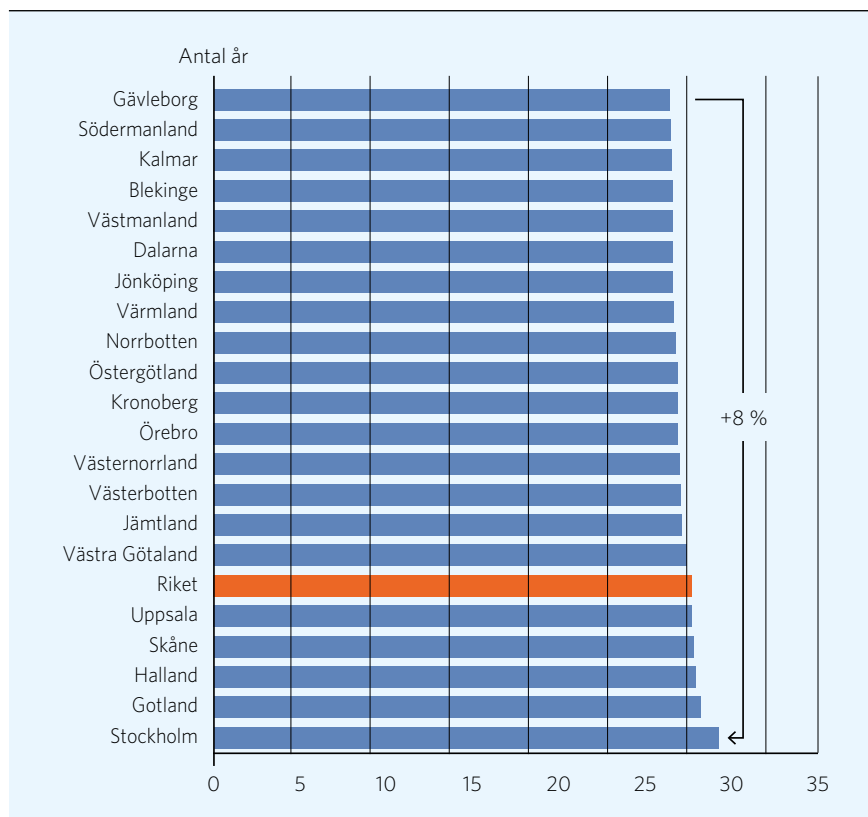
Not: Gäller samtliga födande kvinnor, såväl förstföderskor som omföderskor.

DIAGRAM 5. Medelåldern för förstföderskor per landsting 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

DIAGRAM 6. Medelåldern för gravida per landsting 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

Not: Gäller samtliga födande kvinnor, såväl förstföderskor som omföderskor.

Gravida med olika sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning

”Det är otroligt långa processer för att skaffa kunskap för att kunna hjälpa individer med särskilda sjukdomstillstånd.”

Intervjuad expert

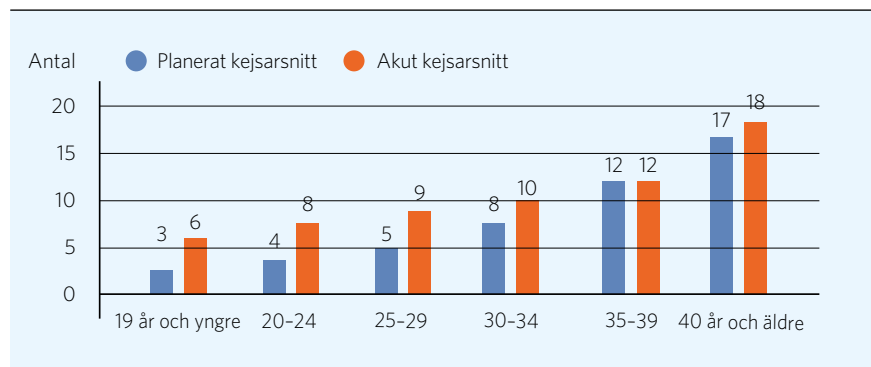
Flera intervjuade lyfter fram att fler kvinnor med funktionsnedsättningar eller olika sjukdomstillstånd blir gravida idag.⁵ De ser en utmaning i att säkerställa att dessa kvinnor och deras partners får en god och säker förlossningsvård. De menar att vårdpersonalen i många fall saknar kunskap om hur de bäst kan bemöta och stötta dessa kvinnor och deras partners.

Not. 5. Några exempel på olika sjukdomstillstånd som kräver särskild handläggning under graviditet - epilepsi, infektionssjukdomar (till exempel hepatit B eller HIV), autoimmuna sjukdomar, koagulationsrubbingar och diabetes.

Kejsarsnitt och förlossningsrädsla

Andelen kejsarsnitt i Sverige har ökat över tid, och ökningen gäller både akuta och planerade kejsarsnitt. Det är betydligt vanligare att äldre kvinnor, och kvinnor med höga BMI förlöses med kejsarsnitt.

DIAGRAM 7. Procent planerade och akuta kejsarsnitt efter ålder på kvinnan 2014



Källa: Graviditetsregistrets årsrapport 2014.

Det finns flera orsaker till att kvinnor vill förlösas med kejsarsnitt. En vanlig orsak är tidigare negativa förlossningsupplevelser som skapat en rädsla inför nästa födsel. Vidare finns ett samband med utbildningsgrad, där lågutbildade kvinnor i högre grad önskar kejsarsnitt än högutbildade.

De regionala variationerna är också stora, där Stockholm ligger högst med 22 procent kejsarsnitt av samtliga födselar och Östergötland lägst med 12 procent. Det har förts fram att dessa skillnader kan bero på olika praxis och kultur.

”Man måste fånga upp kvinnorna som har en negativ förlossningsupplevelse och därför fått en förlossningsrädsla. De antingen kräver planerat kejsarsnitt, eller så vill de föda hemma för att slippa vården.”

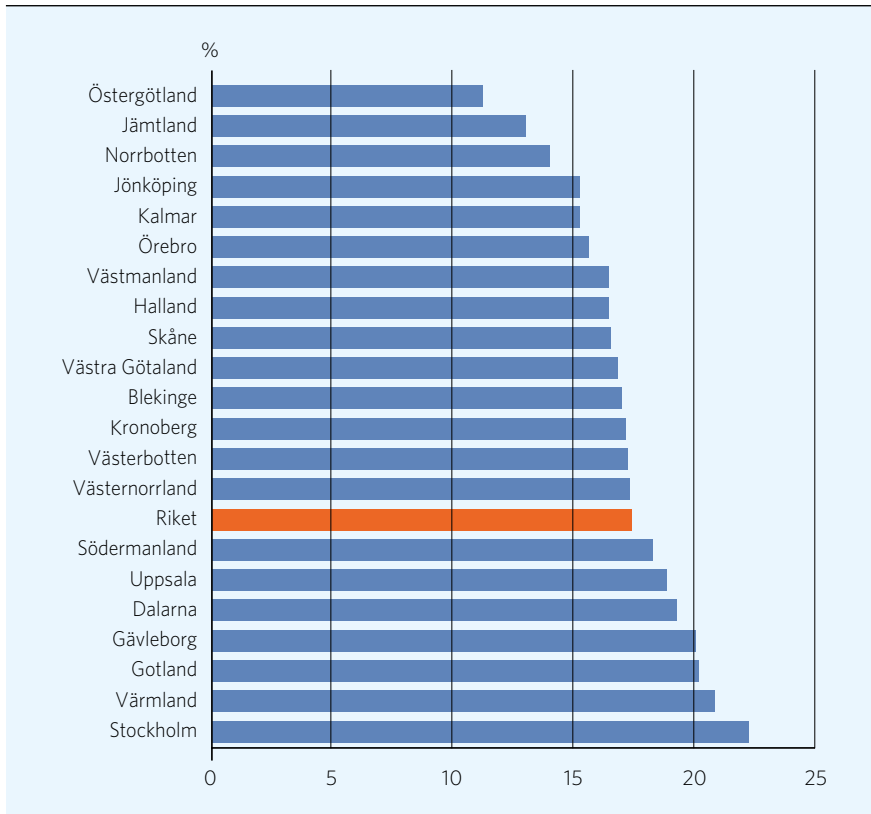
Representant för en patientförening

Intervjuade menar att det går att minska andelen undvikbara kejsarsnitt genom att ge stöd till förlossningsrädda. Ett ökat fokus på jämförelser och större tillgång till statistik lyfts också som något som kan bidra till ett förbättringsarbete. Nationella riktlinjer för hur undvikbara kejsarsnitt kan minska har efterfrågats av SFOG och SBF i deras tiopunktsprogram för jämlik kvinnovård.

