



Trygg hela vägen

KARTLÄGGNING AV VÅRDEN FÖRE, UNDER OCH
EFTER GRAVIDITET



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Trygg hela vägen

KARTLÄGGNING AV VÅRDEN FÖRE, UNDER OCH
EFTER GRAVIDITET

Tack!

SKL vill rikta ett varmt tack till alla föräldrar, all vårdpersonal och verksamhetsföreträdare som ställt upp på intervjuer och på andra sätt hjälpt till i arbetet. Utan er hade denna kartläggning inte varit möjlig. Vi vill även särskilt tacka några personer som på olika sätt har bidragit med kloka synpunkter och viktig kvalitetssäkring under arbetets gång.

Mia Ahlberg (Svenska Barnmorskeförbundet), Susanne Gustavsson (Skaraborgs sjukhus), Anna-Karin Edstedt-Bonamy (Stockholms läns landsting), Mia Fernando (Bloggen "Baking Babies"), Elisabet Fransson (Landstinget Dalarna), Ingrid Frisk (RFSU), Maria Hedström (Södertälje sjukhus), Andreas Herbst (SFOG), Lars Ladfors (Göteborgs Universitet), Karolina Lindén (Göteborgs Universitet), Per-Henrik Nilsson (Region Kronoberg), Ulrika Sjöstrand (Region Västernorrland), David Stenson (Södersjukhuset), Olof Stephansson (Graviditetsregistret), Jonas Thörnqvist (Region Norrbotten) och Eva-Maria Wassberg (Födelsehuset).



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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-620-9
Foto: Paulina Westerlind
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: Ätta.45, 2018

Förord

Ur ett internationellt perspektiv håller svensk förlossningsvård en mycket hög kvalitet. Samtidigt finns utvecklingsområde, exempelvis kopplat till kompetensförsörjning och variationer i resultat mellan landsting och regioner. För att möta utmaningarna behövs en helhetssyn – förlossningsvården är och ska ses som en del av en sammanhängande vårdkedja.

Mot denna bakgrund har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomfört en nationell kartläggning som resulterat i rapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Arbetet har bedrivits i nära dialog med företrädare för patienter, professioner samt landsting och regioner. Ambitionen har varit att identifiera förbättringsmöjligheter och lärande exempel från det omfattande utvecklingsarbete som pågår runt om i landet. Rapporten riktar sig till beslutsfattare på olika nivåer och personer som arbetar med förbättrings- och utvecklingsarbete.

Kartläggningen ingår i den nationella överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Arbetet har genomförts under september–november 2017, under ledning av Eva Estling, samordnare för överenskommelsen vid SKL, med externt stöd från Lumell Associates.

Rapporten syftar till att ge en övergripande bild på nationell nivå – alla beskrivna utmaningar och därtill kopplade förbättringsmöjligheter gäller inte för samtliga landsting/regioner eller verksamheter. Här presenteras med andra ord en palett av möjliga vägar framåt. Vår förhoppning är att resultatet från kartläggningen ska ge inspiration i det fortsatta utvecklingsarbetet för att blivande och nyblivna föräldrar ska känna sig trygga hela vägen – före, under och efter graviditet.

Stockholm i mars 2018

Hans Karlsson
Direktör för Avdelningen vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 Sammanfattning

- 15 **Kapitel 1. Vården före, under och efter graviditet – en välfungerande kedja eller separata länkar?**
- 15 Goda resultat överlag men fortfarande finns viktiga förbättringsområden
- 17 SKL kartlägger vårdkedjan för att stödja utvecklingen mot en mer behovsanpassad vård
- 18 *Ett vägledande analysramverk*
- 19 *Rapporten bygger i huvudsak på kvalitativa metoder*
- 21 *Rapportens begränsningar*

- 23 **Kapitel 2. Patientpopulationen och vårdkedjan**
- 23 En allt mer heterogen patientgrupp
- 24 *De födande kvinnorna blir allt äldre och har en högre utbildningsnivå än tidigare*
- 26 *En växande andel utrikesfödda*
- 28 *Fler riskgraviditeter och mer komplicerade förlossningar till följd av förändrade levnadsvanor*
- 29 *Var femtonde gravid kvinna behandlas för psykisk ohälsa*
- 31 *Fler kvinnor kan bli gravida i dag än förr*
- 32 Vårdkedjan rymmer fyra huvudområden med en mängd aktörer och verksamheter som kan organiseras på olika sätt
- 33 *Före graviditet*
- 36 *Under graviditet*
- 42 *Förlossning*
- 47 *Efter graviditet/förlossning (kvinna)*
- 52 *Efter graviditet/förlossning (barn)*

- 59 **Kapitel 3. Förbättringsområden ur ett patientperspektiv**
- 59 Informationen till patienter kan utvecklas till form och innehåll
- 60 *Vårdens informationskanaler kan bli mer anpassade till patienternas behov och preferenser*
- 61 *Informationen riskerar ibland att skapa fel förväntningar och är inte alltid samstämmig*
- 63 *Informationen behöver ges vid rätt tillfälle*

- 64 Samordningen och kontinuiteten kan stärkas både mellan och inom olika delar av vårdkedjan
- 65 *Kommunikationen och informationsöverföringen kan förbättras*
- 66 *Vårdkedjan försvagas ofta vid eftervården*
- 68 *Vårdstrukturer med många aktörer kan försvåra samverkan och kontinuitet*
- 71 Förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras
- 71 *Standardiserade arbetssätt och rutiner behöver lämna utrymme för viss flexibilitet*
- 73 *Viktigt med tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vården utifrån patientens behov och förutsättningar*
- 75 *Organisatoriska faktorer kan påverka förutsättningarna för ett gott patientbemötande*
- 77 Patienters icke-medicinska behov kan tillgodoses i högre utsträckning
- 77 *Icke-medicinska behov kan uppmärksammas och prioriteras ännu mer*
- 79 *Viktigt med tydlighet kring vårdens uppdrag*
- 80 Involveringen av partner och närstående kan bli ännu bättre
- 80 *Kunskap och rutiner kan utvecklas för att bättre bemöta varierande preferenser och förutsättningar*
- 83 *Partners och närståendes närvaro förutsätter att det finns praktiska förutsättningar*
- 85 Kapitel 4. Vägar framåt - så kan vi utveckla vården före, under och efter graviditet**
- 87 Styrning och organisation
- 87 *Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet*
- 88 *Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan*
- 93 *Stärk eftervården*
- 94 *Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna*
- 95 Innovation och arbetssätt
- 95 *Skapa utrymme för en mer individanpassad vård*
- 98 *Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna*
- 103 *Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov*
- 107 *Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet*
- 110 *Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet*
- 114 Referenser



Sammanfattning

På flera områden presterar svensk vård före, under och efter graviditet mycket goda resultat

I internationella jämförelser är Sverige ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet och högst överlevnad bland nyfödda barn. Det är ovanligt med förlossningsskador hos barn och data från patientenkäter visar också att majoriteten av kvinnorna vid hemgång från BB är nöjda eller mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse. På flera områden sker även en positiv utveckling, exempelvis har frekvensen av bristningar av grad III och IV minskat med 25 procent mellan 2014 och första halvåret 2017.

Samtidigt kvarstår viktiga förbättringsområden

På senare tid har framför allt den vård som sker vid förlossningsklinikerna stått i fokus för såväl den mediala debatten som de statliga satsningar som nu genomförs. Bland annat har det uppmärksammats att det på vissa håll i landet råder brist på personal och vårdplatser vilket i sin tur har väckt oro hos gravida kvinnor. Flera undersökningar visar också att vården generellt sett behöver bli bättre på att anpassa insatser och bemötande utifrån patienternas individuella behov och förutsättningar, samt i högre utsträckning tillvarata patienternas vilja och möjlighet till delaktighet.

Vårdkedjans olika delar bör ses som en helhet

För att kunna genomföra förbättringar inom olika områden är det angeläget att förstå hela vårdkedjan, eftersom de olika delarna i stor utsträckning påverkar varandra. Det är också viktigt att känna till vilka förväntningar patienterna har på vården, liksom betydelsen av de skilda förutsättningar som finns både inom och mellan olika landsting/regioner.

SKL har genomfört en nationell kartläggning av vården före, under och efter graviditet

Syftet med kartläggningen är att stödja utvecklingen mot en vårdkedja som bättre svarar mot patienternas behov. Den övergripande målsättningen är att alla blivande och nyblivna föräldrar ska känna sig trygga, väl förberedda och delaktiga genom hela vårdkedjan. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på olika nivåer inom landsting och regioner, samt till verksamhets- och kvalitetsutvecklare.

Rapporten söker besvara följande övergripande frågeställningar:

- › Hur ser patientpopulationen och vårdkedjan ut, och hur är vården organiserad i de olika landstingen/regionerna? (Kapitel 2)
- › Inom vilka områden kan vården före, under och efter graviditet förbättras ur ett patientperspektiv? (Kapitel 3)
- › Hur kan beslutsfattare på olika nivåer inom landstingen/regionerna arbeta för att möta de identifierade utmaningarna? (Kapitel 4)

Arbetet har utgått från ett patientperspektiv och fokuserat på följande fem kvalitetsdimensioner:

1. Information och kommunikation
2. Samordning och kontinuitet inom och mellan olika vårdformer
3. Förmåga att identifiera och möta individuella behov och förutsättningar
4. Balans mellan medicinska och icke-medicinska behov
5. Involvering av partner och/eller närstående

Rapporten bygger i huvudsak på kvalitativa metoder

Rapporten bygger i huvudsak på kvalitativa metoder, i form av en litteraturgenomgång, enskilda intervjuer, fokusgrupper och studiebesök. Totalt har knappt 100 personer intervjuats inom ramen för arbetet. Bland dessa ingår nyblivna föräldrar, vårdpersonal, patient-, verksamhets- och professionsföreträdare, forskare och andra sakkunniga. I underlaget ingår även statistik från bland annat Graviditetsregistret, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån. Det bör betonas att undersökningen är av explorativ karaktär och att resultaten inte ska ses som heltäckande. Ambitionen har i första hand varit att synliggöra återkommande svar och exempel på vad som fungerar bra respektive mindre bra.

Resultaten visar att det finns förbättringspotential

Resultaten indikerar att vården före, under och efter graviditet kan stärkas inom ramen för de fem kvalitetsdimensioner som analyserats (se översiktlig sammanställning på nästa sida).

Identifierade förbättringsområden inom ramen för vårt analysramverk

Information till patienter kan utvecklas till form och innehåll	<ul style="list-style-type: none">› Vårdens informationskanaler kan bli mer anpassade till patienternas behov och preferenser› Informationen riskerar ibland att skapa fel förväntningar och är inte alltid samstämmig› Informationen behöver ges vid rätt tillfälle
Samordningen och kontinuiteten kan stärkas både mellan olika utförare och inom vårdkedjan	<ul style="list-style-type: none">› Kommunikationen och informationsöverföringen kan förbättras› Vårdkedjan försvagas ofta vid eftervården› Vårdstrukturer med många aktörer kan försvåra samverkan och kontinuitet
Förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras	<ul style="list-style-type: none">› Standardiserade arbetssätt och rutiner behöver lämna utrymme för flexibilitet› Viktigt med tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vården utifrån olika behov och förutsättningar› Organisatoriska faktorer kan påverka förutsättningarna för ett gott patientbemötande
Patienternas icke-medicinska behov kan tillgodoses i högre utsträckning	<ul style="list-style-type: none">› Icke-medicinska behov kan uppmärksammas och prioriteras ännu mer› Viktigt med tydlighet kring vårdens uppdrag
Involveringen och bemötandet av partners och närstående kan bli ännu bättre	<ul style="list-style-type: none">› Kunskap och rutiner kan utvecklas för att bättre bemöta olika preferenser och förutsättningar› Partners och närståendes närvaro förutsätter att det finns praktiska förutsättningar

Informationen till patienter kan utvecklas till form och innehåll

Information och kommunikation är en viktig dimension av vården och ofta en förutsättning för delaktighet och trygghet. För blivande och nyblivna föräldrar finns i dag en stor mängd information att ta del av. Av intervjuerna framgår bland annat att informationskanalerna kan uppdateras och i högre grad anpassas till målgruppens behov och preferenser. Informationen behöver också vara enkelt tillgänglig för alla, något som inte alltid är fallet i dag – det gäller exempelvis personer som har lässvårigheter eller som inte kan svenska. Sammantaget innebär detta att information många gånger inhämtas från källor som inte är faktagranskade och att informationen är felaktig eller svårtolkad. Det finns också synpunkter på att informationen som ges i alltför hög utsträckning fokuserar på ett förväntat normalförlopp, vilket riskerar att skapa felaktiga förväntningar. Exempelvis är det bra om den gravida kvinnan känner till vad ett akut kejsarsnitt innebär, eller vad som händer när det inte finns plats på den önskade förlossningskliniken. Vidare har flera patienter

erfarenhet av att vårdens information och råd brister i samstämmighet – både mellan olika yrkesprofessioner och mellan olika delar i vårdkedjan. Det gäller exempelvis råd om amning och smärtlindring. Ytterligare en aspekt är att informationen behöver ges vid rätt tidpunkt. Det kan till exempel vara svårt att ta till sig det stora utbudet av information som erbjuds direkt efter en förlossning.

Samordningen och kontinuiteten kan stärkas både mellan olika utförare och inom vårdkedjan

Ur ett patientperspektiv kan vårdens samordning och kontinuitet ha stor betydelse både för det medicinska utfallet och den egna upplevelsen. Av intervjuerna framgår att vårdstrukturen kan upplevas som splittrad när många olika aktörer ska samverka runt patienten. Samverkan med barnhälsovården, psykiatri, socialtjänsten samt missbruks- och beroendevården lyfts fram som särskilt utmanande. Många respondenter anser också att vårdkedjan kan stärkas vid övergången till eftervården. Det eftervårdsbesök som mödrahälsovården erbjuder idag uppfattas som otillräckligt, och flera föreslår att en särskild instans inrättas som har en tidigt uppföljande roll gentemot kvinnan.

Förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras

Med en alltmer heterogen patientgrupp ökar kraven på att det finns tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vårdens bemötande, arbetsätt och processer utifrån olika behov och förutsättningar. Såväl verksamhets- som professionsföreträdare uppfattar att medvetenheten kring patientgruppens skiftande behov visserligen har förbättrats, men att det fortfarande saknas kunskap och resurser för att fullt ut anpassa vården utifrån detta. Det gäller exempelvis HBTQ-personers och nyanlända kvinnors behov och rättigheter. Vårdpersonalen upplever också att de inte alltid hinner med att ge det stöd som de ser att patienten skulle behöva. Vidare efterfrågas fler kompletterande kompetenser i vårdteamet, exempelvis psykologer och fysioterapeuter. Mycket pekar också på att mödrahälsovårdens eftervård inte i tillräcklig utsträckning riktar resurser till dem med störst behov. I tillägg kan det i vissa landsting/regioner finnas skäl att se över styr- och ersättningssystemen i primärvården/mödrahälsovården, så att de i högre utsträckning utformas med hänsyn till patienternas varierande behov.

Patienternas icke-medicinska behov kan tillgodoses i högre utsträckning

Utöver medicinska behov har alla patienter en rad viktiga icke-medicinska behov. Det kan exempelvis handla om bemötande, att få tröst och att känna sig trygg och delaktig. Sakkunniga på området anser att det saknas kunskap och resurser för att fullt ut möta patienters icke-medicinska behov. Flera av de



intervjuade patienterna uttrycker också att de hade velat få fler frågor om hur de mår eller upplevde vårdssituationen. Det är en relativt vanlig uppfattning bland respondenterna att synen på medicinska kontra icke-medicinska behov och mål skiljer sig åt inom vården – både mellan olika vårdprofessioner och inom olika delar av vårdkedjan. Brist på samsyn riskerar att skapa slitningar mellan personalgrupper och kan innebära en otrygghet för patienterna. Det riktas också viss kritik mot den så kallade VAS-skalan som används för att mäta kvinnans självskattade förlossningsupplevelse; vissa anser att detta är ett otillräckligt verktyg för att fånga upp exempelvis förlossningsrädsla.

Involveringen av partner och närstående kan bli ännu bättre

Generellt sett finns en hög medvetenhet inom vården av värdet att involvera partner och närstående. Det kan dock vara svårt för vårdpersonalen att veta hur de ska bemöta par där en eller båda av de blivande föräldrarna inte vill detta, eller när det finns uppenbara problem i relationen. Det kan också finnas rent praktiska utmaningar, exempelvis att det inte finns någon möjlighet för partnern att övernatta på BB-avdelningen.

I rapporten lyfts nio förbättringsmöjligheter

Förbättringsmöjligheterna sorteras under två övergripande teman: styrning och organisation samt innovation och arbetssätt (se översiktlig sammanställning på sidan 12 och 13). För varje tema presenteras också ett antal konkreta exempel på hur landstingen och regionerna kan arbeta för att utveckla vården före, under och efter graviditet.

Det är viktigt att komma ihåg att det inte finns ”ett sätt som är rätt” när det handlar om att möta de utmaningar som finns. På samma sätt som patienter har olika behov och förutsättningar har landsting/regioner och verksamheter olika förutsättningar när det gäller att utforma vården. De möjligheter och exempel som tas upp är huvudsakligen sådant som framkommit vid de genomförda intervjuerna och ska inte ses som generella rekommendationer. Ambitionen från SKL:s sida är i första hand att sprida kunskap och dela erfarenheter samt att inspirera till fortsatt förbättringsarbete. En bra startpunkt för det fortsatta arbetet kan därför vara att definiera vilka resultat som ska åstadkommas, och utifrån det se vilka förutsättningar som måste komma på plats i det enskilda landstinget/regionen eller verksamheten för att nå de önskade resultaten. På så vis kan vi få en vård före, under och efter graviditet som såväl patienter och professioner i hela landet uppfattar som trygg hela vägen.

Styrning och organisation: förbättringsmöjligheter och tänkbara vägar framåt

Förbättringsmöjligheter	Tänkbara vägar framåt
<p>1 Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utforma och kommunicera nationella mål för förlossningsvården som skapar tydlighet kring uppdraget och vilka förväntningar patienter kan ha på vården, oavsett var i landet man bor ➤ Utforma regionala kvalitetsmål för att öka samsynen kring vad som är en önskvärd riktning för verksamheterna, samt för att skapa en grund för transparenta prioriteringar
<p>2 Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrera centrala verksamheter och se över hur exempelvis mödrahälsovården är organiserad ➤ Inrätta familjecentraler som samlar mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst under samma tak ➤ Skapa fasta samverkansstrukturer ➤ Förbättra möjligheterna till så kallad ”arbetsplatsrotation”
<p>3 Stärk eftervården</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utöka mödrahälsovårdens ansvar, bland annat genom att låta basprogrammet inkludera fler insatser efter förlossningen och under en längre tidsperiod ➤ Öka tillgängligheten till vård och stöd som ofta efterfrågas efter förlossningen, exempelvis genom att inrätta särskilda återbesöksenheter eller öppenvårds-BB
<p>4 Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analysera de samlade effekterna av den ekonomiska styrningen och övriga styrmedel ➤ Stärk det ömsesidiga lärandet mellan landstingen kring utformning av ersättningsmodeller

Innovation och arbetssätt: förbättringsmöjligheter och tänkbara vägar framåt

Förbättringsmöjligheter	Tänkbara vägar framåt
5 Skapa utrymme för en mer individanpassad vård	<ul style="list-style-type: none">Utveckla metoder för individuell riskbedömning och fördela personalresurser utifrån dettaUtforma vårdteam så att den samlade kompetensen och erfarenheten matchar olika patienters behovUtveckla flexibla vårdformer, till exempel att utifrån behov och preferenser erbjuda BB-vård i hemmet
6 Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna	<ul style="list-style-type: none">Använd metoder som möjliggör att patienternas behov blir mer styrande i samtal med vårdpersonalTillhandahåll information i fler format och kommunicera med patienter genom fler kanaler, framför allt genom att bättre tillvarata de möjligheter som en ökad digitalisering innebärSäkerställ att informationen ger realistiska förväntningar
7 Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov	<ul style="list-style-type: none">Stärk och bredda kompetensen i mödrahälsovården generellt, bland annat genom att komplettera med fler yrkeskategorier exempelvis fysioterapeuterAndra exempel på riktade insatser är kulturtolkar eller kultur-doulor som stödpersoner åt nyanlända under graviditet och förlossning samt specialiserad barnhälsovård till familjer där det förekommer missbruk/riskbruk/beroende och särskilda bäckensmärtenheter
8 Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet	<ul style="list-style-type: none">Utveckla och utvärdera vårdmodeller som möjliggör en ökad kontinuitet i relationen mellan patient och vårdpersonalExempel på en sådan alternativ vårdmodell är att en och samma barnmorska, eller en grupp av barnmorskor, följer med patienten under både graviditet och förlossning
9 Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet	<ul style="list-style-type: none">Använd metoder för att fånga patienternas synpunkter och erfarenheter så att dessa kan användas i det dagliga verksamhetsnära utvecklingsarbetetSäkerställ att patientperspektivet ingår i den systematiska uppföljningen och utvärderingen av vården före, under och efter graviditet



Vården före, under och efter graviditet – en välfungerande kedja eller separata länkar?

I detta inledande kapitel ges en kortfattad beskrivning av bakgrund, syfte, frågeställningar och metod. I tillägg kommenteras arbetets begränsningar.

Goda resultat överlag men fortfarande finns viktiga förbättringsområden

Överlag presterar svensk vård före, under och efter graviditet mycket goda resultat. I internationell jämförelse är Sverige ett av de länder med lägst mödradödlighet i världen: år 2015 låg siffran för mödradödlighet på 4 per 100 000. Detta kan jämföras med (i genomsnitt) 12 per 100 000 kvinnor i övriga utvecklade länder, och (i genomsnitt) 216 per 100 000 bland alla världens länder. [1] Sverige har också mycket hög överlevnad bland nyfödda barn och årligen upptäcks färre än 200 barn med allvarliga skador som uppstår under själva förlossningen, vilket är färre än två fall per 1 000 levandefödda barn [2]. Dessutom skriver i princip samtliga gravida kvinnor in sig vid mödrhälsovården, och data från patientenkäter visar att en majoritet av kvinnorna är nöjda eller mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse [3]. På flera

områden sker även en positiv utveckling – exempelvis har antalet bristningar av grad III och IV¹ minskat med 25 procent, från 3,6 procent till 2,7 procent, mellan 2014 och första halvåret 2017 [4].

Samtidigt kvarstår viktiga förbättringsområden. På senare tid har framför allt förlossningsvården stått i fokus för såväl den mediala debatten som de statliga satsningar som nu genomförs. Bland annat har det uppmärksammats att det på vissa håll i landet råder brist på personal och vårdplatser vilket i sin tur har väckt oro hos gravida kvinnor. Vidare visar flera undersökningar att vården generellt sett behöver bli bättre på att anpassa insatser och bemötande utifrån patienternas individuella behov och förutsättningar, samt i högre utsträckning tillvarata patienternas vilja och möjlighet till delaktighet (se till exempel [5] [6]). I dag kan det vara stora skillnader både på individnivå och mellan grupper, och på flera områden ses betydande skillnader mellan landstingen/regionerna (hädanefter används för enkelhetens skull enbart ordet landsting). Exempelvis varierar andelen kejsarsnitt från 12,1 procent till nästan 21,8 procent över landet [7]. Liksom övrig hälso- och sjukvård behöver vården före, under och efter graviditet utvecklas och anpassas så att dessa skillnader utjämnas.

En rad insatser och satsningar har initierats för att bemöta de brister som framkommit (se till exempel [8] [9]). Bland annat har SKL nyligen publicerat en analys som lyfter fram åtta konkreta möjligheter till stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården [8]. I rapporten betonas bland annat vikten av ledarskap och att stödja nyexaminerade medarbetare. SKL har även tagit initiativ till framtagandet av den nationella ”Graviditetsenkäten”, som kommer att skickas till alla kvinnor som föder barn i syfte att i större utsträckning tillvarata deras synpunkter och förslag på hur vården kan utvecklas [10].

För att kunna genomföra förbättringar inom olika områden är det angeläget att förstå hela vårdkedjan, eftersom de olika delarna i stor utsträckning påverkar varandra. Det är också nödvändigt att känna till vilka förväntningar patienterna har, liksom betydelsen av de skilda förutsättningar som finns både inom och mellan olika landsting.

Not. 1. Bristningar är uppdelade i fyra grader, där grad I och II är mer vanligt förekommande och mindre omfattande. Till de mer omfattande hör grad III och IV (sfinkterrupturer).



SKL kartlägger vårdkedjan för att stödja utvecklingen mot en mer behovsanpassad vård

Mot ovanstående bakgrund har SKL genomfört en nationell kartläggning av vården före, under och efter graviditet, för att ta reda på hur vårdkedjan ser ut i respektive landsting och vad som kan förbättras för att möta patienternas behov på bästa sätt. Resultatet presenteras i denna rapport. I tillägg lyfts ett antal möjligheter och exempel fram som pekar på hur landstingen kan arbeta för att utveckla vården. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på olika nivåer inom landsting och regioner, samt till verksamhets- och kvalitetsutvecklare. En långsiktig målsättning är att alla blivande och nyblivna föräldrar ska känna sig trygga, väl förberedda och delaktiga genom en sammanhållen vårdkedja.

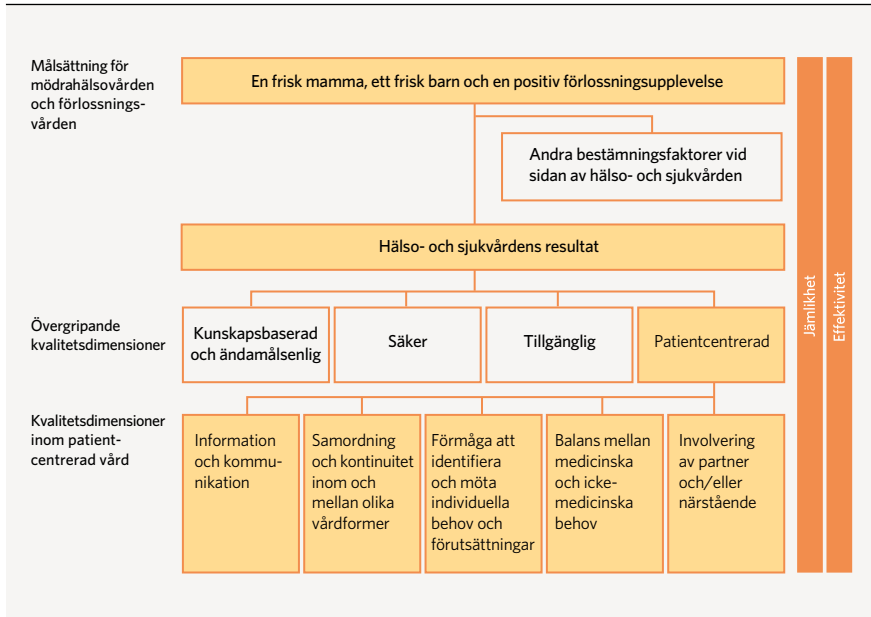
Rapporten söker besvara följande övergripande frågeställningar:

- › Hur ser patientpopulationen och vårdkedjan ut, och hur är vården organiserad i de olika landstingen? (Kapitel 2)
- › Inom vilka områden kan vården före, under och efter graviditet förbättras ur ett patientperspektiv? (Kapitel 3)
- › Hur kan beslutsfattare på olika nivåer inom landstingen arbeta för att möta de identifierade utmaningarna? (Kapitel 4)

Ett vägledande analysramverk

Som utgångspunkt för arbetet utarbetades ett analysramverk som har fungerat som ett vägledande verktyg under datainsamling och analys (figur 1). Ramverket har utformats för att i första hand fånga ett patientperspektiv. Det bygger på ett antal vedertagna modeller som har anpassats till det aktuella sammanhanget.

FIGUR 1. Analysramverk



Källa: Anpassat och vidareutvecklat med inspiration från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [5], Socialstyrelsen [11] och Socialstyrelsen [12].

Ramverket illustrerar att möjligheten att uppfylla de övergripande målsättningarna för vården före, under och efter graviditet inte bara påverkas av den hälso- och sjukvård som ges utan också av ett antal andra faktorer (såsom socioekonomiska och miljömässiga förhållanden, levnads- och arbetsförhållanden samt biologiska förutsättningar). Vidare framgår att hälso- och sjukvårdens resultat kan utvärderas utifrån Socialstyrelsens ramverk för God vård [11]. Där anges att hälso- och sjukvården ska vara (1) kunskapsbaserad och ändamålsenlig, (2) säker, (3) tillgänglig, (4) patientfokuserad (i ramverket benämnt patientcentrering), och dessutom (5) effektiv och (6) jämlik.

Patientcentrerad² vård kan i sin tur definieras på olika sätt. I denna rapport har vi utgått från en modell framtagen av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) [5]. Modellen baseras på en genomgång av internationell forskning och rymmer fem kvalitetsdimensioner som kan användas för att utvärdera graden av patientcentrering: (1) patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning, (2) respekt för patienters individuella förutsättningar, behov och preferenser; (3) samordning och kontinuitet i vården såväl inom som mellan olika vårdformer; (4) helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov; (5) involvering av patienter och/eller närstående i vården.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för denna undersökning göra en heltäckande utvärdering helt i enlighet med Vårdanalys modell. Istället har vi valt att med inspiration av Vårdanalys formulera följande fem kvalitetsdimensioner som fokus för vår analys:

1. Information och kommunikation
2. Samordning och kontinuitet inom och mellan olika vårdformer
3. Förmåga att identifiera och möta individuella behov och förutsättningar
4. Balans mellan medicinska och icke-medicinska behov
5. Involvering av partner och/eller närstående

En patientcentrerad vård är ett mål i sig men kan också ses som ett medel för att uppnå andra mål. Exempelvis kan välinformerade patienter ta ett större ansvar för att förebygga ohälsa och därmed minska behovet av sjukvård, vilket i sin tur kan frigöra resurser som därmed kan läggas på patienter med större behov. En vård som kan anpassas och utformas utifrån olika individers och grupperns olika behov och förutsättningar är också en förutsättning för en jämlik vård.

Rapporten bygger i huvudsak på kvalitativa metoder

För att besvara frågeställningarna användes olika metoder. Arbetet inleddes med en översiktlig litteraturläsning av tillgängliga publikationer och rapporter. Därefter utvecklades och validerades analysramverket med ett antal forskare och andra sakkunniga. Som huvudsakligt analysunderlag genomfördes personliga intervjuer med patient-, professions- och verksamhetsföreträdare samt forskare och andra sakkunniga. För ett heltäckande geografiskt perspektiv intervjuades minst en verksamhetsföreträdare från varje landsting. Det var ett urvalskriterium att verksamhetsföreträdarna

Not. 2. Olika benämningar, som patientcentrerad, personcentrerad, patientfokuserad eller individfokuserad vård används mer eller mindre synonymt av olika aktörer. Vårdanalys har valt att kalla det patientcentrerad vård och därför används samma benämning i denna rapport.

skulle kunna bidra med bred kunskap om vården före, under och efter graviditet inom det aktuella landstinget. Intervjuerna skedde per telefon eller vid fysiska möten och var semistrukturerade utifrån en intervjumall som utvecklats med utgångspunkt i analysramverket (se figur 1). I samtliga intervjuer tillfrågades respondenterna om huruvida de kände till goda exempel på insatser för att stärka patientcentreringen före, under och/eller efter graviditet. Resultaten från intervjuerna dokumenterades i en strukturerad mall i syfte att underlätta samlad analys och tolkning.

I tillägg till de personliga intervjuerna gjordes studiebesök på fyra platser i landet: Gällivare, Södertälje, Skövde och Linköping. Orterna valdes ut i syfte att få en geografisk spridning mellan glesbygd och storstad samt för att spegla olika demografiska förutsättningar. På dessa orter besöktes förlossningskliniken och en av mödrahälsovårdsenheterna. I vissa fall besöktes också en barnhälsovårdscentral. Upplägget för studiebesöken varierade, men omfattade i de flesta fall en förevisning och presentation av verksamheten. Därefter följde ett cirka 90 minuter långt samtal med tre till sex verksamhetsföreträdare utifrån ett antal frågor baserade på vårt analysramverk. Totalt intervjuades 19 personer i samband med studiebesöken. Dessa personer ingår bland dem som i rapporten benämns vårdpersonal eller medarbetare. Det är personer som på olika sätt är verksamma inom vårdkedjan, exempelvis som barnmorska, kulturtolk eller teamledare (skilj från professionsföreträdare).

Utöver ovanstående genomfördes fokusgrupper med nyblivna föräldrar på de fyra orterna. Sammanlagt deltog 18 föräldrar (varav tre pappor). I rapporten benämns dessa som patienter eftersom de uttalar sig utifrån sina personliga upplevelser som just patienter (skilj från patientföreträdare som intervjuades enskilt, se ovan). Notera också att ordet patient i detta sammanhang används i bred bemärkelse, för att beskriva någon som är i kontakt med hälso- och sjukvården. Föräldrarna bjöds in att delta i fokusgrupperna via sin barnmorska inom mödrahälsovården. Fokusgrupperna strukturerades utifrån analysramverket och deltagarna ombads dela med sig av sina erfarenheter av vården före, under och efter graviditet med utgångspunkt i var och en av kvalitetsdimensionerna.

I underlaget ingår även statistik från bland annat Graviditetsregistret, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån. I rapporten presenteras en samlad analys av resultaten från de olika undersökningarna.

De personer som på olika sätt ingått i vår undersökning representerar olika perspektiv (se tabell 1 på nästa sida). Primärt fokus har dock varit att fånga patienternas upplevelse av vården före, under och efter graviditet.

TABELL 1. Sammanställning av intervjuade personer

Patientperspektivet	Professionsperspektivet	Verksamhetsperspektivet	Forskarperspektivet
Totalt 25 personer	Totalt 26 personer	Totalt 33 personer	Totalt 14 personer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 18 st nyblivna föräldrar ▪ 7 st patient-företrädare från: <ul style="list-style-type: none"> - Födelsevrålet - Födelsehuset - RFSU - RFSL/HBTQ-familjer - Sveriges Kvinnolobby - (Nya) Lapplandsupproret 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 22 st medarbetare /vårdpersonal ▪ 4 st professions-företrädare från: <ul style="list-style-type: none"> - Svenska Barnmorskeförbundet - SFOG (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi) - Vårdförbundet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verksamhets-företrädare från samtliga landsting /regioner 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 st forskare ▪ 5 st sakkunniga

Rapportens begränsningar

En följd av kartläggningens breda ansats är att det inte har varit möjligt att mer grundligt undersöka alla de faktorer som har betydelse för en trygg vård före, under och efter graviditet. Exempel på frågor som förtjänar fördjupad analys rör tillgänglighet (exempelvis tillgången till vårdplatser), jämställdhet (exempelvis jämställt föräldraskap) och jämlikhet (exempelvis socioekonomiska faktorer betydelse för hälsa). Denna rapport fokuserar heller inte på sådant som analyseras närmare i andra publikationer, som kompetensförsörjning (se [8]).

Sammanlagt har nära 100 personer intervjuats och respondenterna har valts ut för att ge en så representativ bild som möjligt av vården före, under och efter graviditet. Det bör dock betonas att resultaten inte ger en heltäckande bild. Undersökningen har snarare varit av explorativ karaktär, då det idag saknas data (exempelvis enkätstudier) som kan ge en bredare bild av de dimensioner som vi belyser. Ambition har i första hand varit att synliggöra återkommande svar och exempel på vad som fungerar bra respektive mindre bra. På samma sätt syftar kartläggningen av landstingens organisation och utbud (kapitel 2) främst till att ge en introduktion till området och en övergripande bild av vårdkedjan, snarare än en heltäckande detaljerad beskrivning.

Notera även att det inte har varit möjligt att närmare utvärdera effekter och eventuella konsekvenser av de möjligheter och exempel som beskrivs i kapitel 4. Dessa ska därför inte ses som generella rekommendationer, utan snarare som möjliga vägar framåt. Tanken är att kapitlet i första hand ska inspirera till ett fortsatt utvecklings- och förbättringsarbete. Det som ingår är huvudsakligen sådant som har framkommit genom intervjuerna – det finns sannolikt ett stort antal insatser och förbättringsmöjligheter som av olika anledningar inte ingår i rapporten.



Patientpopulationen och vårdkedjan

I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av den aktuella patientgruppen. Därefter beskrivs vårdkedjan som förenklat delas upp i fyra delar: (1) före graviditet, (2) under graviditet, (3) förlossning samt (4) efter graviditet. För varje del beskrivs berörda vårdaktörer, hur dessa är organiserade och hur deras uppdrag ser ut. I tillägg görs en översiktlig jämförelse av vårdutbudet mellan olika landsting och förlossningskliniker.

En allt mer heterogen patientgrupp

Varje år föds runt 110 000 barn i Sverige, och nästan nio av tio kvinnor får barn minst en gång i livet [13]. Den aktuella patientgruppen omfattar därmed personer med vitt skilda förutsättningar, behov och preferenser. Till skillnad från övriga patientgrupper inom hälso- och sjukvården är dock en majoritet av dessa i huvudsak friska och relativt unga personer. För många är förlossningen deras första kontakt med slutenvården. Mot denna bakgrund är det inte helt självklart att benämna denna grupp som just patienter, eftersom det ofta för tankarna till sjukdom. Vi vill därför förtydliga att i det här sammanhanget avser ordet patient *en person som är i kontakt med vården före, under och/eller efter graviditet*. Med andra ord kan det avse samtliga målgrupper längs med vårdkedjan: ofrivilligt barnlösa, gravida, nyförlösta och nyblivna

föräldrar. Det bör också noteras att vi genomgående, för enkelhetens skull, benämner den gravida eller nyförlösta personen som ”kvinna” respektive ”nybliven mamma” trots att inte alla det gäller identifierar sig som kvinna.

För att bättre förstå förväntningarna och behoven i denna patientgrupp, beskrivs i detta kapitel översiktligt patientgruppen samt några av de patientrelaterade faktorer som påverkar vården före, under och efter en graviditet.