”Vi tror att folk väljer mer och mer planerat kejsarsnitt för där får man iallafall kontroll över situationen.”

Representant för en patientförening

DIAGRAM 8. Procent kejsarsnitt per län 2014

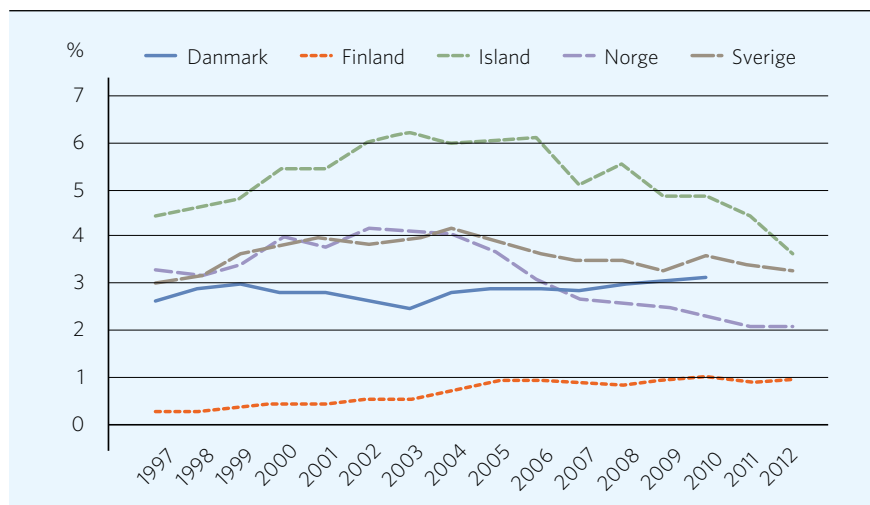


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

Kunskap finns, trots det drabbas fortfarande många kvinnor av förebyggbara bristningar

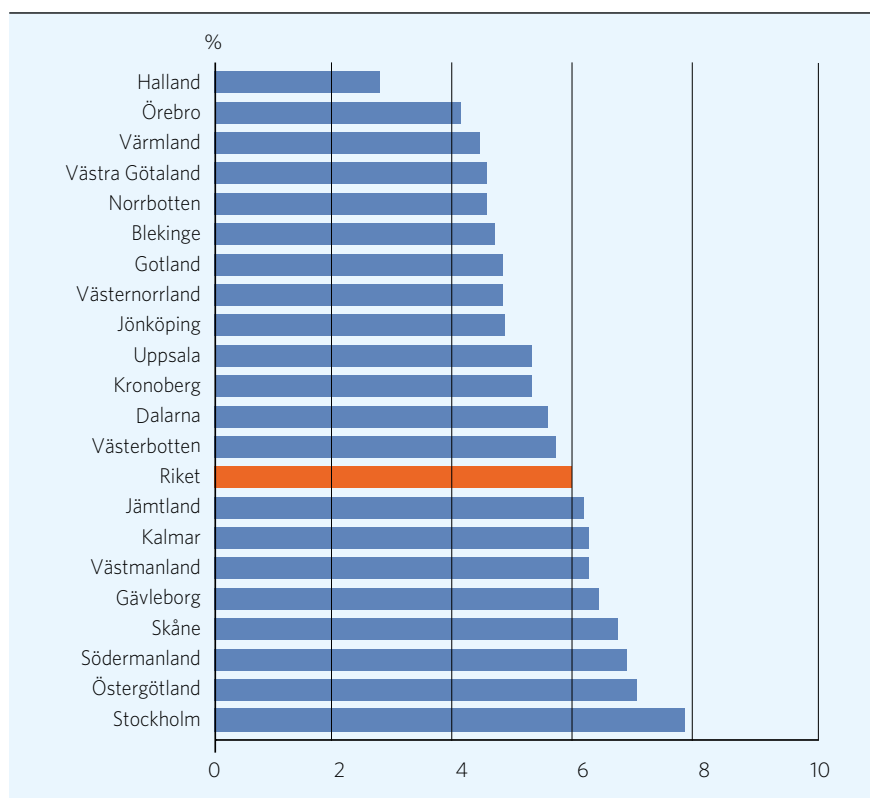
Ungefär tre till fyra procent av alla kvinnor som föder i Sverige får en allvarlig bristning (Grad 3–4), vilket är högre än övriga nordiska länder (Diagram 9) och bland de högsta inom OECD. Det finns också stora variationer mellan olika förlossningskliniker och olika landsting, se Diagram 10. Bristningar är särskilt vanliga bland kvinnor födda utanför Norden (Diagram 11).

DIAGRAM 9. Procent bristningar grad 3 och 4 i de nordiska länderna 1997-2012



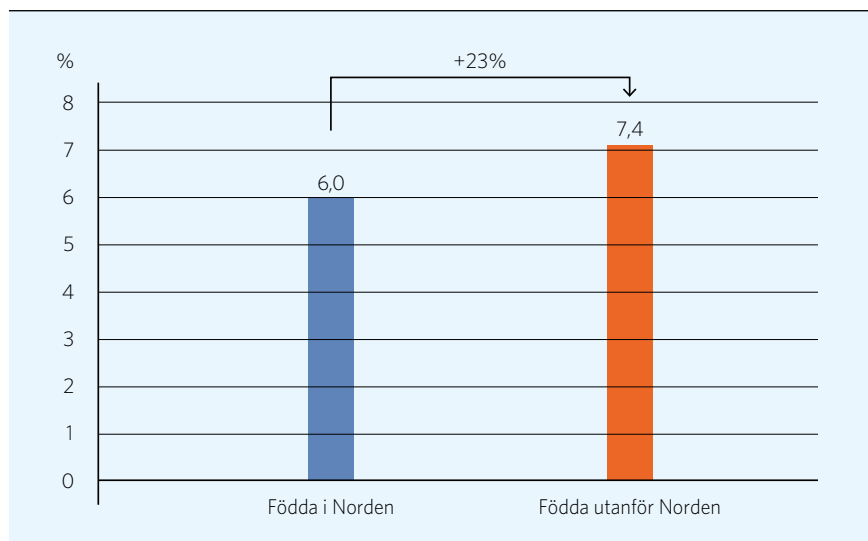
Källa: Institutet för hälsa och välfärd Finland (2016).

DIAGRAM 10. Procent bristningar grad 3 och 4 för förstföderskor per landsting 2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

DIAGRAM 11. Procent bristningar grad 3 och 4 hos förstfödorskor, födda i Norden och utanför 2015



Källa: Öppna jämförelser 2015, Socialstyrelsen.

Att variationerna mellan länen tyder på en förbättringspotential har även lyfts i en granskning av skador i vården som genomförts av SFOG, SBF, LÖF och SKL. Där framkommer att postpartum/obstetisk skada är den vanligaste skadan inom obstetrik och gynekologi och att en tredjedel av de granskade skadorna kan bedömas som undvikbara.⁶ I denna kartläggning är förebyggande och hantering av bristningar det tema som flest personer lyfter fram i intervjuerna.

Mot bakgrund av detta är förebyggande och hantering av bristningar fokus för detta kapitel. Det ska dock samtidigt nämnas att de intervjuade också lyfter att det är viktigt att följa upp och arbeta med andra skador och besvär som uppstår, såsom större blödningar, infektioner och inkontinens. Även att förhindra onödiga interventioner är något som flera intervjuade för fram.

Not. 6. Denna andel betraktades som relativt sett låg, men samtidigt ansågs att variationerna mellan länen tydde på att förbättringspotentialen är ännu högre.

Förebyggande och hantering av bristningar vid förlossning

Många intervjuade menar att utbildningsinsatser som inkluderar praktisk handledning riktade till barnmorskor är den viktigaste satsningen för att förebygga allvarliga bristningar. De ser ett stort behov av kompetensutveckling och anser att denna fråga bör prioriteras av vårdpersonal, verksamhetschefer och beslutsfattare.