De födande kvinnorna blir allt äldre och har en högre utbildningsnivå än tidigare

I dag är medelåldern för en förstföderska i Sverige knappt 29 år. Medelåldern har ökat successivt under ett antal år, både i Sverige och i många andra länder. År 1973 var medelåldern för förstföderskor knappt 24 år (se figur 2). Åldern hos förstföderskorna skiljer sig mellan olika delar av landet – yngst är förstföderskorna i Blekinge (27 år) och äldst är de i Stockholm (30 år) (se figur 2). För föderskor totalt sett har medelåldern utvecklats från 26 år 1973 till drygt 30 år i dag. Mellan landstingen varierar den genomsnittliga åldern för föderskor med mindre än två år (29,1 i Dalarna och 31,7 i Stockholm). [14]

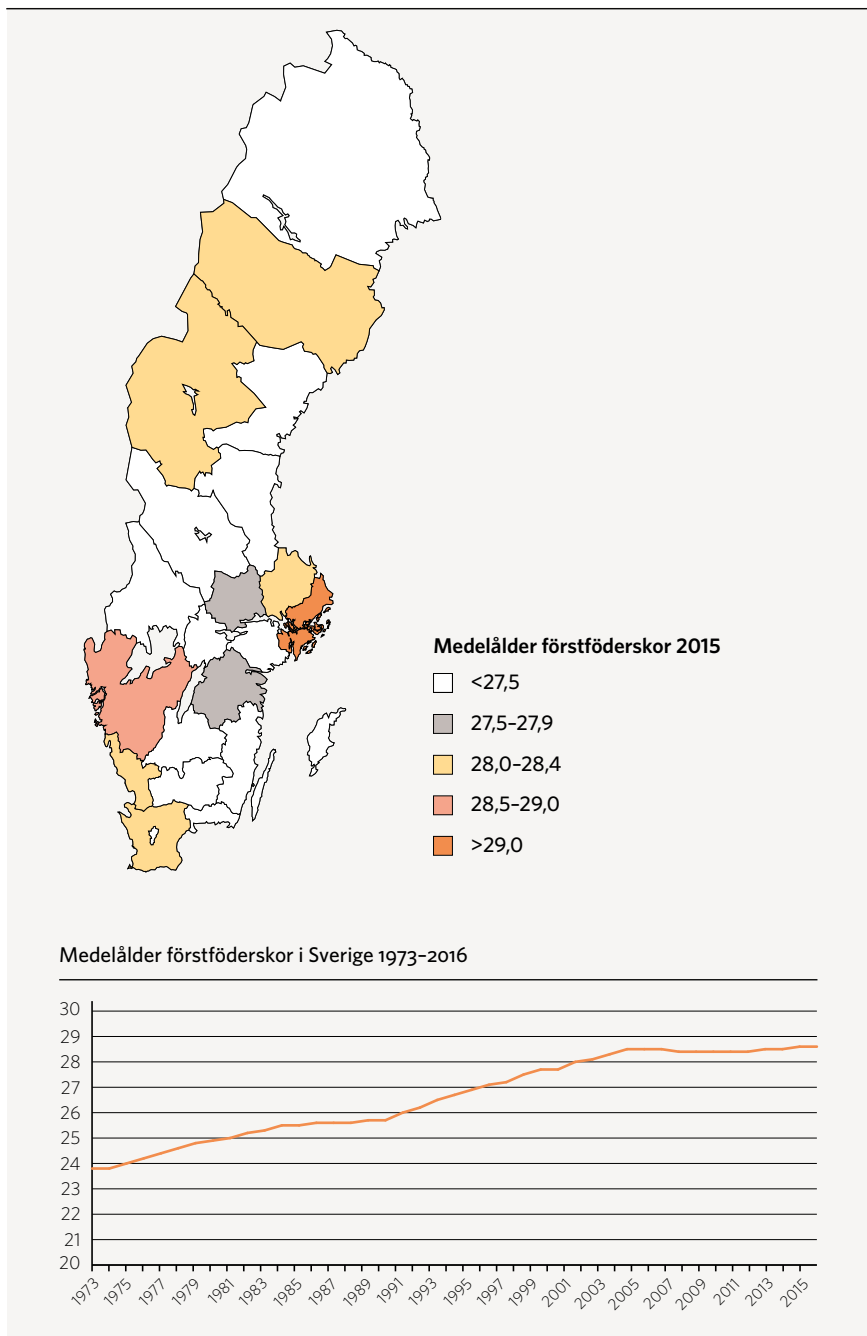
Kvinnans ålder påverkar hennes möjligheter att bli gravid, och även risken för komplikationer i samband med en graviditet. Ur ett biologiskt perspektiv är det mest gynnsamt för kvinnan att få barn när hon är mellan 20–25 år; chanserna att bli gravid börjar minska redan vid 30 års ålder, och riskerna för komplikationer hos både kvinnan och barnet ökar med kvinnans ålder [15] [16]. Studier har även visat att äldre förstföderskor generellt har en högre risk för förlossningspsykos [17]. En högre genomsnittsålder hos de födande påverkar därmed vården runt graviditet och förlossning i form av ökade krav på både medicinskt och icke-medicinskt stöd till patienterna.

Utbildningsnivån hos födande kvinnor har ökat under en lång tid, men det finns betydande skillnader mellan landstingen (se diagram 1). Exempelvis hade 59 procent av föderskorna i Stockholm högskoleutbildning, att jämföra mot 33 procent i Gävleborg.

Det finns ett samband mellan utbildningsnivån och medicinskt utfall inom förlossningsvården. Kvinnor med en lägre utbildningsnivå har bland annat en högre kejsarsnittsfrekvens och löper högre risk för att få barn som drabbas av perinatal död.³ Utbildningsnivå har visat sig ha större påverkan på olika utfall än inkomstnivå. [18]

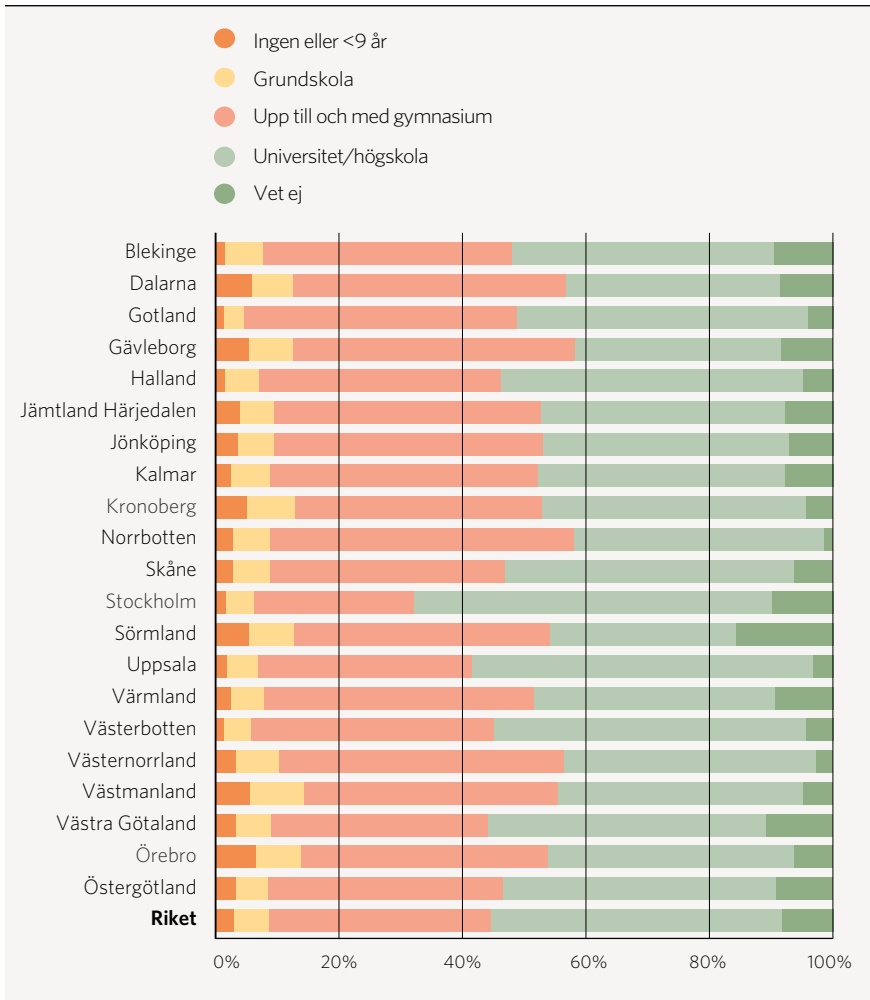
Not. 3. Perinatal död = dödföddhet eller barnets död under dess första levnadsvecka.

FIGUR 2. Förstföderskors medelålder, geografiska skillnader och utveckling över tid



Källa: Socialstyrelsen. [14]

DIAGRAM 1. Utbildningsnivå vid förlossning, per landsting år 2016

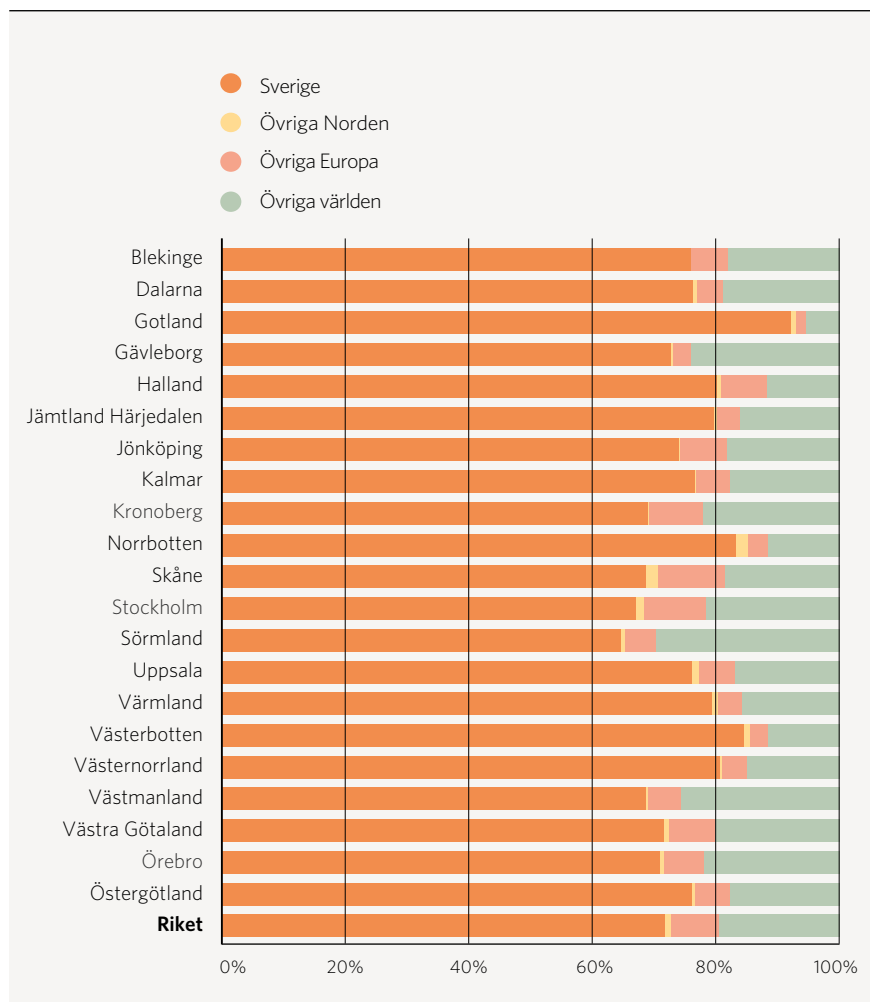


Källa: Databeställning Graviditetsregistret.

En växande andel utrikesfödda

I Sverige som helhet har andelen utrikesfödda personer fördubblats på drygt 30 år [19]. År 2016 var 28 procent av de i Graviditetsregistret registrerade föderskorna utrikesfödda (se diagram 2). Sammansättningen av föderskor med olika härkomst varierar betydligt mellan landstingen [20]. I Sörmland var exempelvis 30 procent födda i ett utomeuropeiskt land, medan motsvarande andel på Gotland endast var 6 procent.

DIAGRAM 2. Ursprunglig härkomst (region) för födande kvinnor, per landsting år 2016



Källa: Databeställning Graviditetsregistret.

Enligt flera rapporter från Socialstyrelsen kan kvinnans härkomst påverka både hennes behov av vård och vårdens utfall [18] [21]. Exempelvis kan det behövas tolktjänster eller viss kulturell kompetens och förståelse hos vårdpersonalen. Det framgår också att kvinnor födda utanför Norden löper en högre risk för bäckenbottenbristningar av grad III och IV, samt att det är vanligare att barn till mödrar från vissa utomeuropeiska områden får låg Apgar-poäng⁴.

Not. 4. Apgar är ett poängsystem som bedömer hälsotillståndet hos nyfödda enligt ett antal kriterier, där en låg poäng indikerar sämre hälsotillstånd.

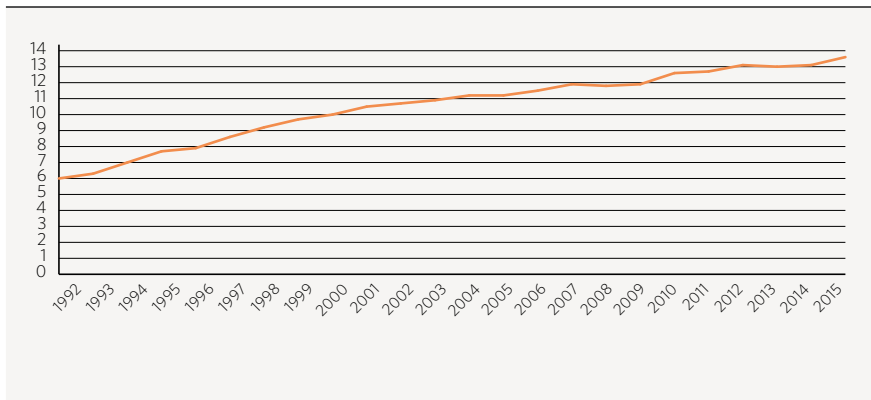
Eftersom både andelen utrikesfödda kvinnor och deras härkomstland skiljer sig mellan olika delar av Sverige varierar behoven av exempelvis språklig och kulturell kompetens betydligt.

Fler riskgraviditeter och mer komplicerade förlossningar till följd av förändrade levnadsvanor

I dag har cirka 26 procent av gravida kvinnor ett Body Mass Index (BMI) som gör att de klassas som överviktiga⁵, och cirka 14 procent har ett BMI som klassas som fetma [20]. Det genomsnittliga BMI-värdet hos gravida har ökat de senaste decennierna och andelen gravida kvinnor med fetma har mer än fördubblats på 25 år [21] [22] (se diagram 3).

Övervikt, framför allt fetma, är kopplat till ökade hälsorisker hos både kvinnan och fostret – exempelvis ökar risken för graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, tidig förlossning, missbildning hos fostret och att barnet dör innan födelsen. Kvinnor med högt BMI blir i högre utsträckning förlösta med kejsarsnitt och fetma ökar även risken för stor blödning⁶ i samband med förlossning [20] [23]. En ökande övervikt och fetma gör därför att fler kvinnor riskerar att drabbas av komplikationer under graviditet och förlossning. Detta påverkar både behovet av uppföljning av kvinnan under graviditeten liksom vilken vård hon och barnet sedan behöver.

DIAGRAM 3. Andel gravida med fetma (BMI 30 eller högre), i procent under åren 1992–2016



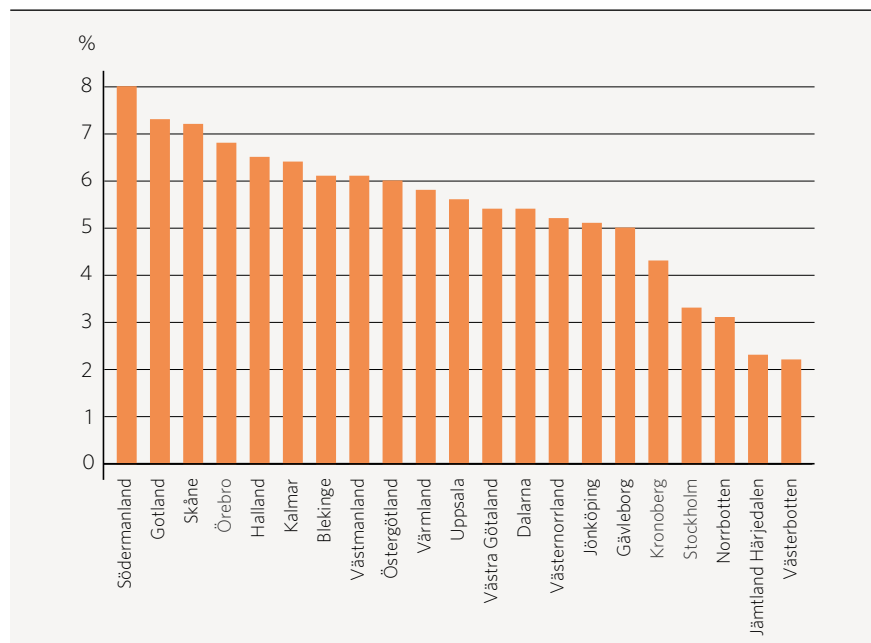
Källa: Socialstyrelsen. [14]

Not. 5. Med övervikt menas ett Body Mass Index (BMI) på 25–30, och med fetma menas en BMI på 30 eller högre. Siffrorna gäller vid inskrivning vid mödrhälsovården.

Not. 6. Med stor blödning avses blödning >1000 ml.

Andelen kvinnor som röker under tidig graviditet⁷ är i dag knappt 5 procent, vilket är en förhållandevis låg siffra sett till utvecklingen över tid [14]. Samtidigt ses variationer inom landet; det är exempelvis drygt tre gånger så vanligt med rökning bland gravida kvinnor i Sörmland jämfört med i Västerbotten [3] (se diagram 4). Att röka eller snusa under graviditeten ökar risken för tidig födsel, missfall, tillväxthämning hos fostret, samt plötslig spädbarnsdöd upp till ett års ålder [24] [25].

DIAGRAM 4. Andel kvinnor som röker i tidig graviditet, i procent per landsting år 2016



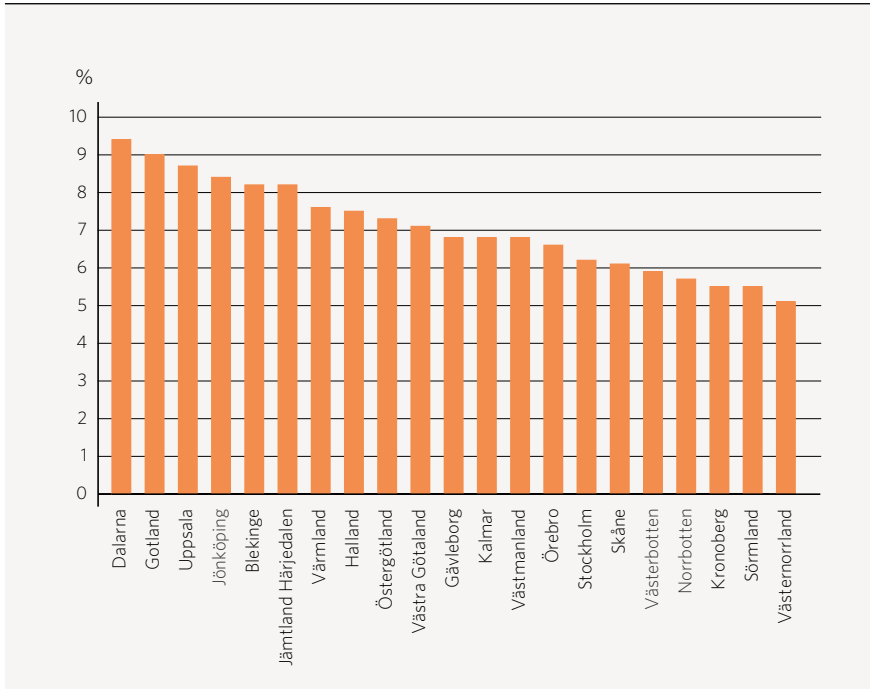
Källa: Socialstyrelsen. [14]

Var femtonde gravid kvinna behandlas för psykisk ohälsa

Av de kvinnor som var gravida under 2016 behandlades i snitt cirka sju procent för psykisk ohälsa under graviditeten (läkemedelsbehandling och/eller psykologisk behandling); i vissa landsting var denna siffra drygt fem procent och i andra drygt nio procent [20] (se diagram 5). Det är oklart om skillnaden mellan landstingen beror på att andelen kvinnor i behov av behandling varierar, eller att vissa landsting är mer benägna att behandla.

Not. 7. Med tidig graviditet avses första besöket i mödrahälsovården.

DIAGRAM 5. Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten, i procent per landsting år 2016



Källa: Graviditetsregistret. [20]

Enligt Socialstyrelsen [21] blev personer med enbart grundskoleutbildning behandlade för psykisk ohälsa (med läkemedel och/eller psykologisk behandling) i nästan dubbelt så hög utsträckning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning. Tidigare studier visar även att psykisk ohälsa ofta kan härledas till psykologiska och sociala förhållanden som bristande partnerstöd, ekonomiska problem, ohälsa, komplikationer under graviditeten eller andra stressande omständigheter i livet [21].

Att gå igenom en graviditet och förlossning påverkar kroppen såväl psykiskt som fysiskt, och det ingår i vårdens uppdrag att förebygga samt behandla både psykisk och fysisk ohälsa. En högre förekomst av psykisk ohälsa under graviditet innebär därför ökade krav på vården när det kommer till att ge dessa patienter adekvat och ändamålsenligt stöd.

Fler kvinnor kan bli gravida i dag än förr

Assisterad befruktning är ett samlingsnamn för flera olika befruktningsmetoder som utförs utanför kroppen. Dessa innefattar IVF (in vitro-fertilisering) och IVF-relaterade metoder såsom spermieinjektion och äggdonation. Insemination är ytterligare en behandling mot barnlöshet. [26]

I dag har knappt fyra procent av alla barn som föds i Sverige kommit till med hjälp av IVF, vilket kan jämföras med 0,4 procent år 1991 [27] [28]. En förklaring till det stigande antalet är att tekniken för assisterad befruktning har utvecklats. En annan är att fler patientgrupper än tidigare har rätt till assisterad befruktning [29]. Sedan 2003 är det i Sverige tillåtet med donation av ägg eller spermier i samband med IVF. Insemination och IVF med donerade spermier är tillåtet för kvinnor i samkönade par sedan 2005 och för ensamstående kvinnor sedan 2016.

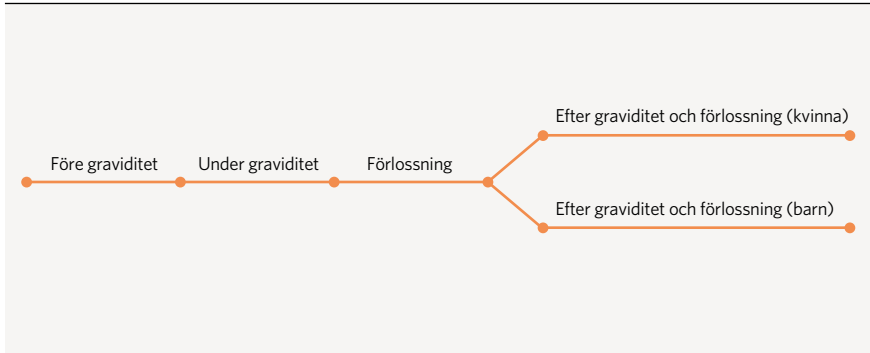
Tidigare har risken för komplikationer varit avsevärt högre vid graviditeter tillkomna genom assisterad befruktning. Framför allt på grund av att frekvensen av flerbörd (tvillingar, trillingar) är större vid assisterad befruktning. Andelen flerbördsgraviditeter har dock reducerats betydligt med tiden och i Sverige är den i dag under fem procent, vilket kan jämföras med över 25 procent tidigare. Flerbördsfrekvensen är dock fortfarande högre än vid spontan graviditet där den ligger på en procent. [30]

Eftersom IVF har möjliggjort graviditet för fler grupper som tidigare hade mer begränsade möjligheter, till exempel ensamstående och HBTQ-personer, har patientgruppen också blivit alltmer heterogen vilket också kan innebära andra krav på vårdpersonalens kompetens.

Vårdkedjan rymmer fyra huvudområden med en mängd aktörer och verksamheter som kan organiseras på olika sätt

Vårdkedjan före, under och efter graviditet kan något förenklat delas upp i fyra steg (se figur 3). I det sista steget har en del av vårdkedjan huvudsakligt fokus på kvinnan och en del huvudsakligt fokus på barnet.

FIGUR 3. Vårdkedjan före, under och efter graviditet

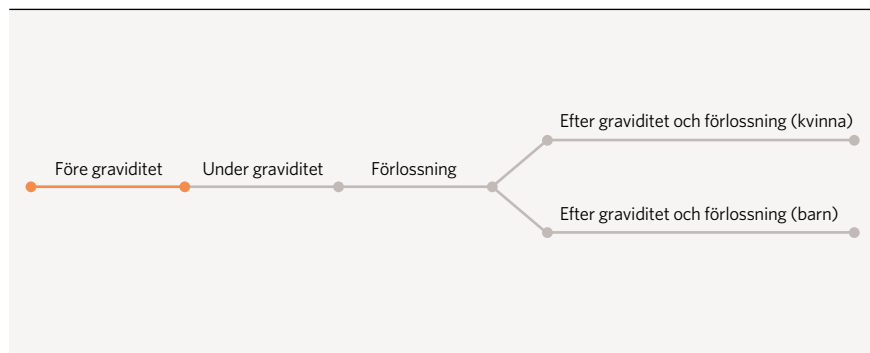


I vissa fall skiljer sig vårdkedjan något inom eller mellan landstingen. Vissa skillnader beror på olika geografiska och demografiska förutsättningar. Andra skillnader handlar om arbets sätt eller hur vården är organiserad.

De följande avsnitten ger en översiktlig beskrivning av vårdkedjans olika steg samt en kartläggning av involverade aktörer och vilken vård som ges. I tillägg jämförs vårdutbudet mellan olika landsting och förlossningskliniker.

Före graviditet

FIGUR 4. Vårdkedjan före, under och efter graviditet: före graviditet



För för de allra flesta inleds kontakterna med vården i detta sammanhang med ett positivt graviditetstest. I de fall kvinnan av olika anledningar har svårt att bli gravid kan den istället starta med att kvinnan tar kontakt för utredning och eventuell behandling. Ungefär 10–15 procent av alla vuxna par i fertil ålder drabbas av ofrivillig barnlöshet [31]. Utöver dessa finns ensamstående personer eller HBTQ-personer som kan vända sig till vården för att få hjälp med assisterad befruktning genom IVF-behandling, eller insemination.

Vårdens utbud och involverade aktörer

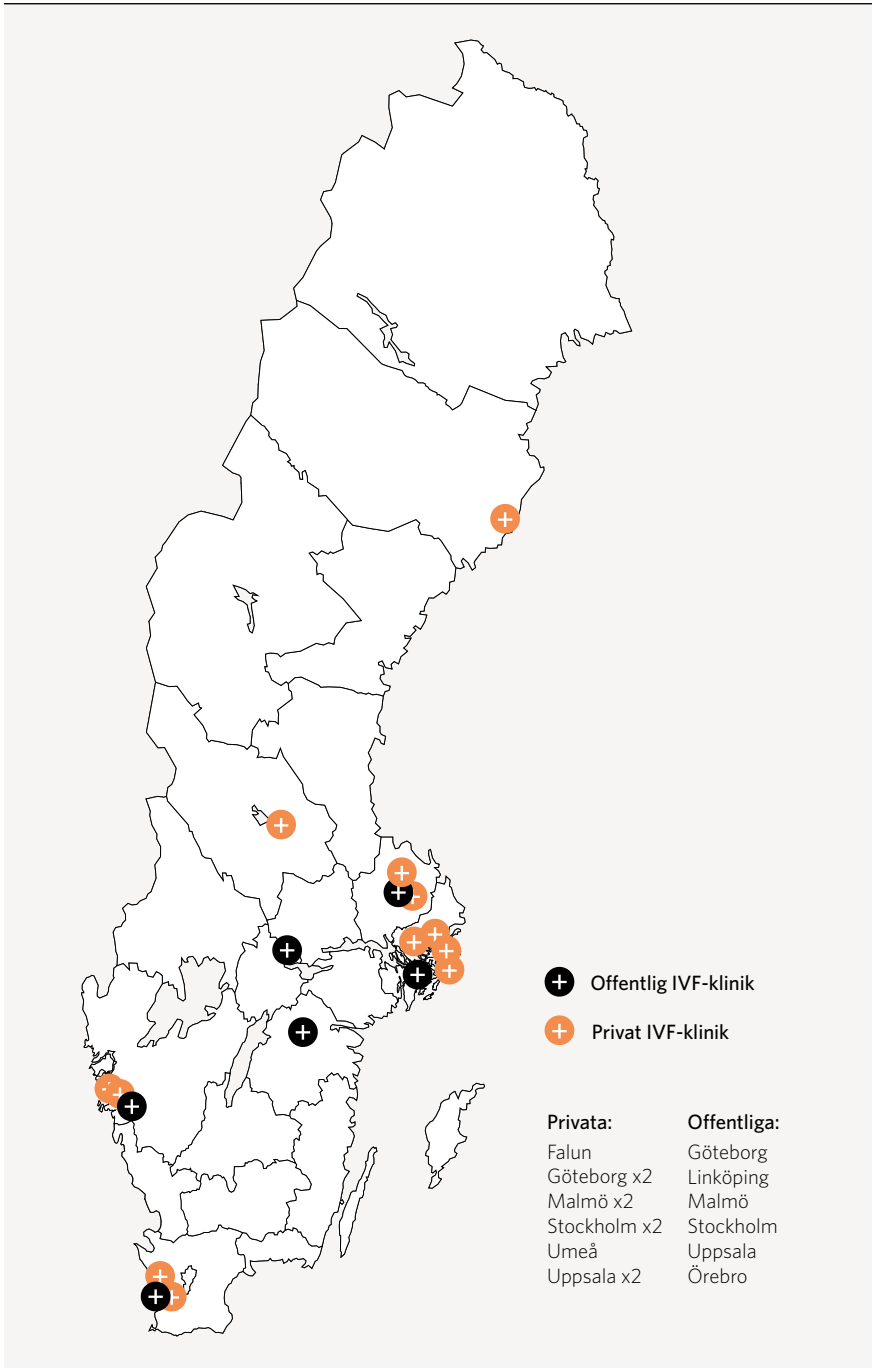
Fertilitetsutredning görs på gynekologmottagning, fertilitetsenhet eller fristående IVF-klinik; IVF-behandlingen eller insemination sker sedan på IVF-klinik

För att avgöra om en behandling ska inledas görs först en fertilitetsutredning, där behovet och möjligheterna för assisterad befruktning utreds. Utredningen kan ske på en gynekologmottagning, på en fristående IVF-klinik eller på en fertilitetsenhet vid ett sjukhus (som på vissa sjukhus/orter också rymmer en egen IVF-klinik). Efter utredningen skrivs en remiss och behandlingen inleds.

Vid en IVF-behandling behandlas kvinnan med kroppsegna hormoner som stimulerar follikelutveckling och ägglossning. Efter att äggblåsorna har vuxit görs ett så kallat ägguttag. Ägget befruktas sedan i laboratoriet genom att ägg och spermier sammanförs. För kvinnan omfattar hela processen i normalfallet cirka fyra till fem besök på IVF-klinik, men detta kan variera. Vid insemination inväntas kvinnans ägglossning och ägget befruktas via insemination.

IVF-klinikerna är en del av öppenvården och det finns sammantaget 19 IVF-kliniker i Sverige (se figur 5). Av dessa drivs 13 kliniker i privat regi och sex i offentlig regi. En IVF-klinik kan utföra både IVF-behandling och insemination. [32]

FIGUR 5. Geografisk fördelning av Sveriges 19 IVF-kliniker



Assisterad befruktning bekostas av landstingen och omfattas av vårdgarantin – om patienten uppfyller ett antal kriterier

Om patienten uppfyller vissa villkor eller kriterier, bekostar landstinget normalt sett upp till tre ägguttag för IVF eller sex behandlingsförsök med insemination per patient.

En uppföljningsrapport [33] från 2014 visade på vissa skillnader mellan landstingen vad gäller kriterier för finansiering samt vilken vård som erbjuds. I syfte att nå en jämlikhet och enhetlighet i erbjudande av offentlig finansierad assisterad befruktning tog SKL fram rekommendationer till landstingen kring dessa kriterier [34]. Kriterier som nämns i dessa rekommendationer är att för IVF-behandling och insemination ska kvinnan vara mellan 25 och 40 år och mannen yngre än 56 år, och ensamstående kvinnor får inte ha haft tidigare registrerad vårdnad av barn. Enligt svensk lag ska dessutom par som får assisterad befruktning ha en relation som definieras som stabil. I samtliga landsting är det också ett krav att paret inte har gemensamma barn. När frivillig sterilisering gjorts av någon av parterna räknas inte barnlösheten som ofrivillig.

Om villkoren som landstinget satt upp inte uppfylls, finns möjlighet för patienten att själv finansiera assisterad befruktning (cirka 30 000 kronor per behandling för IVF och 15 000 kronor för insemination). Kliniken kan dock i sin medicinska och/eller sociala bedömning av patienten välja att inte utföra behandling.

För landstingsfinansierad assisterad befruktning gäller vårdgarantin. Detta innebär att utredningen om ofrivillig barnlöshet ska inledas inom tre månader efter första kontakten med vården och behandling påbörjas inom tre månader efter remissankomst. Vid insemination och donation ska behandlingen inledas senast tre månader efter att en lämplig donator hittats.

Vid spermie- eller äggdonation görs en medicinsk bedömning av både donatorn och de blivande föräldrarna

I de fall som donerade spermier eller ägg används vid IVF-behandling eller insemination, genomgår de blivande föräldrarna en medicinsk bedömning som innefattar psykologisk och social värdering på fertilitetsenheten eller IVF-kliniken. Också donatorn genomgår medicinsk och psykologisk bedömning. Syftet med bedömningarna av föräldrarna och donatorn är att säkra goda förutsättningar för att barnet ska växa upp under bra förhållanden. Dessutom ska information om den genetiska föräldern, donatorn, finnas dokumenterad om barnet senare önskar ta del av denna. [35]

Skillnader och likheter mellan landstingen

Skillnader i tillgänglighet i form av restid till behandling

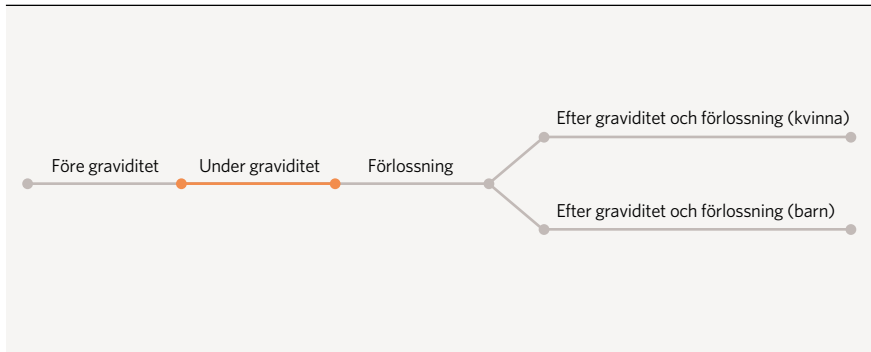
Sveriges nordligaste IVF-klinik ligger i Umeå och den sydligaste i Malmö. Tolv av klinikerna ligger i någon av de tre storstadsregionerna, medan majoriteten av landstingen inte har någon klinik. Landsting som saknar IVF-kliniker gör fertilitetsutredningarna själva och skickar sedan remisser till IVF-kliniker i andra landsting för IVF-behandling. För detta finns upphandlade avtal och hemlandstinget finansierar vården så länge paret eller kvinnan uppfyller det egna landstingets kriterier. Spridningen av klinikerna leder dock till att patienternas avstånd till IVF-klinikerna varierar betydligt runtom i landet.

Skillnader i tillgänglighet i form av väntetid

Det finns även skillnader mellan landstingen i vilken mån vårdgarantin uppfylls när det gäller väntetider till assisterad befruktning. Vissa av de landsting som har svårt att uppfylla vårdgarantin upplever att lagändringar som har öppnat upp för att fler personer kan behandlas, inte har åtföljts av mer resurser. Detta har ökat trycket på klinikerna och bildat längre köer, både för utredning och behandling. Det är ofta i storstadsregionerna de långa kötiderna finns. Brist på donerade spermier kan också bidra till att väntetiderna blir längre på vissa håll. Spermier skickas inte över landet, varför tillgången kan variera. Saknas tillgång så gäller inte vårdgarantin.

Under graviditet

FIGUR 6. Vårdkedjan före, under och efter graviditet: under graviditet



Då en graviditet har bekräftats, vilket i normalfallet sker genom att kvinnan själv gör ett graviditetstest, skriver kvinnan in sig vid mödrahälsovården. Mödrahälsovården har ett basprogram som alla kvinnor erbjuds, vilket utöver medicinska kontroller och ultraljud också innefattar socialt stöd till kvinnan

och hennes partner. Basprogrammet gör att den vård som ges under graviditet är relativt enhetlig runt om i landet. För blivande föräldrar med särskilda behov erbjuds bland annat specialistmödrahälsovård och samtalsmottagningar.

Vårdens utbud och involverade aktörer

Mödrahälsovården ansvarar för vård under graviditet

Vård under graviditet kan i Sverige i princip likställas med begreppet mödrahälsovård. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för mödrahälsovården är dess främsta mål att ”bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för den gravida kvinnan, det väntade och det nyfödda barnet” [36]. Detta innebär att vården under graviditet ska:

- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Tidigt identifiera och initiera åtgärder vid risker för ohälsa för kvinnan eller barnet
- Förbereda kvinnan och hennes partner på förlossningen

Mödrahälsovården bedrivs av mödrahälsovårdscentraler, som ibland också kallas för barnmorskemottagningar. Inom mödrahälsovården arbetar främst barnmorskor. Barnmorskan samarbetar med eller har möjlighet att konsultera obstetrikern eller allmänläkaren. Ibland finns även tillgång till psykolog, fysioterapeut och dietist.

I stort sett alla gravida kvinnor i Sverige skriver in sig vid mödrahälsovården. Kvinnan går på regelbundna besök för medicinska kontroller och informationssamtal under graviditeten. Under kontrollerna görs ultraljudsundersökningar, undersökning av graviditetens längd och eventuell flerbörd, samt bedömning av sannolikheten för olika typer av avvikelser eller sjukdomar. Inom mödrahälsovårdens uppdrag ingår också att utföra olika typer av screeningtester för att tidigt upptäcka olika risktecken hos kvinnan, till exempel olika typer av sjukdomar eller riskbruk av alkohol. Samtal ingår också för att stärka kvinnan och eventuell partner i deras blivande roll som föräldrar. Samtalen inkluderar information om levnadsvanor och livsstil. [36]

Mödrahälsovårdens insatser under graviditeten sker enligt ett så kallat basprogram som har ett nationellt standardiserat innehåll. För basprogrammet finns riktlinjer som är framtagna av barnmorskor och specialister i obstetrik och gynekologi (kallat den ”Blå boken”). Riktlinjerna beskriver vad besöken under graviditet bör innehålla och när och hur ofta de bör ske. Direktiven ser något olika ut beroende på om kvinnan väntar sitt första barn eller om hon har fött barn tidigare. [37] Socialstyrelsen har utöver detta tagit fram föreskrifter och allmänna råd för de medicinska utredningsmetoderna och rutinerna för mödrahälsovården [38].

Mödrahälsovården arbetar inte enbart med vård av gravida kvinnor, utan har också ett allmänt hälsofrämjande uppdrag och bistår exempelvis med gynekologiska cellprover och preventivmedelsrådgivning [36].

När det finns särskilda behov ansvarar specialistmödravården

I det fall det föreligger en ökad risk för kvinnan eller fostret under graviditet, remitteras kvinnan till specialistmödravården (ibland kallad för antenatalmottagning). Exempel på förhöjd risk kan vara vissa sjukdomar eller komplikationer under tidigare graviditet eller förlossning. Specialistmödravården är en del av den specialiserade öppenvården och bemannas i regel av barnmorskor och specialister inom obstetrik och gynekologi, med utbildning inom komplicerade graviditeter och fosterdiagnostik. Besöken inom mödrahälsovården fortsätter i regel parallellt med besöken på specialistmödravården, men för vissa kvinnor sköts all vård under graviditeten inom specialistmödravården. [37]

Inom specialistmödravården görs, liksom inom mödrahälsovården, ultraljudsundersökningar, samt fosterdiagnostik och andra typer av undersökningar och bevakning – beroende på vilken komplikation eller riskbild som finns. Ultraljudsundersökning kan utökas med fosterdiagnostik om de blivande föräldrarna önskar detta. KUB-test⁸ är i dag det vanligaste fosterdiagnostiska testet. [37]

Vid vissa komplikationer kan det bli nödvändigt med slutenvård

I vissa situationer kan kvinnan behöva vårdas inom slutenvården under graviditet, vilket ofta sker på en så kallad antenatalavdelning. Den vanligaste orsaken är hotande förtidsbörd, till exempel vid prematura värkar, prematur vattenavgång eller påverkad livmoderhals följd av preeklampsi (havandeskapsförgiftning). Eftersom slutenvård under graviditet ofta är kopplat till en risk för tidig förlossning, ges ofta denna typ av vård enbart på sjukhus med tillgång till neonatalvård eller med kapacitet att erbjuda neonatalvård. Sjukhusens möjligheter att erbjuda vårdplatser för kvinnor under graviditet påverkas därför av aktuell tillgång på neonatalvårdplatser. Detta påverkas i sin tur delvis av aktuell belastning på kliniken.