”Det finns mycket man kan göra för att förebygga bristningar. Tyvärr har denna kunskap inte fått tillräckligt fotfäste i den svenska förlossningsvården.”

Intervjuad expert

För närvarande pågår flera arbeten med syftet att kartlägga och sprida kunskap om förebyggande och hantering av bristningar. SBU genomför en stor genomgång av metoder inom förlossningsvården, inklusive hur förlossningsskador kan förebyggas (SBU, 2016)⁷. Vidare fortsätter Projektet Säker förlossningsvård där experter från SFOG och SBF med stöd från LÖF tar fram ett omfattande webbutbildningsmaterial för att förbygga, hitta, följa upp och behandla missade bristningar (Bristningsregistret, 2015).⁸

Identifiering och behandling av bristningar efter förlossning

”Man måste prata med kvinnan om vad som händer under förlossningen och vad man kan förvänta sig. Det är lätt att tro att de skador man får är normala, och så får man inte den vård i efterhand som behövs.”

Intervjuad expert

Många kvinnor lever med bristningar som lämnas oupptäckta och obehandlade av vården. De drar sig för att gå till vården med sina problem eftersom bristningar fortfarande anses vara intima och skambelagda. Samtidigt vet ofta vårdpersonal inte hur de ska ställa rätt frågor och göra rätt undersökning. De intervjuade ser att det finns ett kompetensutvecklingsbehov kring diagnostisering och bemötande i mödravården och för personal på gynekologimottagningar. De föreslår även införande av ett särskilt förlossningsskadecenter för att samla kompetens och skapa en större tydlighet över var kvinnor kan få hjälp med förlossningsskador.

”Många i vården vet inte hur de ska känna igen en allvarlig bristning, och missar därför ofta att remittera kvinnan vidare till specialistvården.”

Intervjuad expert

Not. 7. Arbetet publicerades april 2016.

Not. 8. Materialet uppskattas vara klart till hösten 2016 och omfattar såväl förebyggande åtgärder som diagnostisering och suturering.

Synen på bristningar och förlossningsskador

”Flera kvinnor säger att deras besvär har bagatelliserats. Att de blivit bemötta med kommentarer som: Det kan du förvänta dig, det är en del av att föda barn.”

Representant för en patientorganisation

Flera intervjuade lyfter vidare fram betydelsen av att arbeta tillsammans med vårdpersonalen kring deras synsätt på bristningar som förlossningskomplikation. Både intervjuade patienter och experter vittnar om att det finns vårdpersonal i hela vårdkedjan som inte tar problemet med bristningar på tillräckligt allvar. Allvarliga bristningar betraktas felaktigt som en naturlig del i förlossningen. En intervjuad beskriver att den allmänna attityden till förlossningsskador har förbättrats de senaste åren. Samtidigt anser många intervjuade att det finns mycket kvar att göra och att alltför många kvinnor fortfarande inte får den hjälp som behövs.

Kompetensförsörjningen är en känd och påtaglig utmaning inom förlossningsvården men den kräver också nya angreppssätt

”Bemanningen är prio 1. Utan detta finns ingen förlossningsvård.”

Intervjuad expert

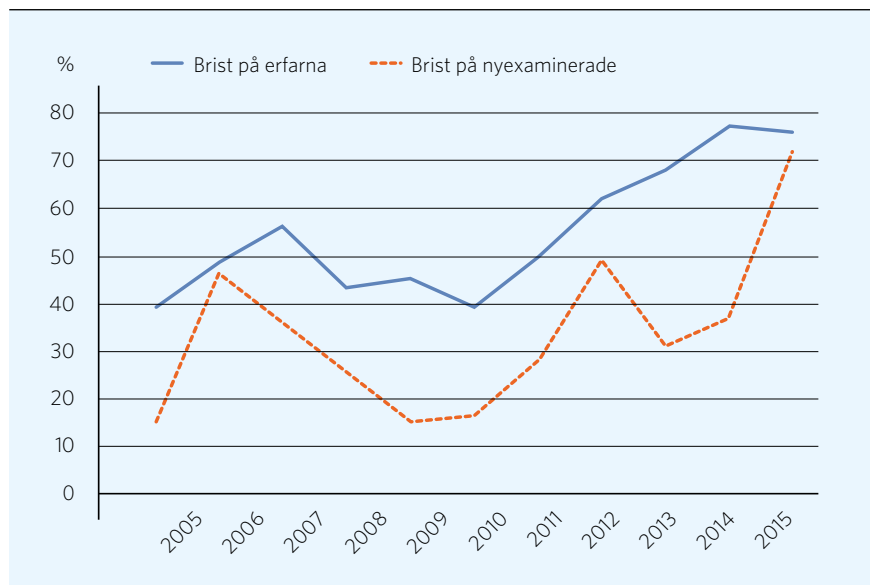
Att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning inom förlossningsvården är en känd och påtaglig utmaning. I en undersökning av SCB uppger 7 av 10 tillfrågade arbetsgivare en brist på både nytutexaminerade och erfarna barnmorskor, se Diagram 12.

Enligt de intervjuade är problemet som störst på förlossningsklinikerna i storstadsregionerna. Alltför många barnmorskor väljer att gå vidare till andra tjänster inom exempelvis mödravården eller på ungdomsmottagningar. Intervjuade personer vill se flera olika åtgärder för att behålla personal på förlossningsklinikerna. De lyfter särskilt fram tillräcklig bemanning, teambaserade arbetssätt och kontinuerlig kompetensutveckling.

”En tydlig kompetensutveckling gör att man vill och orkar stanna.”

Intervjuad expert

DIAGRAM 12. Procent arbetsgivare som anger att de har en brist på erfarna respektive nyutexaminerade barnmorskor 2005-2015



Källa: Statistiska centralbyrån (2015).

Kompetensförsörjningen inom obstetrik och gynekologi uppges också av några intervjuade som påtaglig men inte i samma omfattning. I Socialstyrelsens kartläggning anser de flesta landsting att det råder balans i tillgången på ST-läkare inom obstetrik och gynekologi.

Sammantaget påpekar flera intervjuade att landsting och enskilda vårdgivare måste ta ett nytt grepp kring kompetens- och bemanningsutmaningen. Hur man planerar arbetet, fördelar arbetsuppgifter och ansvar måste ses över för att komma tillrätta med utmaningen.



Kunskapsutvecklingen inom förlossningsvården skulle vinna på en ökad nationell samordning

Olika typer av kunskapsstöd spelar en viktig roll för kvalitetsutvecklingen i förlossningsvården. Idag tar landstingen ett stort ansvar för att ta fram och implementera kunskapsstöd i form av lokala vårdprogram och PM.⁹ Detta är en resurskrävande och ineffektiv process. Många intervjuade vill därför se en ökad nationell samordning för att stötta landstingen och verksamheterna i deras arbete. De efterlyser särskilt en nationell organisation för att effektivt ta fram, uppdatera och sprida lättillgängliga och kvalitetssäkrade kunskapsstöd. Exempel på sådant stöd är plattformar för e-lärande.

I tillägg ser många intervjuade behov av en gemensam målbild för förlossningsvården. Det handlar dels om vad som är eftersträfvärdiga resultat i termer av målvärden och dels om vad som ska ingå i vården. Mot bakgrund av detta behov startar Graviditetsregistret under 2016 ett arbete med att ta fram målvärden med stöd av olika arbetsgrupper.

”Varför ska 21 sjukvårdshuvudmän sitta och göra vårdprogram och kunskapsunderlag var för sig? Man kan ha en nationell kunskapsbank istället.”

Intervjuad expert

Not. 9. Delvis utifrån nationella kunskapsstöd för förlossningsvården som finns tillgängliga, exempelvis *Handbok för mödrahälsovården* (SoS, 2014a) och stöddokument från SFOG.

Den ökande mängden data om förlossningsvården borde kunna användas bättre i det systematiska kvalitetsarbetet

”Bristningsregistret och Graviditetsregistret ger oss unika möjligheter att mäta resultat ur patientens synpunkt.”

Intervjuad expert

Bristningsregistret och Graviditetsregistret är kvalitetsregister som samlar uppgifter kring graviditet, förlossning och eftervård. De har under de senaste åren genomgått ett omfattande utvecklingsarbete. Enligt de som arbetar med utvecklingen av dessa kvalitetsregister finns numera goda möjligheter att använda dessa i systematiskt kvalitetsarbete och verksamhetsuppföljning. De uppger att efterfrågan på registrens produkter är stor. De intervjuade personerna lyfter samtidigt fram flera faktorer som viktiga för att kunna förverkliga den fulla potentialen av registren:

- Förbättringar i journalsystem för att underlätta inmatning av uppgifter och därmed öka datakvalitet och täckningsgrad.
- Beslutsfattare och verksamhetschefer som prioriterar och uppmuntrar användningen av olika resultatmått i det systematiska förbättringsarbetet
- Kompetensutveckling för att hjälpa vårdpersonal ladda hem, använda och tolka data.
- Resursförstärkning för att påskynda utvecklingen av mätning av självrapporterad patientupplevelse, vilket skulle ge vårdgivarna aktuell information om vårdkvaliteten och identifiera förbättringsområden.
- Att det finns nationella riktlinjer för hur, vad och var vården ska dokumenteras. Utan enhetliga rutiner för dokumentation är det inte möjligt med korrekta jämförelser.

”Uppdatering av journalsystemen till nutida förhållanden krävs och det lämpar sig väl för en nationell satsning.”

Bristningsregistrets årsrapport 2015



Utmaningar inom övriga områden som rör kvinnors hälsa

Överenskommelsen kring kvinnors hälsa anger att de medel som betalas ut till landstingen under 2016 (375 miljoner kronor) *i andra hand* kan gå till andra insatser utanför förlossningsvården förutsatt att de leder till att kvinnors hälsa stärks. Vidare har ytterligare 125 miljoner kronor avsatts för insatser under 2016 inom primärvården för att stärka kvinnors hälsa med fokus på socioekonomiskt utsatta områden.

Den andra delen av kartläggningen har därför strävat efter att identifiera utmaningar som stärker kvinnors hälsa inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården. Även i denna del av kartläggningen har ansatsen varit att se utmaningarna från kvinnans perspektiv.

Kartläggningen identifierar ett antal utmaningar och förbättringsområden som sammanfattas nedan och beskrivs mer i detalj i följande kapitel:

- › Kvinnans behov i centrum i primärvården – förbättringspotential gällande anpassad vård och läkemedelsförskrivning (3.1).
- › Smärttillstånd är vanligare hos kvinnor – mer kunskap behövs (3.2).
- › Ett utökat och mer jämlikt stöd behövs i frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan (3.3).
- › Ett ökat fokus på äldre och yngre kvinnors fysiska och psykiska hälsa efterfrågas (3.4).

Kvinnans behov i centrum i primärvården – förbättringspotential gällande anpassad vård och läkemedelsförskrivning

Denna kartläggning identifierar flera områden där primärvårdsinsatser skulle kunna göra stor skillnad för att stärka kvinnors hälsa.

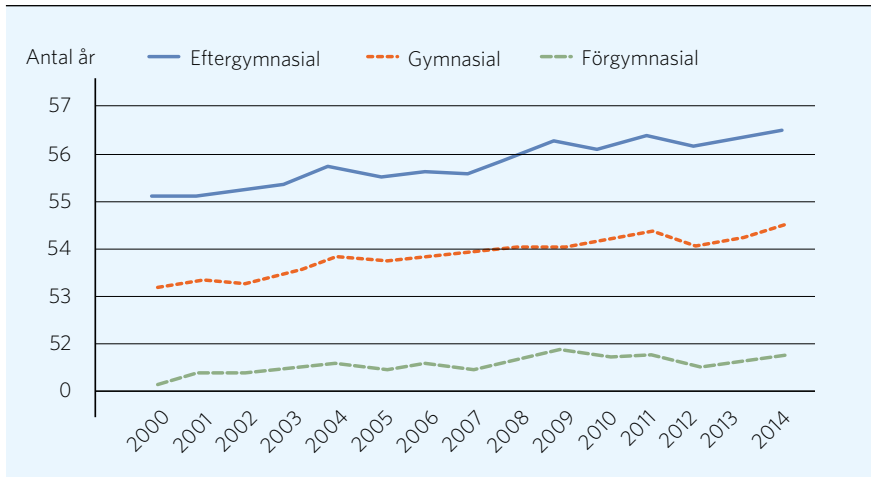
Anpassad vård för kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden

Skillnaderna i medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper ökar. Det illustreras nedan i Diagram 13, vilken visar den förväntade medellivslängden för kvinnor i 30-årsåldern med olika utbildningsnivåer. I diagrammen framgår att en 30-årig kvinna med eftergymnasial utbildning förväntas leva cirka fem år längre än en jämnårig kvinna med endast förgymnasial utbildning (se Diagram 13). Man kan också se att skillnaderna har ökat sedan 2000-talet. Flera intervjuade personer lyfter fram att primärvården har en viktig roll i att stärka hälsan hos kvinnor med svaga socioekonomiska förutsättningar. Även utredningen *Effektiv vård* lyfter fram primärvårdens betydelse för att minska hälsoklyftorna (SOU 2016:2).

”En utbyggd primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa.”

Effektiv vård (SOU 2016:2)

DIAGRAM 13. Förväntad återstående medellivslängd för kvinnor vid 30 års ålder efter utbildningsbakgrund 2000–2014



Källa: Statistiska centralbyrån (2016).

”En utmaning är att nå ut till alla människor i området med hälsobudskap och egenvårdsråd. Detta efterfrågas inte, och det saknas tradition och kunskap. Vi har även en stor utmaning i att många saknar förkunskaper om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar.”

Chef för en vårdcentral i ett socioekonomiskt utsatt område (Lärandeprojektet SKL 2014)

Att nå utrikes födda kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden uppges av flera intervjuade som allra svårast. I en rapport från SKL som beskriver resultatet av ett utvecklingsprojekt framgår att personal på flera vårdcentraler upplever att vissa personer som är utrikes födda, som saknar erfarenhet av svensk hälso- och sjukvård, oftare vill besöka akutmottagningar och specialister direkt istället för att gå via primärvården och att de oftare kommer på spontanbesök utan att ha bokat tid (SKL 2014c). Det har även lyfts att utrikes födda i högre omfattning väntar med att söka vård än inrikes födda samt att språkliga och kulturella skillnader orsakar svårigheter för många patienter. (Kommission för ett socialt hållbart Malmö, 2014 och Socialstyrelsen 2009).

De intervjuade lyfter fram flera exempel på insatser som skulle kunna hjälpa kvinnor som primärvården har svårt att nå: fler auktoriserade tolkar, hembesök och drop-in tider, mer pedagogisk information om hur hälso- och sjukvården fungerar i Sverige på andra språk och interkulturell utbildning till vårdpersonal. Många av dessa insatser har prövats inom ramen för SKL:s lärandeprojekt Vård på lika villkor, och beskrivs närmare i slutrapporten för projektet.

Intervjuade framför också att det behövs kompetensutveckling inom primärvården för att bättre kunna identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor, samt kvinnor som riskerar att bli eller redan har blivit utsatta för könsstympning.

De intervjuade anser också att primärvården borde få utökade möjligheter att arbeta med levnadsvanefrågor som kost och motion via fler utåtriktade och uppsökande insatser. Detta anses särskilt viktigt i socioekonomiskt utsatta områden, där förekomsten av levnadsvanesjukdomar är högre.

Könsanpassad läkemedelsförskrivning

Läkemedelsförskrivning till kvinnor anses vara ett viktigt förbättringsområde. Kvinnor rapporterar exempelvis fler och andra biverkningar än män. De drabbas också oftare av läkemedelsrelaterad sjuklighet.

Problemet anses särskilt allvarligt för äldre kvinnor. Äldre kvinnor tar mer läkemedel och är ofta känsligare. Eftersom de ofta söker sig till primärvården blir det särskilt viktigt att vårdpersonal där har god kännedom om hur kvinnor reagerar på olika läkemedel.

”Det är en allmän inställning. Man har inte tänkt så långt att kvinnor och män reagerar olika på läkemedel. Det finns för lite kunskap om det ute i vården.”