Kvinnor med förlossningsrädsla kan remitteras till en särskild samtalsmottagning

Riskecken hos kvinnan kan också vara av psykisk karaktär. Kvinnor med förlossningsrädsla bör erbjudas särskilda samtalsstöd (ofta kallade Aurora-samtal). Samtalsstödet bör ges av samtalsterapeuter som har god insikt i de

Not. 8. KUB = Kombinerat ultraljud och biokemiskt prov.

psykosociala aspekterna av mödrahälsovården och förlossningsvården, men kan även utföras av läkare eller barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning. Auroramottagningarna ligger oftast på sjukhuset. [20]

Skillnader och likheter mellan landstingen

Organiseringen av mödrahälsovården skiljer sig mellan landstingen – i de flesta är den en del av primärvården men på vissa håll ingår den i kvinnoklinikens verksamhet

Organiseringen av mödrahälsovården ser olika ut runtom i landet (se figur 7). Sju landsting har mödrahälsovården organiserad under landstingets kvinno-klinik. I resterande landsting är mödrahälsovården organiserad på annat sätt, oftast genom att de är en del av primärvården.

Mödrahälsovården kan vara organiserad eller lokaliserad som en enskild verksamhet, men den kan också vara organisatoriskt eller fysiskt kopplad till en eller flera andra verksamheter. Flera landsting har mödrahälsovården knutna till sina vårdcentraler. Dessa bedriver då, utöver distriktsläkarmottagning, även mödrahälsovård och barnhälsovård. Många gånger delar dessa verksamheter även lokaler. Vissa landsting bedriver mödrahälsovården i så kallade familjecentraler vilka involverar mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänst och öppen förskola. Tanken i dessa fall är att sammanlänka olika aktörer som bedriver familjeverksamheter.

Möjligheterna till vårdval ser olika ut mellan olika landsting

I många landsting, men inte alla, finns vårdval för mödrahälsovården. Vårdval innebär att kvinnan själv kan välja vilken mödrahälsovårdscentral hon vill besöka under graviditeten. I intervjuerna motiveras vårdval huvudsakligen med att det ökar valfriheten samt att bidrar med tydlighet kring vilka kvalitetsnivåer som verksamheten måste uppnå.

Trots ett standardiserat basprogram för mödrahälsovården finns vissa skillnader mellan landstingen, både avseende antal besök och vårdens innehåll

Det genomsnittliga antalet besök i mödrahälsovården under graviditeten varierade år 2016 mellan landstingen: i Sörmland gjordes i snitt åtta besök och i Jämtland/Härjedalen elva besök [20] (se diagram 6). Statistiken omfattar såväl förstföderskor som omföderskor. Skillnaderna i antal besök kan sannolikt förklaras av både varierande behov men också av skillnader i vårdutbudet. Resultaten har inte kontrollerats för socioekonomiska faktorer.

FIGUR 7. Organisering av mödrahälsovården i Sveriges landsting

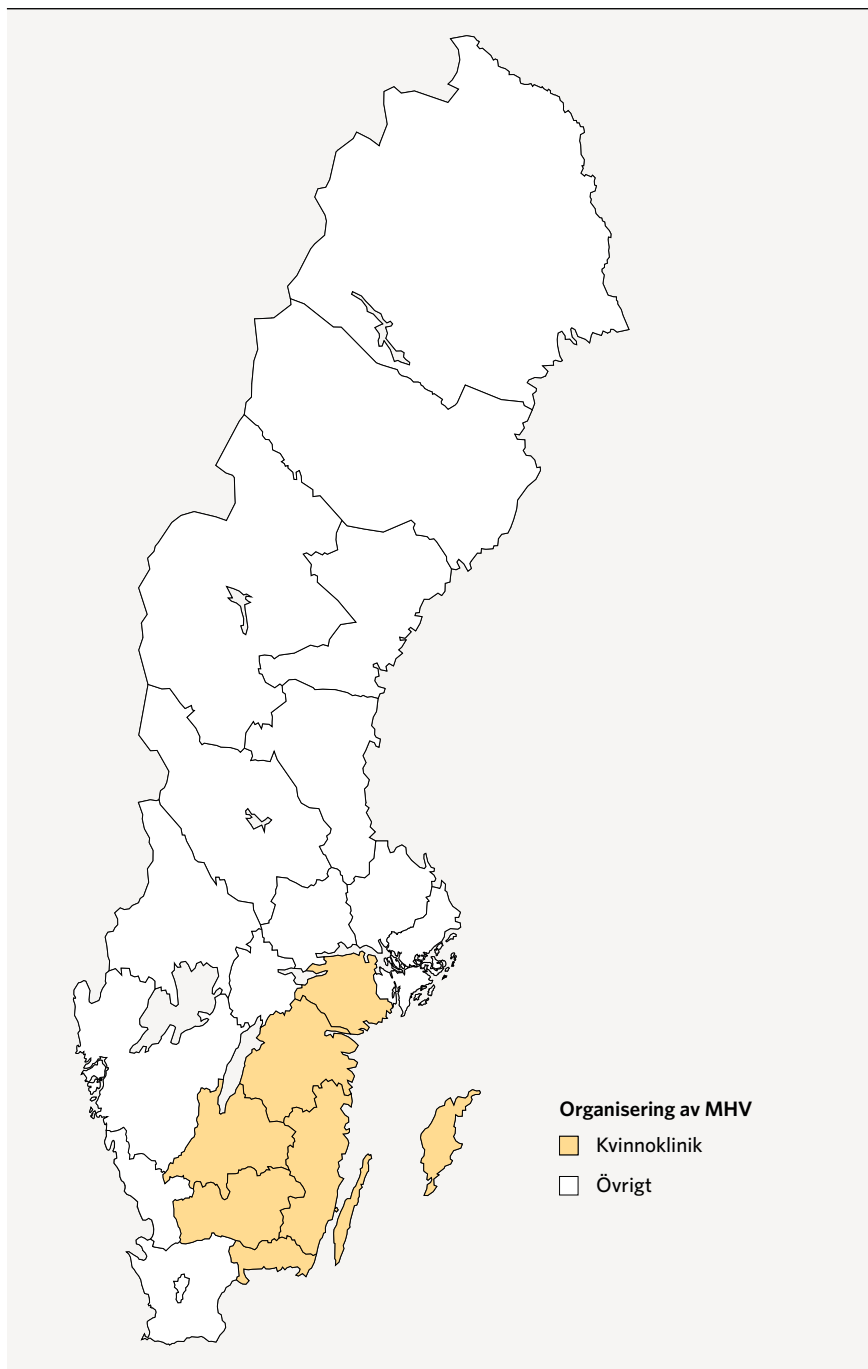
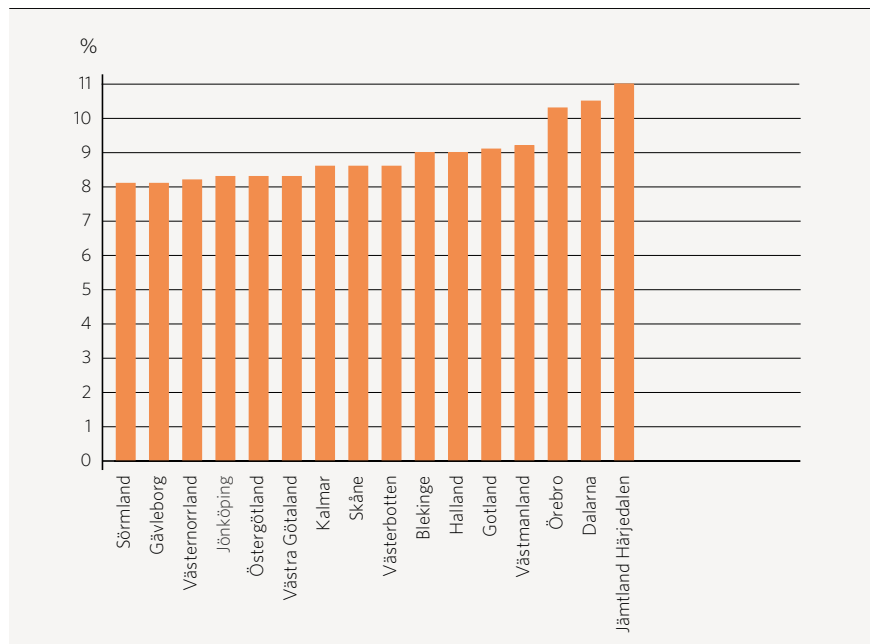


DIAGRAM 6. Antal besök hos barnmorska inom mödrahälsovården under graviditet per landsting, 2016



Not: Uppgifter redovisas för de landsting som rapporterat denna statistik till Graviditetsregistret.

Källa: Graviditetsregistret. [20]

Trots det nationella standardiserade basprogrammet för vad som ska ingå i besöken inom mödrahälsovården under graviditet, fanns det enligt Graviditetsregistret [20] vissa regionala skillnader under 2016:

- Andel kvinnor som tillfrågades om våldsutsatthet varierade mellan 71 och 97 procent (87 procent i genomsnitt); endast fyra landsting levde upp till målvärdet 95 procent
- Andel kvinnor som screenades för riskbruk av alkohol varierade mellan 66 och 94 procent (84 procent i genomsnitt)
- Andel kvinnor som erbjöds stödåtgärder vid förlossningsrädsla varierade mellan fem och elva procent stöd (åtta procent i genomsnitt)

Även utbudet av fosterdiagnostik varierar mellan landstingen. KUB-test⁹ har bedömts som den mest lämpliga metoden för fosterdiagnostik i tidig graviditet [39]. Om testet indikerar ett förhöjt värde erbjuds kvinnan att göra ett moderkaks- eller fostervattenprov alternativt ett icke-invasivt test, så kallat NIPT¹⁰. NIPT erbjuds i vissa, men inte alla, landsting och på en del privata

Not. 9. KUB = Kombinerat ultraljud och biokemiskt prov.

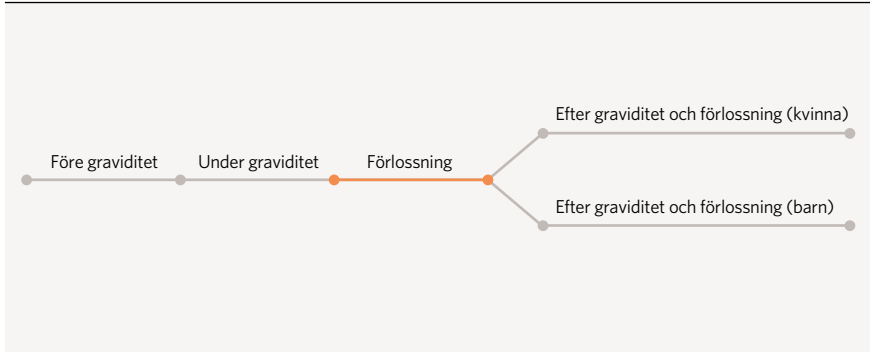
Not. 10. NIPT = Non-invasive prenatal testing.

kliniker. I de fall landstinget inte finansierar testet finns ofta möjlighet att bekosta testet själv.

Förutom skillnader mellan landstingen gällande vilken typ av fosterdiagnostik som erbjuds, varierar även definitionen av målgrupp och i vilken utsträckning behandlingen finansieras av landstinget. Det varierar också vilken vägledning som ges i samband med att fosterdiagnostik görs. För att öka jämlikheten i detta avseende har SFOG tagit fram en nationell riktlinje med rekommendationer kring användningen av framför allt NIPT. [40]

Förlossning

FIGUR 8. Vårdkedjan före, under och efter graviditet: förlossning



I samband med förlossningen övergår ansvaret för kvinnans vård från mödrhälsovården till förlossningskliniken. Förlossningsklinikerna är en del av specialistsjukvården och tillhör det som oftast kallas sjukhusets kvinnoklinik.

Vårdens utbud och involverade aktörer

Kvinnan kommer till förlossningskliniken när det är dags att föda

De allra flesta kvinnor i Sverige föder på en förlossningsklinik. När förlossningen har påbörjats, tar kvinnan i regel telefonkontakt med förlossningskliniken och rådgör med en koordinerande barnmorska. Barnmorskan gör bedömningen om huruvida kvinnan ska komma in till kliniken eller avvakta, alternativt uppsöka en annan förlossningsklinik vid platsbrist. I andra fall är tidpunkten för förlossningen fastställd på förhand, till exempel vid planerat kejsarsnitt eller vid planerad igångsättning av förlossningen. Vid kvinnans

ankomst på förlossningskliniken görs en riskbedömning utifrån kvinnans status och anamnes [41]. För riskbedömning och åtgärder vid olika skeden och situationer finns checklistor framtagna med syftet att utifrån olika riskfaktorer kunna placera kvinnan i rätt vårdnivå.

På förlossningskliniken arbetar barnmorskor, undersköterskor och specialister inom obstetrik och gynekologi. Vid behov tillkallas även barnläkare eller narkosläkare.

Under en förlossning kan det uppstå situationer som kräver akutsjukvård, till exempel behov av akuta kejsarsnitt. Kejsarsnitt kan även vara planerade (även kallade elektiva kejsarsnitt) – antingen på grund av medicinska eller av psykosociala skäl (så kallad humanitär indikation). Psykosociala skäl kan exempelvis vara oro inför vaginal förlossning hos kvinnan. Även efter förlossningen kan komplikationer uppstå som gör att kvinnan eller barnet har behov av akut specialistvård.

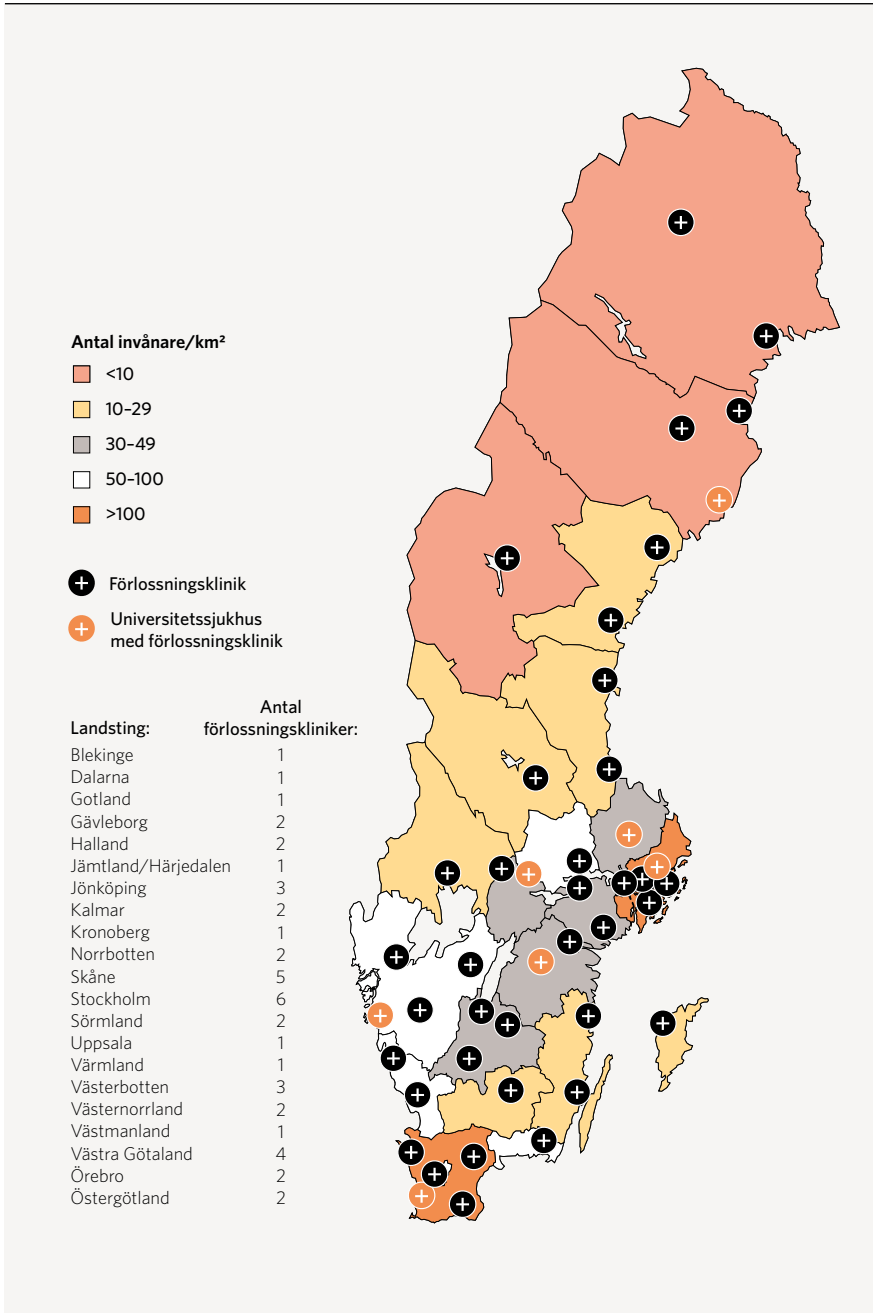
Ovanligt med hemförlossningar

Hemförlossningar är ovanliga i Sverige och mindre än 0,1 procent av alla förlossningar äger rum hemma [42]. Hemförlossning kan ske under vissa förutsättningar, bland annat om kvinnan är en omföderska som tidigare fött vaginalt utan komplikationer. Vid hemförlossning är en barnmorska i beredskap kring tidpunkten för planerad förlossning. Barnmorskan kontaktas och åker hem till kvinnan när det är dags att föda.

Skillnader och likheter mellan landsting och förlossningskliniker

Den geografiska tillgängligheten till förlossningsvården varierar stort över landet. Det finns i dag 45 förlossningskliniker i Sverige, med Gällivares förlossningsklinik längst i norr och Ystads längst i söder. Sveriges ojämna befolkningstäthet innebär att förlossningsklinikernas upptagningsområden varierar. Som exempel på detta kan nämnas att det i Stockholms län finns sex förlossningskliniker medan det i Norrbotten, som upptar en knapp fjärdedel av landets yta, finns två relativt små förlossningskliniker [43] (se figur 9).

FIGUR 9. Förlossningsklinikernas geografiska spridning i Sverige, och landstingens befolkningstäthet



Not: Malmö och Lund utgör tillsammans Skånes Universitetssjukhus. På kartan är endast Malmö angivet som universitetssjukhus.

Källa: SCB. [43]

De senaste årtiondena har det skett en koncentration av förlossningsklinikerna i Sverige. Nio kliniker har lagts ned sedan 2001, främst i glesbygden¹¹. En ökad koncentration av vården motiveras ofta av kvalitetsskäl, då det exempelvis krävs en viss volym av födslar för att upprätthålla personalens kompetens och på så vis bibehålla patientsäkerheten. En ökad koncentration av resurser ökar också möjligheterna att erbjuda en specialiserad vård och därmed på ett bättre sätt hantera mer komplicerade förlossningar. Riskerna med de längre resvägarna ställs då mot riskerna som kan vara förknippade med en liten förlossningsklinik med lågt antal födslar och särskilt med ett lågt antal komplicerade födslar. Fler bidragande orsaker till utvecklingen är att större kliniker har bättre förutsättningar att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet, samt att kompetensförsörjningen kan vara svår att upprätthålla i glesbygdsområden.

I storstadsregioner ligger utmaningen istället i att det är ett stort antal födslar som ska fördelas mellan förlossningsklinikerna och att det periodvis blir fullt på vissa kliniker. Ibland måste patienter därför hänvisas till en annan förlossningsklinik än den som patienten har önskat och planerat att föda på.