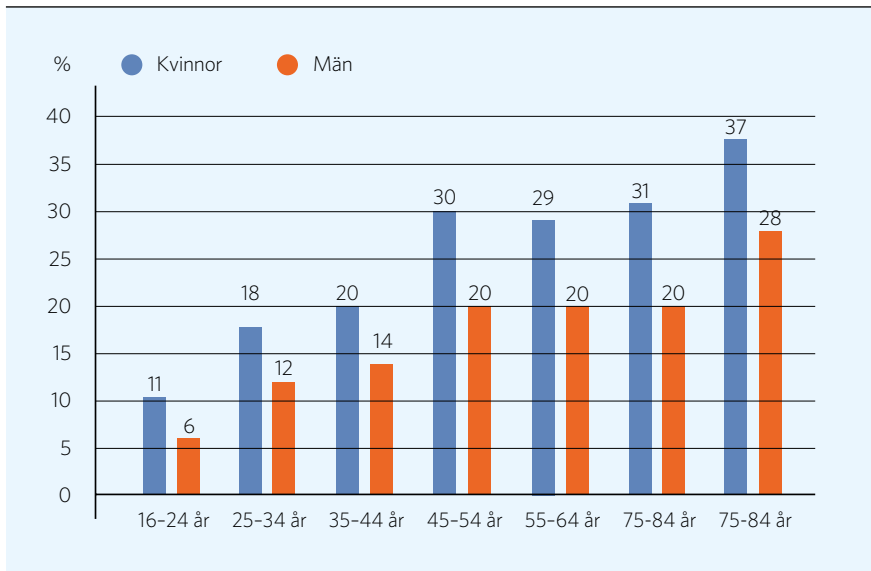
Intervjuad expert

Intervjuade personer pekar på att medicinska riktlinjer och forskning ofta utgår från mannen, och menar att vårdpersonalen i primärvården behöver vara kritiska till att forskningen utgår från mannen och samtidigt vara medvetna om könsskillnaderna avseende läkemedelspåverkan.

Smärttillstånd är vanligare hos kvinnor – mer kunskap behövs

Smärttillstånd är vanligare hos kvinnor än hos män, se Diagram 14 (SCB, 2014). Flera av de intervjuade personerna betonar att vården kan bli bättre på att hjälpa kvinnor som lider av olika smärttillstånd såsom endometrios, vestibulit och muskuloskeletala smärttillstånd.

DIAGRAM 14. Procent kvinnor och män som uppger att de har svår värk 2014



Källa: Statistiska centralbyrån, Undersökning om levnadsförhållanden (ULF).

Spridning av kunskap kring endometrios

Cirka 200 000 kvinnor i Sverige uppskattas ha endometrios, varav cirka 20 procent lider av svårare besvär.

Endometrios har tidigare kallats en dold ”folksjukdom” men det finns flera tecken på en positiv utveckling. Intervjuade personer beskriver att fler och fler känner till endometrios och dess konsekvenser. Vårdens möjlighet att hjälpa kvinnor med endometrios har också förbättrats. 2009 öppnades Sveriges första endometrioscentrum i Uppsala, följt av ytterligare ett center i Huddinge. I februari 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för diagnos och behandling av endometrios.

”Jag vill se en informationskampanj om endometrios i första hand till skolungdomar från årskurs 7 och framåt. Vilka symtom är normala? När ska man söka hjälp? Det är ett viktigt projekt att genomföra.”

Intervjuad expert

Samtidigt anser intervjuade att det finns ett fortsatt behov av att sprida kunskap om endometrios, till exempel till skolungdomar. Vidare ser de intervjuade ett behov av att vårdpersonal ökar sin kunskap i identifiera endometrios, särskilt inom de delar av vårdkedjan som är den första vägen in i vården, primärvården, ungdomsmottagningar och skolhälstan. De ser även att behov av att specialistvården, i synnerhet gynekologimottagningar, ökar sin kunskap av hur endometrios ska behandlas. Intervjuade personer framför också att det behövs beredskap och resurser för att se över lokala vårdprogram i samband med att de nationella riktlinjerna publiceras.

”Endometrios drabbar ofta hela familjen. Du har väldigt ont, du får ställa in saker med kort varsel på jobbet och privat. Det kan bli en rädsla för att planera att göra saker.”

Intervjuad representant för en patientförening

Bristande tillgång till expertkunskap för kvinnor med vestibulit¹⁰

Idag lider uppskattningsvis 50 000 kvinnor i åldrarna 18–25 av vestibulit (samlagssmärta). Flera som intervjuades pekar på att tillgången till expertkunskap behöver bli bättre för kvinnor med vestibulit.

”Det saknas mottagningskapacitet för vestibulit. Det är långa väntetider och det saknas ett vårdprogram.”

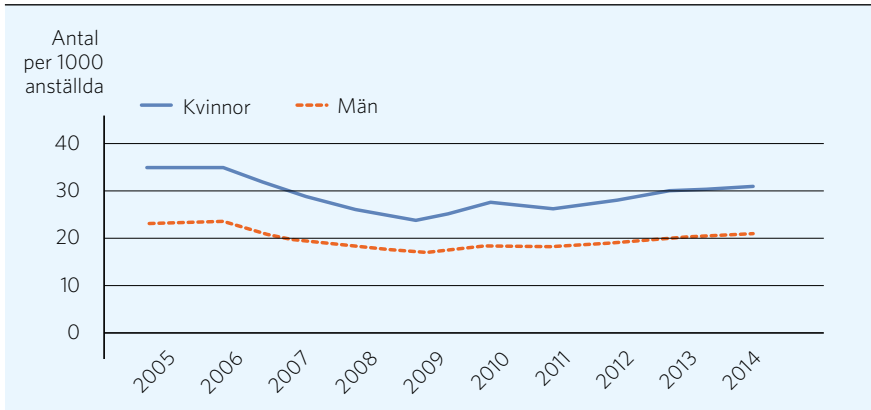
Intervjuad expert

Not. 10. Uppskattas utifrån befolkningsstatistik på SCB och uppgifter från Danielsson, Sjöberg, Stenlund och Wikman (2003).

Behandling av muskuloskeletala smärttillstånd och annan långvarig smärta

Muskuloskeletala smärttillstånd och andra sjukdomar som orsakar långvarig smärta drabbar många kvinnor. Sjukskrivning på grund av muskuloskeletala smärttillstånd ökar också och är idag en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning bland kvinnor (Diagram 15).

DIAGRAM 15. Antal startade sjukfall per 1000 anställda med muskuloskeletala sjukdomar för kvinnor och män 2005–2014



Källa: Försäkringskassan.

Orsakerna till långvarig smärta är ofta komplexa, vilket gör det svårt för många kvinnor att få rätt diagnos och behandling. Ofta behövs ett långsiktigt tänkande samt behandlingar som tar hänsyn till både psykologiska och sociala faktorer (SBU, 2010 och Hahn, 2001). Här efterfrågas bättre vägledning och kunskap om hur och var i vårdorganisationen som patienter ska behandlas. Behovet är särskilt stort i primärvården dit många patienter med långvarig smärta vänder sig.

Ett utökat och mer jämlikt stöd behövs i frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan

De intervjuade lyfter fram ett antal utmaningar som kan hänföras till kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa.

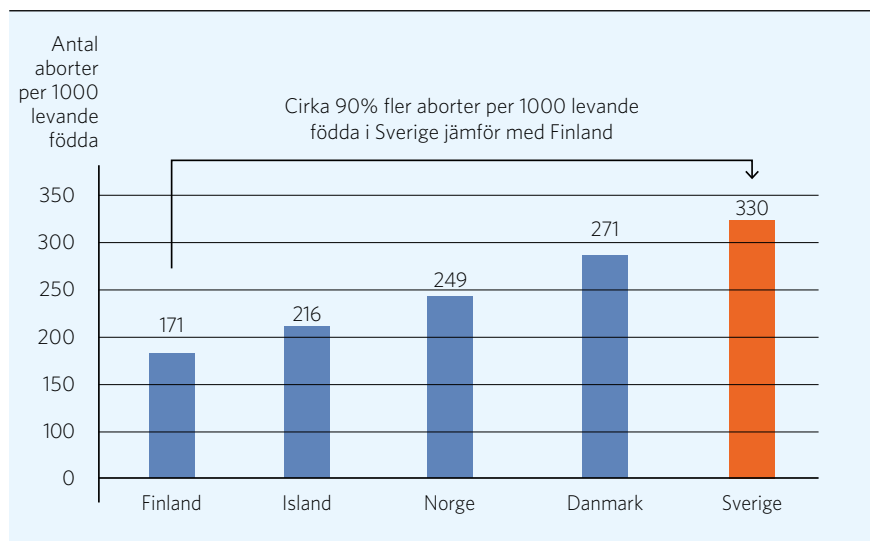
Tillgång och prissättning av preventivmedel och sterilisering

Sverige har de högsta aborttalen i Norden. I jämförelse med Finland, som ligger lägst, har Sverige 90 procent fler aborter per 1000 levande fött barn (se Diagram 16).

”Det är konstigt att kvinnor mellan 21 och 24 år inte får gratis preventivmedel, det är ju i denna åldersgrupp subventionen skulle göra störst nytta.”

Intervjuad expert

DIAGRAM 16. Antal aborter i Norden per 1 000 levande födda 2012

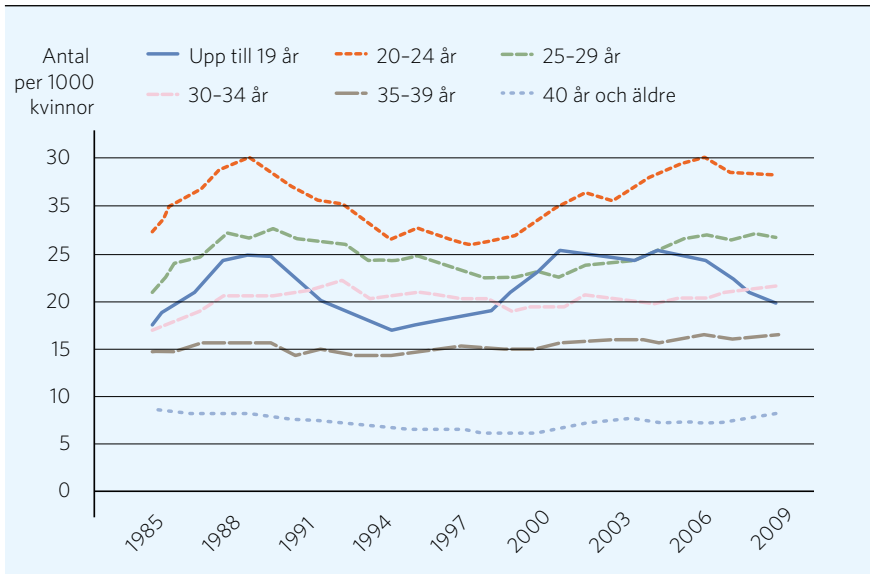


Källa: Institutet för hälsa och välfärd - Finland (2016).

Orsaker som lyfts fram till att Finland har lägre aborttall än Sverige är att Finland arbetar bättre med sexualundervisning i skolorna och har en mindre liberal inställning till aborter hos befolkningen samt att Sverige saknar en nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa (Makenzius et. al 2013 och RFSU, 2015b).

Flera intervjuade menar att subvention av preventivmedel kan bidra till att minska antalet aborter. Regeringen har föreslagit att det ska finnas kostnadsfria preventivmedel för kvinnor under 21 år. Flera intervjuade pekar dock på att det är kvinnor mellan 20–24 år som genomför flest aborter och vill att gratis preventivmedel även erbjuds dessa kvinnor (se Diagram 17). Ett exempel som lyfts fram som positivt av bland annat RFSU är Norrbottens län, där man erbjudit gratis preventivmedel för hela utbudet och sett en halvering av antalet aborter bland 20–25 åringar.

DIAGRAM 17. Antal aborter per 1 000 kvinnor efter ålder 1985–2011



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2016).

Flera intervjuade pekar på att barnmorskor behöver få utökade möjligheter att hålla sig uppdaterade kring den senaste utvecklingen inom preventivmedel. Detta sägs vara särskilt viktigt för kvinnor som upplever biverkningar av preventivmedlen. När dessa kvinnor inte får hjälp att hitta bättre fungerande alternativ finns det risk att de istället väljer bort preventivmedel helt och hållet. Det är också viktigt att partnern involveras i diskussioner om prevention, samt att information och kunskap om preventivmedel och sexuell hälsa förmedlas till pojkar och män. Det är viktigt att sexuell hälsa inte är ett område som betraktas som unga tjejers och kvinnors ansvar.

De intervjuade lyfter i tillägg fram tillgång och pris på steriliseringar som ett stort problem. I dagsläget finns stora skillnader i pris och tillgänglighet mellan landsting. Till exempel kostar sterilisering för kvinnor 1 300 kronor i Dalarna, men 10 000 kronor i Södermanland.

”Vi har ingen aning om vi har en bra eller dålig abortvård eftersom vi inte kan följa upp den.”

Intervjuad expert

Ett annat tema som intervjuade lyfter är den bristande möjligheten av kvalitetsuppföljning i abortvården. Intervjuade experter, vårdgivare och forskare efterfrågar en lagändring som gör det möjligt att följa upp aborter i kvalitetsregister och andra nationella datakällor. De lyfter detta som en

fråga med stor betydelse för möjligheten att förstå och utveckla kvaliteten inom abortvården. En förordningsändring bereds för närvarande på Socialdepartementet.

Kunskapsspridning kring ofrivillig barnlöshet

Allt fler väljer att föda barn senare i livet och orsakerna är många. Det kan exempelvis handla om att fler vill fokusera på studier och etablera sig på arbetsmarknaden. Andra bildar familj senare av ekonomiska skäl.

Studier visar att många som vill föda barn senare i livet inte känner till hur snabbt fertiliteten minskar med ålder. Flera intervjuade ser ett behov av kunskapsspridning för att kvinnor och män ska kunna göra informerade val om när och om de vill skaffa barn. I Uppsala genomfördes nyligen ett pilotprojekt där kvinnor erbjöds samtal om fertilitet i samband med preventivmedelsrådgivningen. Preliminära resultat visar en ökad kännedom om sambandet mellan fertilitet och ålder.



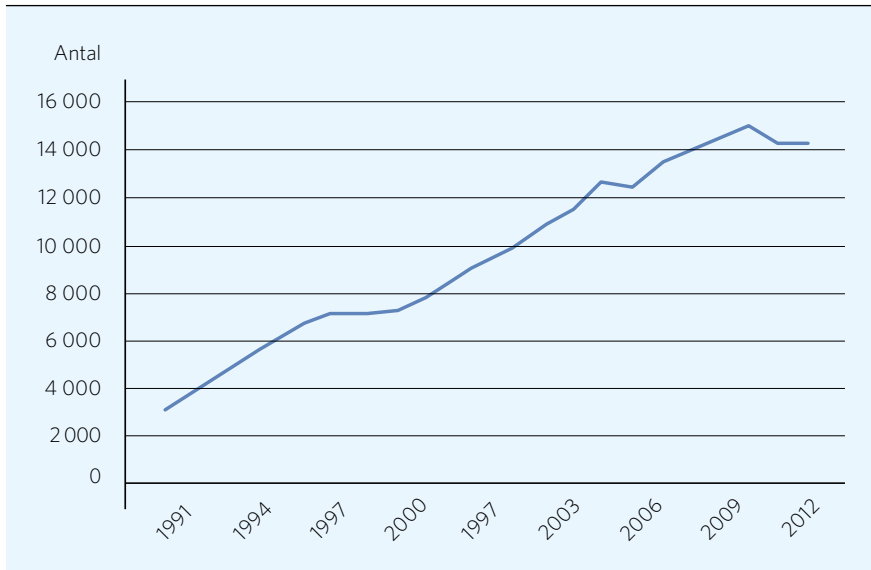
”Många kvinnor vill vänta med barn tills de är färdiga med utbildningen och kommit i gång med karriären. De inser inte riskerna med att vänta med att få barn förrän det är för sent.”

Intervjuad expert

Tillgång till assisterad befruktning

I takt med den tekniska utvecklingen och att allt fler väntar med barnafödandet har assisterad befruktning blivit vanligare (se Diagram 18). Var man bor i Sverige har dock en stor betydelse för tillgången till assisterad befruktning. Antalet behandlingar som erbjuds och åldersgränser för behandling varierar mellan landsting. Det finns även stora skillnader i väntetider – i vissa landsting kan kvinnor behöva vänta upp till tre år (SKL, 2014a). SKL arbetar med att ge stöd till landstingen inom området assisterad befruktning och rekommenderar en ökad enhetlighet i erbjudande av assisterad befruktning i hela landet (SKL, 2014b).