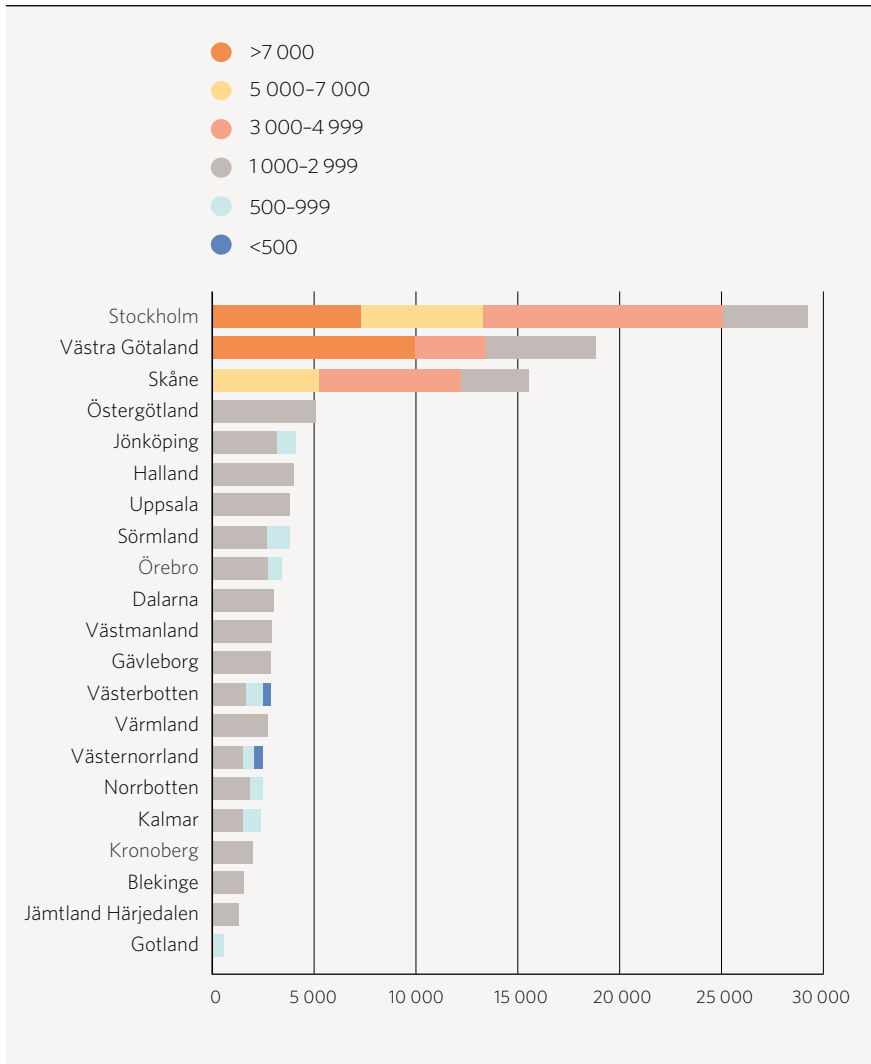
Förlossningsklinikerna varierar i storlek mellan drygt 300 och knappt 10 000 förlossningar per år

Sett till antalet förlossningar per år varierar förlossningsklinikernas storlek betydligt. Vid glesbygdskliniker, såsom Visby, Lycksele och Gällivare, sker runt 300–600 förlossningar varje år. Vid de stora förlossningsklinikerna sker runt 5 000–10 000 förlossningar varje år (se diagram 7). [22]

Hur landstingen har valt att organisera sina förlossningskliniker baserar sig emellertid inte enbart på antalet förlossningar eller storlek på upptagningsområde. I Västra Götaland har en stor del av förlossningsvården koncentrerats till ett stort sjukhus, medan det i Stockholm och Skåne finns ett antal mindre kliniker. Flera av de befolkningsmässigt små norrländska landstingen har ett flertal förlossningskliniker. Detta eftersom avstånden annars skulle bli för långa för patienterna. Några landsting med relativt stora upptagningsområden har istället bara en klinik, exempelvis Jämtland/Härjedalen, Dalarna och Värmland.

Not. 11. De nedlagda klinikerna sedan 2001 är: Kiruna och Kalix 2001, Piteå 2002, Lidköping 2003, Ljungby 2007, Mora 2009, BB Sophia Stockholm 2016, Mölndal och Sollefteå 2017.

DIAGRAM 7. Antal förlossningar 2014 per landsting och klinik



Not: Statistik från 2014. Antal förlossningar kan skilja sig från i dag. Statistiken innehåller också följande förlossningskliniker som sedan dess har stängts: Sollefteå, Södra BB och BB Sophia (Stockholm). Mölndal är inte inkluderad i Socialstyrelsens statistik.

Källa: Socialstyrelsen. [22]

Endast ett landsting erbjuder vårdval för förlossningsvård

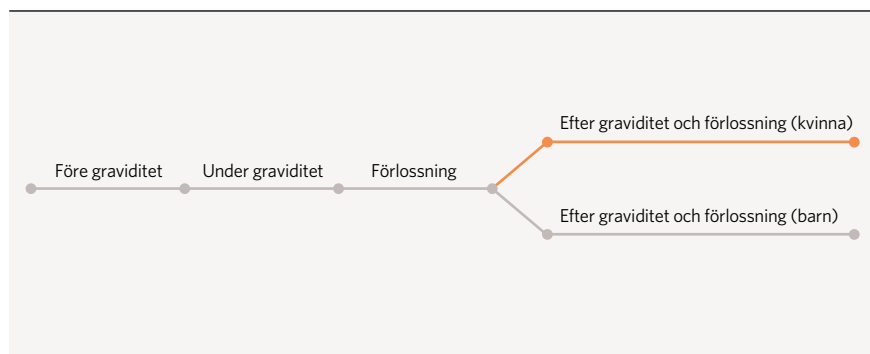
I Stockholms läns landsting, som har sex förlossningskliniker, finns vårdval för förlossning. Detta betyder att kvinnan själv får önska vilken förlossningsklinik hon ska föda på och att förlossningskliniker kan startas av privata aktörer. Valet av förlossningsklinik görs när den gravida kvinnan är i vecka 25. Om det är fullt på den klinik som valts när det är dags att föda blir hon hänvisad till en annan klinik inom eller utanför länet. [44]

Endast två landsting finansierar barnmorskor vid hemförlossning

I Sverige är det två landsting – Stockholm och Västerbotten – som finansierar hembesök av barnmorska för hemförlossning. Utöver villkoret att kvinnan ska vara omfödarska som tidigare fött vaginalt utan komplikationer så är det i Västerbotten ett villkor att den födande kvinnan ska bo inom en radie av tre mil från förlossningskliniken i Umeå [45]. Kvinnor som bor i andra landsting och som önskar hemförlossning får själva boka och betala för barnmorskor som erbjuder hemförlossningar genom privata företag.

Efter graviditet/förlossning (kvinna)

FIGUR 10. Vårdkedjan före, under och efter graviditet: efter graviditet/förlossning (kvinna)



Efter förlossningen finns ofta ett behov av stöd och information hos de nyblivna föräldrarna. Det kan också finnas behov av olika medicinska vårdåtgärder hos mamman eller barnet. Beroende på hur komplikationsfri graviditeten respektive förlossningen har varit och hur föräldrarna och barnet mår, kan vården se olika ut. Det gäller både dess insatser och hur länge dessa pågår samt involverade aktörer. Vården efter graviditet och förlossning skiljer sig till viss del både inom och mellan olika landsting.

Vårdens utbud och involverade aktörer

Förlossningskliniken har ansvaret för vården av kvinnan den första tiden efter förlossningen

Efter förlossningen flyttar kvinnan i regel till förlossningsklinikens BB-avdelning. Vissa sjukhus erbjuder så kallade patienthotell för kvinnor som har haft okomplicerade förlossningar och reserverar BB-avdelningen för de med större vårdbehov. De senaste decennierna har den tid som de nyblivna föräldrarna tillbringar på förlossningsklinikens BB-avdelning (eller numera, patienthotell) efter förlossning förkortats avsevärt. Sedan 1970-talet har den genomsnittliga vårdtiden för en normalförlossning utan komplikationer sjunkit från ungefär sex till två dygn. En del kvinnor går hem redan efter några timmar. Vid kejsarsnitt eller vid komplikationer är kvinnan kvar i snitt drygt tre dagar. [46]

Efter att kvinnan lämnat slutenvården har kvinnokliniken ansvar för uppföljning av kvinnan i ytterligare några dagar (i regel under barnets första levnadsvecka). Ansvaret under denna period omfattar exempelvis att svara på frågor och bistå med rådgivning, diagnostik, behandling eller kontroller. Det kan ske genom aktiv uppföljning efter hemgång, genom telefonsamtal, återbesök på sjukhuset, eller i vissa fall hembesök av en barnmorska.

Mödrahälsovården gör som regel en uppföljning av kvinnan efter ungefär två månader

Ungefär en vecka efter förlossningen övergår ansvaret för kvinnans hälsa från förlossningskliniken till mödrahälsovården. Mödrahälsovården ska alltid göra en uppföljning av kvinnan i form av ett eftervårdsbesök, vilket i normalfallet sker av den barnmorska som kvinnan träffade under graviditeten. I enlighet med det nationella medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård utförs besöket i normalfallet cirka 6–12 veckor efter förlossningen. Alla som fött barn erbjuds denna typ av eftervårdsbesök. Eftervårdsbesöket omfattar oftast ett samtal kring kvinnans fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande och förlossningsupplevelsen, samt ett samtal om samliv och preventivmedel. Vanligen ingår också instruktioner om knipövningar för att förebygga urininkontinens, och i de flesta fall erbjuds kvinnan en gynekologisk undersökning av en barnmorska med inspektion av slemhinnor och bristningar. [46]

Alla landsting har som rutin att erbjuda minst ett eftervårdsbesök. Ofta, men inte alltid, är det kvinnans eget ansvar att ta kontakt med mödrahälsovården för att boka in detta besök [46]. Besöket är i regel den första och enda kontakten mödrahälsovården har med kvinnan efter förlossningen. Utöver eftervårdsbesöket har inte mödrahälsovården i Sverige något uppdrag gentemot kvinnan efter förlossning. I Socialstyrelsens kunskapsstöd för mödrahälsovården beskrivs endast deras roll efter förlossning kort, och inga riktlinjer för uppföljning av kvinnans hälsa efter förlossning finns [47].

Barnhälsovården har också, förutom ansvar för uppföljning av det nyfödda barnets hälsa, ett uppdrag som inkluderar hälsofrämjande åtgärder för kvinnan. Barnhälsovården är en del av primärvården och gör alltid en uppföljning av det nyfödda barnets hälsa kort efter hemgång från förlossningen [48]. Utöver uppdraget att följa barnets hälsa har barnhälsovården även ett ansvar att bedriva ett hälsofrämjande arbete för de nyblivna föräldrarna. Det huvudsakliga uppdraget är emellertid att främja barnets hälsa, och uppdraget gentemot föräldrarna är därmed av mer indirekt karaktär. Detta arbete omfattar amningsstöd för kvinnan, stöd i föräldraskapet, rådgivning och förmedling av kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter, samt uppföljning och uppmärksammande av föräldrarnas psykiska hälsa. [48] Kvinnorna i de flesta landsting kan också vända sig till barnhälsovården för diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning. Uppföljning av kvinnans psykiska hälsa görs genom så kallad EPDS-screening¹². Socialstyrelsen rekommenderar att BVH inom 6–8 veckor efter förlossningen låter utföra en EPDS-screening av kvinnan [46].

Skillnader och likheter mellan landsting

Den vård som erbjuds vid förlossningsklinikerna efter förlossning är utformad på olika sätt

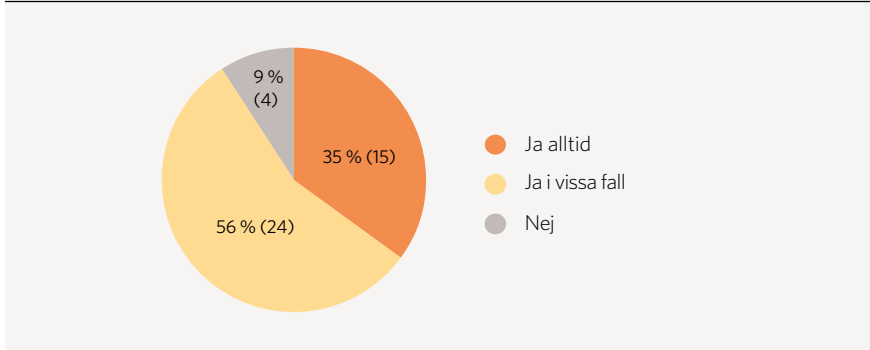
Den genomsnittliga vårdtiden på BB/patienthotell skiljer sig mellan landsting. I Uppsala stannar en förstföderska vid vaginal förlossning utan komplikationer i genomsnitt 6–12 timmar på förlossningsklinikens BB-avdelning. Motsvarande patient i Blekinge stannar istället i två till tre dygn. Inom de flesta landsting varierar också vårdtiden mellan olika kliniker. [3]

En organisatorisk faktor som påverkar vårdtiderna på förlossningsklinikens BB-avdelning är tillgängligheten till vårdplatser. Eftersom det rekommenderas att barnet genomgår en barnläkarundersökning innan familjen får gå hem har även tillgången till barnläkare betydelse. Vissa förlossningskliniker strävar även efter att ersätta längre vårdtider på BB med andra typer av vårdinsatser, såsom BB-vård av familjen i hemmet. Vissa sjukhus kallar detta för ”tidig hemgång”. Andra benämningar är ”BB-hemma” eller ”BB på väg”. BB-vård i hemmet erbjuds i de fall kvinnans och barnets medicinska behov bedöms kunna tillfredsställas i hemmet. Hemgång kan då ske ungefär 6–12 timmar efter förlossning och uppföljning från förlossningskliniken görs då ofta i form av återbesök eller telefonsamtal. Tanken är att nyförlösta kvinnor inte ska vårdas inom slutenvården längre än vad de behöver – bland annat för att inte i onödan riskeras att utsättas för vårdrelaterade infektioner på sjukhuset.

Not. 12. Edinburgh Postnatal Depression Scale; EDPS-screening är ett självskattningsformulär som syftar till att identifiera symptom på depression samt ge underlag för en psykosocial bedömning.

Generellt finns emellertid betydande skillnader mellan förlossningsklinikerna när det kommer till i vilken omfattning och på vilket sätt en aktiv uppföljning av familjens hälsa görs efter hemgång under barnets första levnadsvecka (se diagram 8). Endast en dryg tredjedel av klinikerna anger att de alltid gör någon form av uppföljning efter hemgång. I de fall uppföljning görs, sker det oftast i form av ett telefonsamtal eller ett besök på kliniken. [46]

DIAGRAM 8. Förlossningsklinikers svar på Socialstyrelsens enkätfråga "Följer ni upp kvinnornas hälsa efter hemgång?", år 2016



Not: Mätperiod oktober 2016. 43 av 46 dåvarande förlossningskliniker svarade på Socialstyrelsens enkät.

Källa: Socialstyrelsen. [46]

Vårdutbudet efter graviditet och förlossning varierar mellan kvinnoklinikerna, liksom rutiner för särskilt riktade insatser

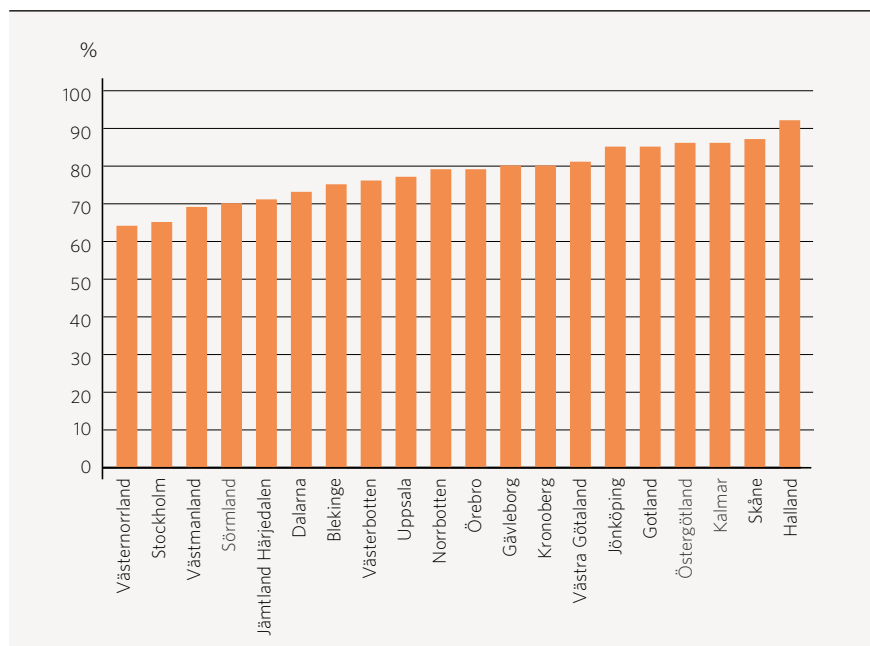
Kvinnoklinikerna erbjuder ibland uppföljande behandling av bäckenbottenbristningar av grad III och IV. En del sjukhus har för detta ändamål en multidisciplinär avdelning med särskild utbildning inom gynekologi och kirurgi för behandling av urin- och analinkontinens. Inom vissa landsting bland finns särskilda amningsmottagningar knutna till kvinnokliniken, som kan bistå med hjälp och stöd kring amningen.

Utövervariationer i vad som erbjuds patienterna finns även skillnader mellan landstingen i rutiner för riktade insatser till patienter med behov av förstärkt stöd. Bland annat skiljer sig rutinerna för identifiering och hantering av psykisk ohälsa och negativ förlossningsupplevelse åt [46].

Andelen kvinnor som fångas upp av mödrahälsovårdens eftervårds kontroll varierar liksom besökets innehåll

Enligt statistik från Graviditetsregistret [20], kom drygt tre av fyra nyförlösta kvinnor till eftervårdsbesöket på mödrahälsovården under år 2016. Variationerna mellan landstingen var betydande, där den lägsta andelen var 64 och den högsta 92 procent (se diagram 9). Intervjuade verksamhets- och professionsföreträdare betonar värdet av eftervårdsbesöket och att man under graviditeten försöker uppmuntra kvinnan att komma till detta.

DIAGRAM 9. Andel kvinnor som kom på eftervårds kontroll, i procent per landsting år 2016



Not: Alla landsting rapporterar inte all statistik till Graviditetsregistret.

Källa: Graviditetsregistret. [20]

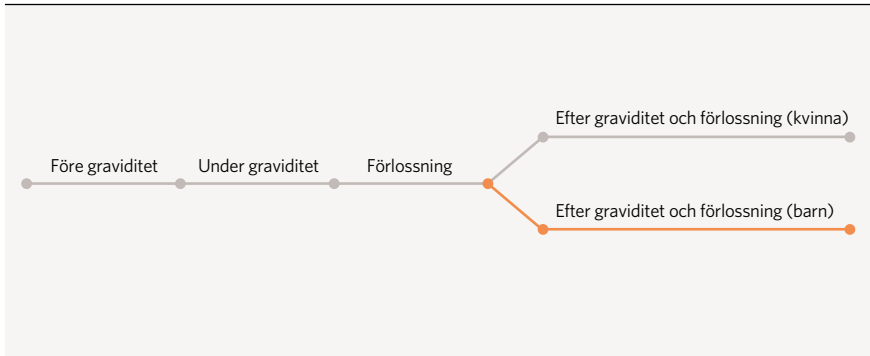
Eftervårdsbesöket omfattas av basprogrammet inom mödrahälsovården, men många landsting saknar övergripande riktlinjer för besöksinnehållet. Socialstyrelsens kartläggning på området har visat att endast drygt hälften utförde mätning av BMI, medan samtliga angav att de förde samtal om kvinnans psykiska och fysiska välbefinnande, förlossningsupplevelsen, samt om samliv och preventivmedel [46]. Kartläggningen visade även att det i de flesta fall fanns riktlinjer för en gynekologisk undersökning med inspektion av slemhinnor och bristningar, liksom en utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga.

Barnhälsovårdens stöd till föräldrarna varierar

Frekvensen och tidsplaneringen för besök av barnhälsovården styrs av nationella basprogram, och hembesök erbjuds alltid. Vilka insatser som erbjuds vid dessa besök varierar emellertid något över landet. Bara i ungefär hälften av landstingen får BVC-sjuksköterskorna träning i att använda EPDS¹³. Rutiner för EPDS till kvinnans partner är relativt sällsynt. Några landsting erbjuder inte diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer vid amning genom barnhälsovården. [46]

Efter graviditet/förlossning (barn)

FIGUR 11. Vårdkedjan före, under och efter graviditet: efter graviditet/förlossning (barn)



Den första tiden efter att barnet fötts ansvarar slutenvården för barnets hälsa. Om alla medicinska värden är goda kan familjen gå hem. En vecka efter förlossningen tar barnhälsovården över huvudansvaret för det nyfödda barnet. Detta fortsätter sedan fram till barnet är sex år.

Vårdens utbud och involverade aktörer

Kvinnokliniken har ansvar för barnet i en vecka efter förlossningen

Kvinnokliniken ansvarar i normalfallet för barnets hälsa under en vecka efter förlossningen. Enligt framtagna rekommendationer för förlossningsvården ska barnet under denna tid genomgå en hälsoundersökning av barnläkare där screening av olika sjukdomar och avvikelser utförs. Beroende på när hemgång sker, ställs olika krav på undersökningens innehåll. Om hemgång sker tidigare än 24 timmar ska symtom för sjukdomar och tillstånd som kan uppstå under första levnadsveckan ha undersökts. Om denna typ av risker då identifieras, ska ytterligare en barnläkarundersökning göras innan barnet skrivs ut till barnhälsovården. [49]

Not. 13. Edinburgh Postnatal Depression Scale; EDPS-screening är ett självskattningsformulär som syftar till att identifiera symptom på depression samt ge underlag för en psykosocial bedömning.

Neonatalvården tar hand om barnet vid behov

Om komplikationer uppstår eller om barnet har fötts tidigt krävs specialiserad slutenvård, så kallad neonatalvård, av det nyfödda barnet. Ungefär vart tionde nyfött barn vårdas på neonatalavdelningar, varav en tredjedel är där på grund av tidig födsel. I de fall neonatalvård blir aktuellt eftersträvas samvård av förälder och barn under vårdtiden. [50]

Efter en vecka tar barnhälsovården över ansvaret för uppföljning av det nyfödda barnets hälsa

När barnet är en vecka gammalt övergår ansvaret för uppföljning av barnets hälsa till barnhälsovården. Barnhälsovården erbjuds genom barnavårdscentraler (BVC) som är en del av primärvården. BVC bemannas av sjuksköterskor (vanligtvis specialistutbildade) och har enligt Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården [48] som huvuduppgift att ”bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.”

I samband med att kvinnan och barnet lämnar BB för hemgång, aviseras i regel BVC. BVC tar då en kontakt med föräldrarna och gör en uppföljning av det nyfödda barnets hälsa efter hemgång. Denna uppföljning sker genom ett hembesök av en sjuksköterska, och det äger normalt sett rum inom två veckor efter födseln. Efter det inledande besöket gör föräldrarna sedan regelbundna besök på BVC. Där har föräldrarna även möjlighet att komma i kontakt med andra som nyligen har fött barn, och att dela sina erfarenheter i föräldragrupper. [46] [48]

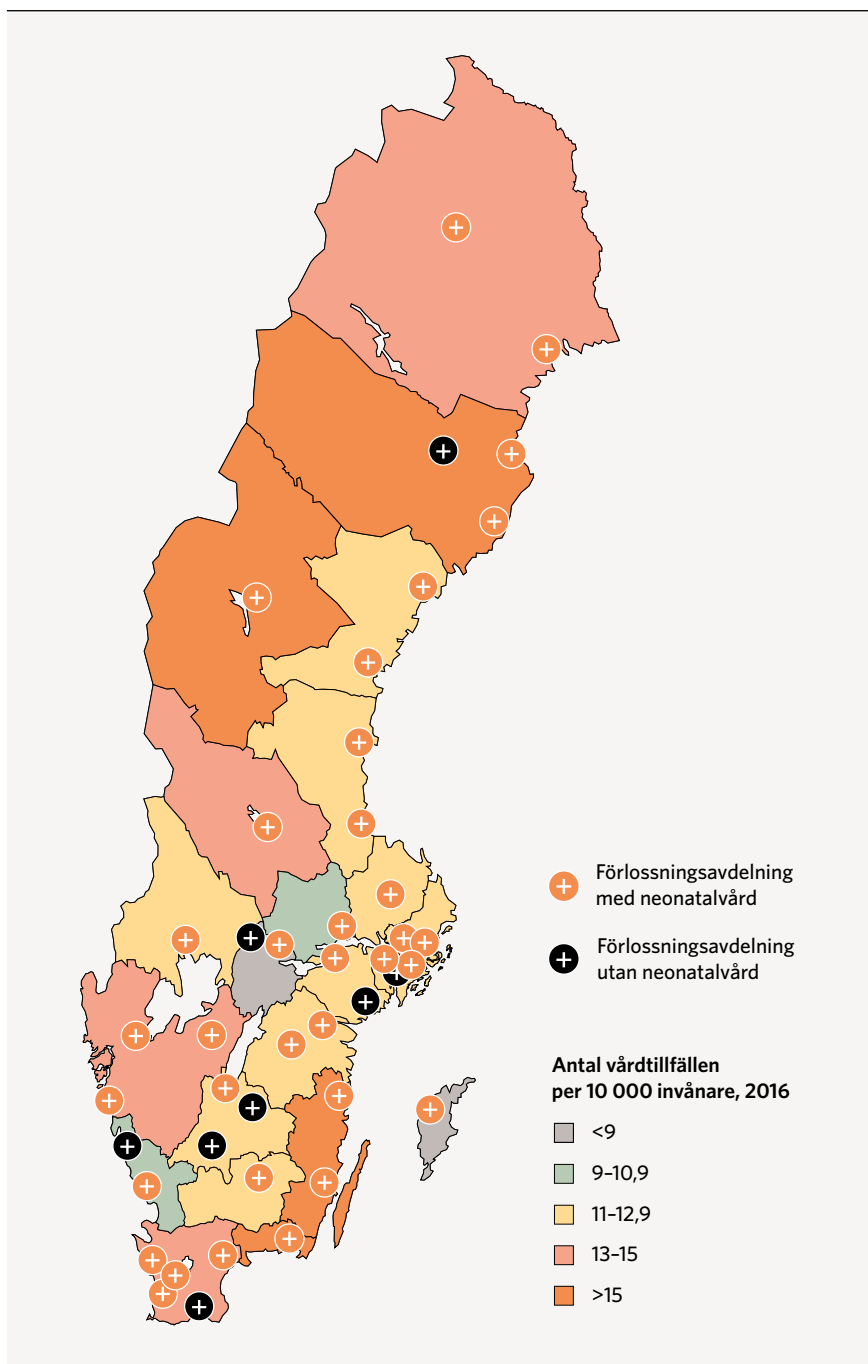
Eftersom uppväxtmiljön är tätt kopplad till familjesituationen ingår det i Barnhälsovårdens uppdrag att vara uppmärksam på förhållanden i familjens närmiljö och att främja hälsosamma familjerelationer. Barnhälsovården har på så vis ett ansvar att se till såväl föräldrarnas som barnets situation, och gör därför insatser riktade både till barnen och föräldrarna. [48]

Skillnader och likheter mellan landstingen

Sverige har 37 neonatalavdelningar som har betydande variationer i antal vårddygn och vårdtillfällen

Av Sveriges 45 förlossningskliniker har 37 en avdelning för neonatalvård (se figur 12). Regionkliniker utför betydligt mer vård än övriga sjukhus. Dels för att de i regel är större än andra sjukhus, dels för att de bedriver mer specialiserad vård. Den största neonatalvårdsavdelningen hade under 2015 över 11 000 vårddygn, medan den minsta hade drygt 300 vårddygn. År 2016 varierade antal vårdtillfällen mellan drygt 2 500 (Stockholm) och 50 (Gotland). [51]

FIGUR 12. Geografisk fördelning av neonatalvårdsavdelningarna i Sverige



Källa: SNQ årsrapport 2016. [51]

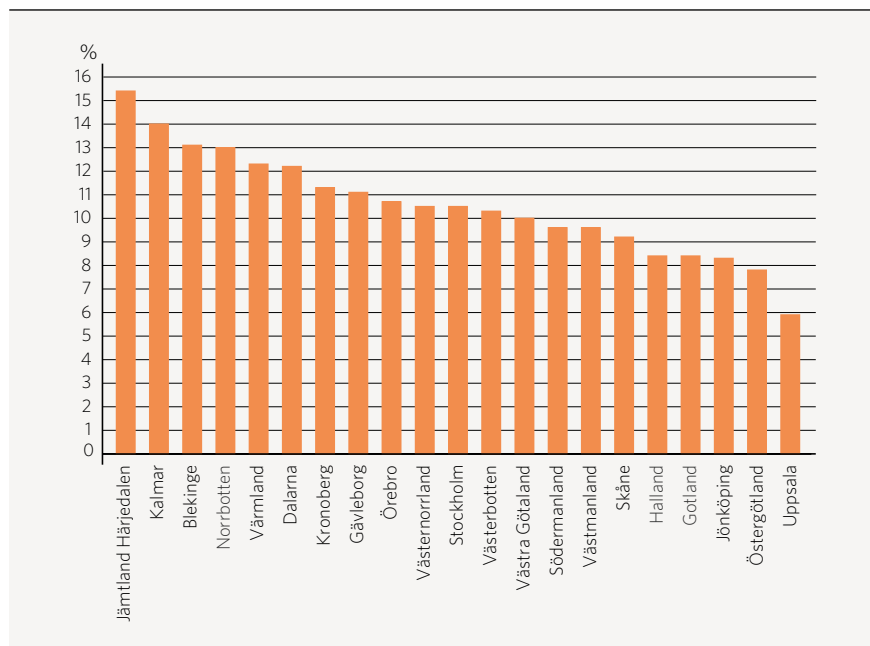
En anledning till att neonatalavdelning inte finns på samtliga förlossningskliniker är att endast en liten andel av alla nyfödda barn har behov av neonatalvård. Det krävs därmed ett relativt stort antal födselar för att få patientunderlag för en neonatalavdelning. De kliniker som saknar neonatalvård hänvisar födande med ökad komplikationsrisk till de kliniker som kan behandla komplicerade förlossningar. Södertälje sjukhus och Ystads lasarett är exempel på förlossningskliniker utan neonatalvård. De ligger geografiskt nära större kliniker dit man hänvisar för neonatalvård.

För att säkerställa patientsäkerheten har dock alla landsting minst en neonatalvårdsavdelning. De flesta landsbygdssjukhus har neonatalvård, eftersom det annars skulle krävas långa transporter i kritiska skeden. Exempel på små förlossningskliniker med neonatalvårdsavdelning är Gällivare och Visby.

Neonatalvårdens utformning varierar mellan landstingen

Andelen nyfödda som får neonatalvård varierar. Under 2015 varierade andelen mellan sex och 15 procent mellan landstingen (se diagram 10). Genomsnittet i Sverige var tio procent. [52]

DIAGRAM 10. Andel barn inlagda på neonatalavdelning, i procent per hemlän år 2015



Not: Till nyföddhetsperioden räknas de första 28 dagarna.

Källa: SNQ årsrapport 2015. [52]

Variationen kan ha flera olika förklaringar. Landstingens olika geografiska förutsättningar gör exempelvis att hänsyn till resvägar behöver tas; ett till ytan stort landsting kan välja att behålla ett sjukt barn något längre för säkerhets skull. En annan tänkbar förklaring kan kopplas till personalsammansättning och kompetens på BB. På de platser där personalen på BB-avdelningen är mindre erfaren, ansvarar neonatalvården för de barn som i andra landsting skulle ha vårdats på BB. Ytterligare förklaringar kan vara olika tillgång till neonatalvårdsplatser, under-/överrapportering till registret eller varierande sjuklighet i till exempel neonatala infektioner.

Ännu en skillnad mellan de olika neonatalvårdsavdelningarna i landet är möjligheten till samvård av familjen. Vissa kliniker är utformade på ett sådant sätt att samvård alltid kan erbjudas, medan andra kliniker inte har praktisk möjlighet till detta. Många gånger är lokalernas utformning den begränsande faktorn.

... and after birth
... transition phase



Fika 25 kr/person

Swish

- hur mycket ska vi ut
to drink?
- hur ska man röra?

• Högskolan

- hur viktigt är det
att vara följande

• att vara...

Attensavgan

kar

ing



Förbättringsområden ur ett patientperspektiv

I detta kapitel redovisas identifierade förbättringsområden för vården före, under och efter graviditet. Dessa har grupperats och presenteras utifrån de fem kvalitetsdimensioner av patientcentrerad vård som ingår i analysramverket; se översiktlig sammanställning nedan (tabell 2).

Informationen till patienter kan utvecklas till form och innehåll

Information är en viktig dimension av vården och ofta en förutsättning för delaktighet och trygghet. Det gäller inte minst före, under och efter en graviditet då kvinnan (och hennes partner) ställs inför många val och beslut, och ibland även situationer som kan vara skrämmande om man inte förstår vad det är som händer eller varför. Det är också viktigt att informationsutbytet är ömsesidigt, det vill säga att man från vårdens sida lyssnar, ställer frågor och försäkrar sig om att den blivande eller nyblivna föräldern har uppfattat och förstått informationen.

Kartläggningen visar att informationen som ges före, under och efter graviditet i flera avseenden kan förbättras:

- › Vårdens informationskanaler kan bli mer anpassade till patienternas behov och preferenser
- › Informationen riskerar ibland att skapa fel förväntningar och är inte alltid samstämmig
- › Informationen behöver ges vid rätt tillfälle

TABELL 2. Identifierade förbättringsområden inom ramen för analysramverket

Information till patienter kan utvecklas till form och innehåll	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vårdens informationskanaler kan bli mer anpassade till patienternas behov och preferenser ➤ Informationen riskerar ibland att skapa fel förväntningar och är inte alltid samstämmig ➤ Informationen behöver ges vid rätt tillfälle
Samordningen och kontinuiteten kan stärkas både mellan olika utförare och inom vårdkedjan	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunikationen och informationsöverföringen kan förbättras ➤ Vårdkedjan försvagas ofta vid eftervården ➤ Vårdstrukturer med många aktörer kan försvåra samverkan och kontinuitet
Förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardiserade arbetssätt och rutiner behöver lämna utrymme för flexibilitet ➤ Viktigt med tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vården utifrån olika behov och förutsättningar ➤ Organiserade faktorer kan påverka förutsättningarna för ett gott patientbemötande
Patienternas icke-medicinska behov kan tillgodoses i högre utsträckning	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Icke-medicinska behov kan uppmärksammas och prioriteras ännu mer ➤ Viktigt med tydlighet kring vårdens uppdrag
Involveringen och bemötandet av partners och närstående kan bli ännu bättre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kunskap och rutiner kan utvecklas för att bättre bemöta varierande preferenser och förutsättningar ➤ Partners och närståendes närvaro förutsätter att det finns praktiska förutsättningar

Vårdens informationskanaler kan bli mer anpassade till patienternas behov och preferenser

Information blir värdeskapande först när den når sin mottagare. Med andra ord måste informationen tillgängliggöras så att alla som behöver den kan ta del av den och förstå den.

Vid intervjuerna uppger både patienter och verksamhetsföreträdare att en stor del av vårdens information endast förmedlas muntligt eller via broschyrer. Muntlig information är lätt att glömma eller komma ihåg fel, och broschyrer tenderar att förbli olästa eller tappas bort. Det är också en återkommande kommentar att information från vården inte är tydligt samlad på ett ställe och enkelt tillgänglig för alla. Vissa pekar även på att vårdens informationskanaler inte har utvecklats i takt med att allt fler söker information och interagerar med andra på internet. En bidragande förklaring som nämns är

att patienterna själva sällan eller i obefintlig utsträckning har involverats i utformningen. Konsekvensen blir många gånger att information inhämtas från källor som inte är faktagranskade och att informationen är felaktig eller svårtolkad. Detta ställer i sin tur ökade krav på vården att komplettera och i vissa fall kvalitetssäkra patienters egen informationsinhämtning. Många gånger upplever vårdpersonal att det är svårt att ”tränga igenom” informationsflödet för att ge patienter korrekt och ändamålsenlig information.

”Föräldrar frågar ofta ’varför fick vi inte reda på det här?’, fast det ingick i materialet de fått men inte läst.”

Verksamhetsföreträdare

En del patienter upplever också att möjligheterna att kommunicera med vården är alltför begränsade. De efterlyser en telefonlinje, en chattfunktion eller ett meddelandeforum för att komma i kontakt med exempelvis en barnmorska att ställa frågor till. Möjlighet till direktkontakt skulle enligt flera intervjupersoner också innebära ökad trygghet.

Eftersom patienterna är personer med vitt skilda förutsättningar måste vården också kunna erbjuda särskilt anpassad informationsöverföring. Flera respondenterna påpekar att personer med synnedsättning eller lässvårigheter kan ha svårt att tillgodogöra sig informationen då en stor del av den är skriftlig. På vissa ställen erbjuds bildspel eller videomaterial, men sådana alternativ är inte nationellt utbredda. Det uppfattas också som en brist att en del av informationen på 1177 Vårdguiden endast ges på svenska. I tillägg råder det en utbredd tolkbrist i Sverige.

Informationen riskerar ibland att skapa fel förväntningar och är inte alltid samstämmig

Informationen från vården måste vara korrekt och ge en realistisk bild av vad patienten kan förvänta sig, vilka situationer som kan uppstå och hur de kan hanteras (av vården eller patienten själv).

Flera av de intervjuade patienterna upplever att innehållet i den information som förmedlas från vården, framför allt under graviditeten, i hög grad är utformad i syfte att ”lugna och skydda”. Detta gäller både medicinsk och praktisk information. Det är också en uppfattning att informationen bör kompletteras så att den inte enbart beskriver ett normalförlopp. Flera kvinnor med erfarenhet av svåra förlossningar menar att om de på förhand fått information om möjliga komplikationer och hur dessa i regel hanteras, så hade deras upplevelse överlag blivit bättre och inte lika skrämmande.

Ett annat problem som tas upp vid intervjuerna är att vårdens information och rådgivning inte alltid är samstämmig. Motstridig eller otydlig information riskerar att skapa osäkerhet, särskilt när kvinnan är förstföderska och mån om att göra sitt bästa för det nyfödda barnet. Återkommande exempel rör information eller råd om amning och smärtlindring vid förlossning. En förklaring kan vara att olika professioner har olika synsätt. Exempelvis uppfattar vissa av de intervjuade att barnmorskor generellt sett är mer restriktiva till epiduralbedövning vid förlossning jämfört med förlossningsläkare. Ett annat exempel är motstridiga råd om amning. Brist på samstämmighet kan också bero på att olika aktörer har olika uppdrag. Exempelvis är det företräddelsevis barnsjuksköterskor med primärt fokus på barnet som arbetar inom barnhälsovården, medan mödrahälsovården och BB-avdelningar främst bemannas av barnmorskor som i huvudsak fokuserar på kvinnans behov.

”Jag fick rådet att ge mitt barn napp. Sen kom det någon annan och sa att sådär ska du absolut inte göra. Man är ju så rädd för att göra fel, och man lyssnar ju på alla.”

Patient

”Telefonbarnmorskan gav mig råd om amningen, men på BVC sa de något helt annat och då blev jag jätterädd att jag hade gjort fel. Jag visste inte vem jag skulle lita på.”

Patient

PATIENTBERÄTTELSE: ”Mitt kejsarsnitt kom som en jättechock”

Under graviditeten, när jag gick på kontroller hos mödravården och var på olika förberedande föreläsningar, handlade informationen mest om 'normalförloppet' av en förlossning och jag kan inte minnas att någon pratade om kejsarsnitt. Under förlossningen fick jag jättebra hjälp och stöd av en barnmorska, men när bebisen inte kom ut blev de tvungna att göra ett akut kejsarsnitt. Jag var inte alls förberedd på att detta skulle kunna hända och det kom som en jättechock. Först i efterhand har jag förstått att det är ganska vanligt med akuta kejsarsnitt. Jag önskar att jag under graviditeten hade fått information om dels när man behöver göra snitt och varför, och dels hur vanligt det är att man gör det. På så vis hade jag kunnat förbereda mig på att det kunde hända och jag tror inte det hade blivit lika jobbigt för mig.