DIAGRAM 18. Totalt antal IVF-behandlingar 1991–2013



Källa: Socialstyrelsen 2014.

Not: Behandlingarna omfattar standard-ivf, mikroinjektion/ICSI samt frysta/tinade.

Ett ökat fokus på äldre och yngre kvinnors fysiska och psykiska hälsa efterfrågas

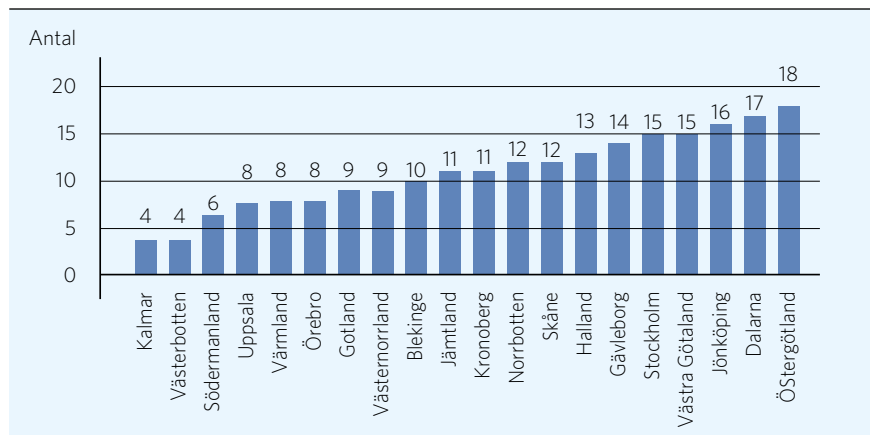
”Unga kvinnor är sårbara. Det gäller att satsa ordentligt på dem, till exempel via ungdomsmottagningar med välutbildad personal.”

Intervjuad expert

Intervjuade ser flera tecken på en ökad psykisk ohälsa bland kvinnor. Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ökar snabbt och är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivningar bland kvinnor (se Diagram 20). Särskilt den ökande psykiska ohälsan bland unga kvinnor ses som alarmerande. Mer än var tionde kvinna mellan 16–24 år uppger att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (se Diagram 21). De intervjuade efterfrågar ytterligare kartläggning för att ta reda på mer om orsakerna bakom utvecklingen. Exempel på åtgärder som föreslås är satsningar på skolhälsovård, kortade väntetider till barn- och ungdomspsykiatri och utbildning till föräldrar.

Flera intervjuade lyfter också att vården behöver bli bättre på att se och möta den åldrande kvinnans behov. Här kan det finnas betydande skillnader mellan landstingen gällande vilken vård som kvinnorna får. Ett exempel är inkontinensoperationer, vilka varierar kraftigt mellan olika landsting (Diagram 19).

DIAGRAM 19. Antal inkontinensoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35–75 år)



Källa: Gynop-registret (2016).

Not: Resultaten kan variera mycket för ett enskilt län mellan olika år.

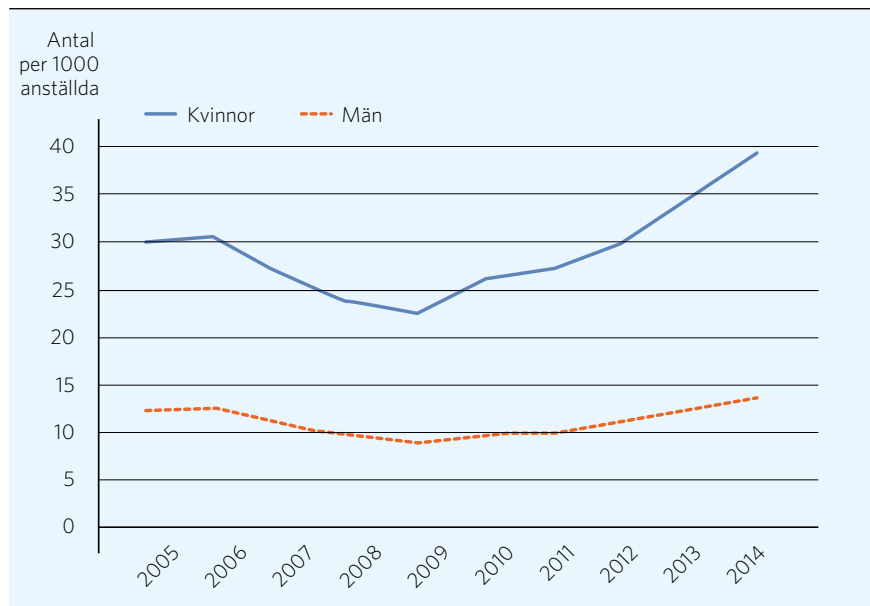


Ett annat exempel som lyfts av Socialstyrelsen är att det finns avsevärda skillnader mellan olika landsting i vilken mån de använder minimalinvasiv¹¹ teknik vid operationer av äggstockar och äggledare samt vid borttagande av livmoder, vilket är rekommenderat (SoS, 2015b).

Fler relevanta hälsofrågor som nämns vad gäller äldre kvinnors behov är inkontinens, framfall, klimakteriebesvär samt psykisk ohälsa. Stöd och rehabilitering till kvinnor som genomgått gynekologisk operation eller behandling för gynekologisk cancer lyfts också fram som en viktig och eftersatt målgrupp.

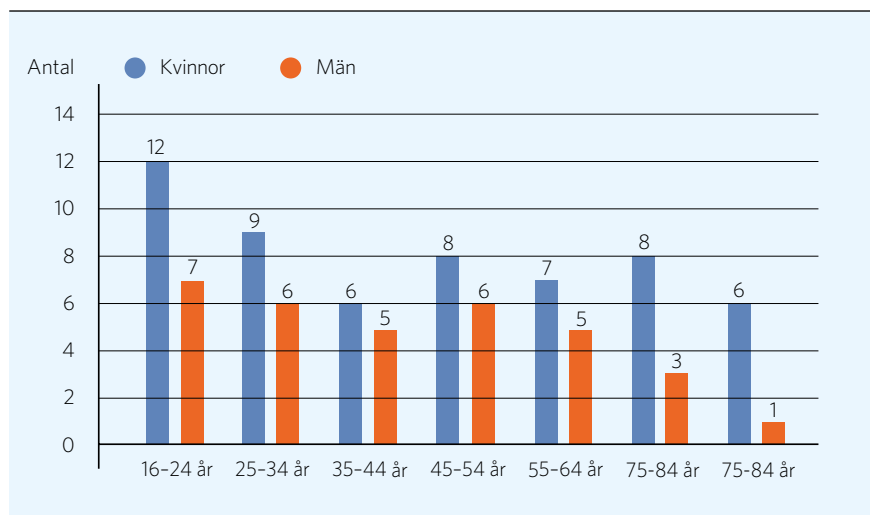
Not. 11. Användning av specialiserad teknik och utrustning för att se inuti en patient utan att behöva göra stora snitt.

DIAGRAM 20. Antal startade sjukfall per 1000 anställda för psykiska diagnoser 2005-2014



Källa: Försäkringskassan (2016).

DIAGRAM 21. Andel kvinnor och män som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2014



Källa: SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF).



Diskussion

Överenskommelsen omfattar satsningar på förlossningsvården, primärvårdsinsatser med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta grupper samt andra insatser för att stärka kvinnors hälsa. Kartläggningen syftar till att identifiera och beskriva centrala utmaningar inom dessa områden. Den ska utgöra ett kunskapsunderlag till hjälp för de som direkt eller indirekt arbetar med satsningarna eller med kvinnors hälsa i övrigt. Kartläggningen har genomgående identifierat ett antal återkommande teman:

- › **Ökat fokus på kvinnors olika behov** – Kartläggningen visar att vården behöver bli bättre anpassad efter kvinnors olika förutsättningar och behov. Detta var särskilt tydligt i intervjuerna om förlossningsvården och primärvården där behovet av flera konkreta insatser lyftes fram.
- › **Behov av kunskapsspridning och kompetensutveckling** – Kartläggningen visar även behov av att sprida kunskap om sjukdomar och andra tillstånd som drabbar kvinnor, i synnerhet när dessa är skambelagda och ses som privata angelägenheter. Exempelvis identifieras ett kompetensutvecklingsbehov för hantering av bristningar vid förlossning, bemötande av kvinnor med olika kulturell bakgrund eller våldsutsatta kvinnor, samt preventivmedelsrådgivning. Olika satsningar på kompetensutveckling kan genomföras inom ramen för överenskommelsen, men torde också bli en del av vårdens långsiktiga strategier för att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning. Insatser för att informera kvinnor och män om endometriosis och risker med uppskjutet barnafödande har lyfts fram som angelägna.

- › **Ökad användning av data i det systematiska kvalitetsarbetet**
 - Kartläggningen visar att tillgången till högkvalitativa data kan ha stort värde för kvinnors hälsa, särskilt när denna data möjliggör jämförelser mellan vårdgivare och uppföljning av vårdens kvalitet. Flera av de intervjuade efterfrågar en lagändring för att bättre kunna följa upp och utvärdera abortvården. För förlossningsvården ser flera av de intervjuade att det utvecklingsarbete som bedrivits för kvalitetsregistren leder till nya möjligheter.
- › **Långsiktighet i satsningarna** – Slutligen pekar kartläggningen på att satsningar på kvinnors hälsa förutsätter ett långsiktigt engagemang för att verkligen nå effekt. Många av de intervjuade är oroliga för att insatserna och deras effekter blir temporära. De framhåller att det är viktigt att använda denna överenskommelse för att påbörja uppbyggnaden av strukturer som möjliggör ett långsiktigt och kontinuerligt förbättringsarbete.

Denna kartläggning syftar till att undersöka utmaningar och förbättringsområden på ett nationellt plan. Skillnader i geografiska förutsättningar, tillgång till vårdpersonal och andra lokala faktorer medför att många av utmaningarna för varje enskilt landsting troligtvis ser olika ut. I det hänseendet kan denna kartläggning användas som en utgångspunkt i landstingens eget arbete utifrån sin unika situation.

Slutligen ska det betonas att de utmaningar som identifierats i detta arbete inte är uttömmande. Troligen finns ytterligare utmaningar och förbättringsområden som är relevanta för kvinnors hälsa. I arbetet har prioritet givits åt att framställa ett underlag som möjliggör diskussion om vart det reella fokuset i arbetet med överenskommelsen ska läggas härnäst. Kartläggningen har därför inte på djupet berört till exempel de bredare normkritiska aspekterna av kvinnors hälsa eller andra sociala- och samhälleliga aspekter.

Därmed sagt, kan kartläggningen utgöra en viktig byggsten för vidare diskussioner och fortsatt systematiskt kvalitetsarbete inom förlossningsvården och andra områden för att stärka kvinnors hälsa.

Litteraturförteckning

Rapporter och artiklar:

- Bristningsregistret (2015). Bristningsregistrets årsrapport. Hämtat från <https://www.sfog.se/start/kvalitet/bristningsregistret> i mars 2016.
- CAN (2015). Skolelevs drogvanor 2015. Centralförbundet för alkohol och Narkotikaupplysning, rapport nr 154.
- Danielsson, I., Sjöberg, I., Stenlund, H., & Wikman, M. (2003). Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. *Läkartidningen*, Nr 24.
- FHM (2014). Folkhälsan i Sverige 2014. Folkhälsomyndigheten.
- Graviditetsregistret (2014). Årsrapport 2013. Graviditetsregistret, Karolinska universitetssjukhuset.
- Graviditetsregistret (2015a). Årsrapport 2014. Hämtat från <http://www.medscinet.com/gr/default.aspx> mars 2016.
- Graviditetsregistret (2015b). PROM- och PREM-frågor i Graviditetsregistret – en förstudie. Hämtat från <https://www.medscinet.com/gr/default.aspx> i mars 2016.
- KI och SLL (2015). Utökat barnhälsvårdsprogram för förstagångsföräldrar, Karolinska Institutet, Stockholm Läns Landsting.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2014). Malmös väg mot en hållbar Framtid, Malmö Stad.
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Karlström, P., & Tydén, T. (2005). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, Vol.21, No.2.
- Nordiska Ministerrådet (2016). Patientsikkerhed. Styrelsen for Patient-sikkerhed – Danmark.
- OECD (2015). Health at a glance. The organisation for economic cooperation and development.
- Regeringen (2015). Överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Diarienummer: S2015/07777/FS.

- RFSU (2014). Sverigebarometern 2014. Riksförbundet för sexuell upplysning.
- RFSU (2015a). Sverigebarometern 2015. Riksförbundet för sexuell upplysning.
- RFSU (2015b). Om abort. Riksförbundet för sexuell upplysning.
- SBF och SFOG (2016). 10 punkter för jämlik kvinnovård.
- SBU (2014). Förebyggande av postpartumdepression. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SBU (2016). Vad vet vi egentligen om vårdens metoder vid förlossningar? Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SCB (2014). Undersökning om levnadsförhållanden (ULF), Statistiska centralbyrån.
- SCB (2015). Arbetskraftsbarometern – Vilka utbildningar ger jobb? Statistiska centralbyrån.
- SFOG, SBF, Svenska Barnläkarföreningens neonatalförening och LÖF. (2011).
- Projekt säker förlossningsvård. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Barnläkarföreningens neonatalförening och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag.
- SFOG, SBF, LÖF och SKL (2015). Skador i vården – skadefrekvens och skadepanorama för obstetrik och gynekologi. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2007). Ojämförbarhet i hälsa och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2014a). Assisterad befruktning. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2014b). Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2014c). Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SLL (2007). Fokusrapport Endometriosis. Stockholm Läns Landsting.
- SLL (2008). Prevention, diagnostik och behandling av obstetriska sfinkterskador. Stockholm Läns Landsting.
- SoS (2009). Vård på lika villkor – hur jämlik är vården? Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009.

SoS (2011). Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. Rapport 2011:09. Socialstyrelsen.

SoS (2014a). Kunskapsstöd för mödrahälsovården. Socialstyrelsen.

SoS (2014b). Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen.

SoS (2015a). Graviditeter förlossningar och nyfödda barn. Socialstyrelsen.

SoS (2015b). Öppna jämförelser 2015. Socialstyrelsen.

SoS (2016). Nationella planeringsstödet 2016. Socialstyrelsen.

Stern, J., Larsson, M., Kristiansson, P., & Tyden, T. (2013). Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. *Human Reproduction*, Vol.28, No.9 pp. 2450–2461.

Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

SVEUS (2015). Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård. Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården.

VGR (2016). Endometrios – utredning, vård och behandling – regionala medicinska riktlinjer i VGR. Västra Götalandsregionen.

Statistikkällor:

Statistiska centralbyrån

Socialstyrelsens statistikdatabas

Institutet för hälsa och välfärd i Finland (THL)

BILAGA

Förteckning över deltagande organisationer

Följande organisationer har deltagit i arbetet med kartläggningen via intervjuer eller på workshop:

- › Bristningsregistret
- › Endometriosisföreningen
- › Fysioterapeuterna
- › Födelsehuset
- › Födelsevrålet
- › Graviditetsregistret
- › Göteborgs Universitet
- › Handikappförbunden
- › Hjärtebarnsförbundet
- › Inspektionen för vård och omsorg
- › Kalmar läns landsting
- › Karolinska Institutet
- › Karolinska Universitetssjukhuset
- › Landstinget Sörmland
- › Landstinget Uppsala Län
- › Landstinget Västmanland
- › Läke medelverket
- › Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
- › Region Örebro
- › Region Kronoberg
- › Region Skåne
- › Region Örebro län
- › Region Östergötland
- › Riksförbundet för sexuell upplysning
- › Stockholm Läns Landsting
- › Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
- › Svenska Barnmorskeförbundet
- › Sveriges Kommuner och Landsting
- › Socialdepartementet
- › Socialstyrelsen
- › Uppsala Universitet
- › Vårdförbundet
- › Västra Götalandsregionen

Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus

Kartläggning av nuläge och förbättringsområden

Sverige strävar efter att uppnå en jämlik vård som utgår från individens behov. En god och säker förlossningsvård samt ett hälso- och sjukvårdssystem som är lyhört för kvinnors olika behov är viktiga delar av en jämlik vård. Sveriges hälso- och sjukvård är av hög kvalitet men samtidigt visar denna kartläggning att det finns utmaningar och förbättringsmöjligheter inom förlossningsvården samt annan vård som rör kvinnors hälsa.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-411-3



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se