Efter förlossningen hade jag ett stort behov av att prata igenom det som hänt med personalen, men jag var för utmattad för att ta initiativ till detta. Min man förstod dock att jag behövde det och det var tack vare honom som vi tog upp det med personalen på BB. Det blev ett bra samtal och nu i efterhand känner jag att det var bra att vi gjorde det.



Informationen behöver ges vid rätt tillfälle

Tidpunkten är avgörande för att informationen ska nå fram – ges den för tidigt kan den glömmas bort eller gå förlorad och ges den för sent är den inte längre hjälpsam.

Att välja rätt tidpunkt för att delge information kan ibland vara en balansgång. Exempelvis är tiden direkt efter förlossning ofta förknippad med ett stort informationsbehov hos de nyblivna föräldrarna. Samtidigt kan det under de omständigheter som en förlossning innebär vara svårt att ta till sig en stor mängd information. Viss information kan med fördel hellre ges i förväg.

Flera intervjuade föräldrar tar också upp att det stora fokuset på barnet efter förlossningen kan göra att eventuella komplikationer hos kvinnan inte utreds eller omhändertas. Dessa kvinnors erfarenhet är att de inte fick tillräcklig information om sitt eget tillstånd. Vissa uppger att de inte heller visste vart de skulle vända sig för stöd eller frågor efter hemgång från förlossningen.

Ett annat återkommande exempel är att gravida kvinnor inte i tillräckligt god tid, eller i tillräcklig utsträckning, informeras om att de på grund av platsbrist kan bli hänvisade till en annan förlossningsklinik än den de önskat eller först vänt sig till då det är dags att föda. I intervjuerna beskriver vårdpersonal att det kan vara mycket svårt att återskapa tilliten hos patienter som blivit hänvisade till en annan förlossningsklinik nära inpå förlossningen, utan att de varit förberedda detta.

PATIENTBERÄTTELSE: "Jag visste inte att jag hade kunnat bli hänvisad till en annan klinik"

När jag kom in på förlossningen sa de att vi fick den sista platsen och om vi hade väntat längre hade vi fått åka till en annan klinik flera mil bort. Då fick jag lite panik över att jag inte hört något om detta tidigare. Jag var så oerhört förberedd på att få föda här, och det hade varit jättejobbigt att åka någon annanstans. När man är mitt uppe i värbetet vill man inte höra att det hade kunnat bli så.

Det hade varit mycket bättre om mödravården hade berättat att det fanns risk att bli hänvisad och gett information om vad som händer då, för då hade jag kunnat förbereda mig på det. Får man reda på det tidigt kan man hantera informationen bättre än om man får informationen precis när man ska föda.

Samordningen och kontinuiteten kan stärkas både mellan och inom olika delar av vårdkedjan

Ur ett patientperspektiv kan vårdens samordning och kontinuitet ha stor betydelse både för det medicinska utfallet och den egna upplevelsen. Detta gäller alla patienter men kan vara särskilt viktigt för kvinnor med behov av förstärkt stöd före, under och/eller efter graviditet, exempelvis kvinnor med förlossningsrädsla eller beroendeproblematik. Samverkan och kontinuitet kan också skapa förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och en ökad arbetstillfredsställelse hos professionerna.

Vår kartläggning visar att samordningen och kontinuiteten i vårdkedjan före, under och efter graviditet kan stärkas i flera avseenden:

- › Kommunikationen och informationsöverföringen kan förbättras
- › Vårdkedjan försvagas ofta vid eftervården
- › Vårdstrukturer med många aktörer kan försvåra samverkan och kontinuitet

Kommunikationen och informationsöverföringen kan förbättras

God vård före, under och efter graviditet förutsätter att vårdpersonalen inom varje del av vårdkedjan har tillgång till relevant information om patientens vårdhistorik. Det innebär att det behöver finnas välfungerande journalsystem som möjliggör informationsöverföring mellan de olika aktörerna.

I den tidiga delen av vårdkedjan, det vill säga inom mödrahälsovården och slutenvården (förlossningskliniken), har aktörerna i princip alltid delade journalsystem vilket gör att de har tillgång till samma information om patienterna. Trots det har flera av de intervjuade kvinnorna upplevt att informationsöverföringen brustit vid övergången mellan mödrahälsovården och förlossningen. Som exempel nämner flera att de haft en nära nära dialog med sin barnmorska under en förhållandevis lång tid i mödrahälsovården, men att all den informationen måste återupprepas vid kontakt med förlossningskliniken. I detta sammanhang går det att peka på värdet av en vårdplan som skapats tillsammans med patienten under graviditeten utifrån hennes aktuella behov, och som sammanfattar den viktigaste informationen.

”Om koordinatorn hade vetat vem jag var tror jag inte att jag hade fått samma råd under vårkarbetet. Hade hon känt mig hade hon vetat att jag inte hade ringt i onödan. Alla skriker ju inte i telefon bara för att det gör ont.”

Patient

Flera intervjuade föräldrar tar upp att de hade önskat en bättre övergång mellan förlossningskliniken och BB. De beskriver både tydliga kulturella skillnader samt brister i kommunikationen mellan sjukhusets olika vårdenheter. En del tillägger också att de hade högre förväntningar på övergången från just förlossning till BB, jämfört med den från mödrahälsovården till förlossningskliniken. I det senare fallet finns ofta overseende med att viss information behöver upprepas för vårdpersonalen.

Vad gäller överföringen av information till barnhälsovården från övriga vårdaktörer så finns det i de flesta fall rutiner för att säkerställa att barnhälsovården har tillgång till utvalda delar av journalerna, men på vissa håll omfattar detta endast utskrivna papperskopior. Även graden av informationsöverföring mellan IVF-klinikerna och mödrahälsovården varierar över landet.

”Vi på BVC får en papperskopia på delar av journalen, och får inte ta del av uppdateringar.”

Medarbetare

PATIENTBERÄTTELSE: "Glappet i vårdkedjan var mellan förlossning och BB"

Det största glappet i vårdkedjan var mellan förlossning och BB. Dels förmedlades det inte till BB-personalen att jag hade haft en väldigt jobbig förlossning och det var ingen där som riktigt frågade hur jag mådde. Det var också stor skillnad mellan avdelningarna i hur jag blev behandlad. På BB blev jag inte sedd som en patient – trots att jag hade ont, att jag hade varit med om något stort och omvälvande, och att jag inte var i min hemmamiljö. Det var inte heller riktigt någon på BB som visade mig tillrätta och såg till att jag hade det jag behövde.

PATIENTBERÄTTELSE: "Alla svarade bara på frågor som rörde deras eget område, men som patient vet jag ju inte vem som gör vad"

Efter kejsarsnittet fick jag en infektion och blev behandlad av infektionsläkare under tiden jag vårdades på BB. Jag upplevde att personalen från de olika vårdavdelningarna inte kommunicerade med varandra, och alla svarade bara på saker som rörde deras eget område. Som patient vet jag ju inte vem som gör vad och man känner sig lätt dum.

Vårdkedjan försvagas ofta vid eftervården

En fungerande vårdkedja innebär att vården följer upp och vid behov riktar insatser mot kvinnan och barnet även efter förlossningen. Annars finns risk att vissa problem inte fångas upp och behandlas, och/eller att patienten söker vård på fel vårdnivå.

Trots en rad framgångsrika utvecklingsarbeten för att öka vårdpersonalens kunskaper kring hur förlossningsskador kan förebyggas, identifieras, diagnostiseras och behandlas finns fortfarande en del brister i rutinerna. I Socialstyrelsens kartläggning [46] av vården efter förlossning framkom att var femte förlossningsklinik saknade skriftliga rutiner för diagnostisering och behandling av bristningar av grad III och IV. Det framkom även att var tionde mödrahälsovårdscentral saknade riktlinjer för gynekologisk undersökning med utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga vid eftervårdsbesöket. Dessa resultat är i linje med Socialstyrelsens iakttagelser. Bland annat uppger flertalet av de intervjuade patienterna att de vid eftervårdsbesöket inte tillfrågades om förlossningsskador och eventuella konsekvenser av dessa. Eftersom många kvinnor inte tar upp sådant på eget initiativ finns det därmed risk för att vissa skador inte fångas upp och behandlas. Det är också väl känt att denna typ av skador, om de inte behandlas i relativt nära anslutning till förlossningen, kan ge upphov till andra besvär senare i livet som då kan vara ännu svårare att identifiera och åtgärda.

”På efterkontrollen är det viktigt att de frågar kvinnan om tre saker: Hur fungerar det med kiss, bajs och sex? Om barnmorskorna inte frågar direkt om detta, så kommer de inte att få svar på dessa saker.”

Patientföreträdare

Flera kvinnor lyfter även att icke-medicinska behov, såsom oro eller nedstämdhet, inte alltid fångas upp efter förlossning. Barnhälsovården gör hembesök efter hemgång, men trots att deras uppdrag även omfattar föräldrarna så riktas huvudsakligen uppmärksamhet ofta mot barnet. Många gånger finns ett behov hos mamman att prata med en person som helt och hållet fokuserar på henne.

Bristande uppföljning kan också leda till att kvinnan söker vård på fel vårdnivå. Under 2013 besökte 12 procent av de nyförlösta kvinnorna en akutmottagning inom 30 dagar efter förlossningen med anledning av förlossningsrelaterade skador [53]. Flera sakkunniga menar att en stor del av dessa akuta besök hade kunnat undvikas om besvären fångats upp tidigare.

En förklaring till ovanstående brister, som nämns av flera verksamhets- och professionsföreträdare, är avsaknaden av en instans med tidig uppföljande roll gentemot kvinnan. Mödrahälsovårdens mål är att identifiera och förebygga ohälsa under och strax efter graviditeten, men vad gäller det senare så är eftervårdsbesöket det enda tillfälle som ger möjlighet till detta. Både patienter och vårdpersonal anser att detta besök både kommer för sent och är otillräckligt.

”Eftervården är idag obefintlig. Jag tror att man måste tänka utifrån ett kvinnoperspektiv, att vården måste finnas där när den faktiskt behövs. Det räcker inte alltid att bara vara glad över att ha överlevt.”

Patientföreträdare

”Många föräldrar vet inte var de ska vända sig i icke-akuta fall.”

Verksamhetsföreträdare

PATIENTBERÄTTELSE: ”Det var inget fokus på mig efter att barnet hade kommit - och jag hade ju inte heller fokus på mig”

På BB frågade de om jag ville att de skulle göra en kontroll av mig. Men jag sa nej, för jag hade fullt fokus på min son. Hade de istället sagt att 'vi har som rutin att göra det här', så hade jag gått med på det. Men det kändes inte som att det var någon som hade riktigt fokus på mig, och jag hade ju inte heller det för jag hade ju ett barn att ta hand om. Jag fick aldrig någon information om förlossningsskador. Jag vet fortfarande inte om jag sprack. När jag frågade på eftervårdskontrollen sa de att jag får söka vård på vårdcentralen. Men det har jag inte prioriterat, för så illa är det ju inte.

PATIENTBERÄTTELSE: "Om någon hade ställt rätt frågor hade jag inte kunnat hålla uppe fasaden"

Jag mådde skit efter förlossningen. Jag kände ingen anknytning till mitt barn, och kände samtidigt en sådan skuld för att jag inte hade de känslor som jag hade föreställt mig att jag skulle ha. För mig tog det flera veckor att få en anknytning.

Tiden efter förlossningen hade jag behövt bli sedd av någon inom vården. Jag vet att jag fick en enkät på ett besök på BVC med frågor om förlossningsdepressioner, men jag kände inte att jag kunde och ville vara helt ärlig. Trots att jag mådde dåligt vågade jag inte erkänna det. Jag hade behövt någon som satt sig ner för att prata med mig – om någon hade gjort det och ställt rätt frågor, så hade jag inte kunnat hålla uppe fasaden. Den enda som märkte att jag inte mådde bra var min man. Utan honom hade det kunnat gå åt pipan på riktigt.

Vårdstrukturer med många aktörer kan försvåra samverkan och kontinuitet

Vårdkedjan före, under och efter graviditet inkluderar många olika aktörer med skilda organisatoriska tillhörigheter. En sammanhållen vårdkedja förutsätter en fungerande samverkan mellan olika verksamheter.

Som framgår i kapitel 2 omfattas mödrahälsovården i vissa landsting av grunduppdraget för primärvården och därmed av vårdval. Flera verksamhets- och professionsföreträdare som är verksamma inom landsting med många olika privata och offentliga aktörer inom mödrahälsovården och barnhälsovården, framhåller att en sådan vårdstruktur kan försvåra samordningen och att avståndet mellan mödrahälsovården och förlossningsvården har blivit längre. Bland annat är det svårt att ta fram gemensamma rutiner samt att bedriva samarbeten kring vårdutförande och gemensamt utvecklingsarbete, exempelvis när insatser måste genomföras och/eller följas upp i olika steg i vårdkedjan. Ibland finns fungerande samverkansstrukturer på högre ledningsnivå men verksamhetsföreträdare med erfarenhet av detta framhåller att även om det är värdefullt att träffas och föra dialog så är det svårt att uppnå konkreta effekter av detta på verksamhetsnivå. Samtidigt lyfter många vårdvalets positiva effekter, bland annat att det har bidragit till tydligare kvalitetskrav och höjd servicenivå, i såväl offentlig som privat regi. Det finns en lång rad utvärderingar av vårdvalets effekter inom primärvården som helhet som visar på såväl positiva som negativa effekter (se till exempel [54] [55] [56]). Studier av vårdvalets effekter specifikt på mödrahälsovården saknas dock.



”Vi har dussintals primärvårdsaktörer i vårt landsting, och då blir det lätt dussintals olika rutiner. Det här är inte bra.”

Verksamhetsföreträdare

”Vi har regelbundna möten med personer i ledningsposition från hela vårdkedjan i vårt landsting. Mötena är väldigt bra, men det finns inga möten för verksamhetsnära personer på samma sätt.”

Verksamhetsföreträdare

”Förut arbetade man i mödrahälsovården väldigt tydligt mot en förlossningsklinik, men nu arbetar alla i Stockholm mot alla förlossningskliniker, och det här personliga faller bort – de personliga kontakterna går inte att upprätthålla med de volymer vi har.”

Medarbetare

Verksamhetsföreträdare inom både barnhälsovården, mödrahälsovården och förlossningsvården/BB uppfattar att samverkan ofta brister mellan barnhälsovården och de andra aktörerna. Integrationen av barnhälsovården i vårdkedjan beskrivs som svag, bland annat uppges att barnhälsovården inte alltid bjuds in till gemensamma utvecklingsarbeten trots att de skulle ha en viktig roll. En bidragande faktor för god samverkan tycks vara om barnhälsovården tillhör samma vårdcentral som den mödrahälsovården kvinnan har gått på, eller om barnhälsovården är verksamma i samma lokaler som mödrahälsovården.

”Till BVC är dörrarna mer stängda än inom resten av vårdkedjan. De deltar sällan i utvecklingsarbete med alla andra.”

Verksamhetsföreträdare

”Hos oss glappar kontakten mellan BB och barnhälsovården trots att de två första veckorna är mest kritiska.”

Verksamhetsföreträdare

Verksamhetsföreträdare lyfter även svårigheter i samverkan med psykiatrin, socialtjänsten och beroende- och missbruksvården. Bland annat att vårdpersonal inte alltid vet vart de ska vända sig om kvinnan har problem med psykisk ohälsa och/eller riskbruk – ibland för att det inte finns någon instans som har ett tydligt ansvar för den typ av problematik som patienten har, och ibland för att det saknas upparbetade kontaktvägar till rätt instans. Detta gäller hela vårdkedjan. Det upplevs som särskilt problematiskt när samverkan med socialtjänsten inte fungerar. Flera verksamhetsföreträdare uttrycker att detta leder till en stark oro för vad som kommer hända med familjerna som de upplever inte får hjälp, och att patienten hamnar ”mellan stolarna”.

”Vårdvalet är bra på sitt sätt men det har också försvårat samarbetet kring allvarliga frågor som psykisk ohälsa och missbruk.”

Medarbetare

”Vi kommer tillkorta när vi kommer in på den psykiatriska biten, där behövs bättre samarbeten. Vi har bra kontaktytor mot kirurger osv., men vad gäller beroendevården och psykiatrin finns en jättestämning.”

Verksamhetsföreträdare

”Samarbetet med socialtjänsten kan bli mycket bättre. På mödrahälsovården är vi inte alls trygga med vem vi ska ringa till, och det finns inga rutiner för samarbetet. Varje kommun har sina rutiner, och ibland känns det som att varje kommun vill profilera sig genom att ha sin egen modell.”

Medarbetare

Ytterligare en aspekt av samverkan som flera respondenter (framför allt barnmorskor) tar upp handlar om möjligheten att kombinera tjänstgöring vid olika arbetsplatser inom vårdkedjan. Både verksamhets- och professionsföreträdare förespråkar och efterlyser bättre möjligheter för sådan så kallad arbetsplatsrotation. Fördelar som tas upp är att personalen på detta sätt breddar sin kompetens och får större insyn i de olika delarna av vårdkedjan.

Ur ett patientperspektiv kan detta i sin tur bidra till förbättrad vårdkontinuitet samt mer samstämmig information längs med vårdkedjan. När vårdaktörerna tillhör olika organisationer, försvåras dock möjligheterna till arbetsplatsrotation. Bland annat krävs flera olika deltidsanställningar vilket är ekonomiskt ofördelaktigt för den anställde (bland annat avseende pensionsavsättningar). Dessutom innebär en sådan struktur att personalen måste ha flera olika anställningsavtal och chefer.

Förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras

En patientcentrerad vård innebär att patienten upplever att vårdpersonalen ser, lyssnar och tar hänsyn till just hennes individuella förutsättningar, behov och preferenser. Det kan exempelvis handla om språk, levnadsvanor eller religion. Detta ställer krav på att personalen har kunskap om och kan identifiera olika behov samt har tid, resurser och kompetens för att anpassa arbetsätt och processer utifrån detta. På så vis blir vården också mer jämlik.

Kartläggningen visar att förutsättningarna för en mer individuellt anpassad vård före, under och efter en graviditet i flera avseenden kan förbättras:

- › Standardiserade arbetssätt och rutiner behöver lämna utrymme för flexibilitet
- › Viktigt med tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vården utifrån patientens behov och förutsättningar
- › Organisatoriska faktorer kan påverka förutsättningarna för ett gott patientbemötande

Standardiserade arbetssätt och rutiner behöver lämna utrymme för viss flexibilitet

Möjlighet till anpassning är en förutsättning för ändamålsenlig fördelning av resurser mellan patienter med olika behov. Ett visst utrymme för att erbjuda såväl förstärkta insatser som minskad omfattning av vård behöver finnas längs med hela vårdkedjan.

Vården som ges under graviditeten är till stor del utformad efter ett standardiserat basprogram. Även om basprogrammet utan tvekan är en viktig framgångsfaktor upplever flera intervjuade verksamhetsföreträdare att utrymmet för individanpassning är alltför begränsat. De beskriver ett arbetsätt som till stor del går ut på att pricka av checklistor för sådant som ska kontrolleras och utföras, snarare än att lyssna på patienten och ta reda på vad personen önskar och behöver.



”Det finns en attityd inom förlossningsvården att ’one size fits all’: alla ska genomgå samma undersökning även om det inte behövs för alla.”

Patientföreträdare

”I svensk hälso- och sjukvård kan vårdgivare ibland bara informera genom sina pm. Då kan det ofta vara så att de river av tio frågor utifrån personalens perspektiv, men patienten får inte svar på sin elfte fråga. Om man började med en öppen fråga istället hade man släppt fram det som patienten vill säga först.”

Forskare/sakkunnig

Ett exempel på när vården kan bli bättre på att rikta insatserna mot de med störst behov är eftervårdsbesöket vid mödrahälsovården efter förlossning. Besöket är en möjlighet för vården att ta reda på hur kvinnan mår, och vid behov erbjuda insatser. I intervjuerna betonar vårdpersonal att eftervårdsbesöket har en viktig funktion, särskilt för de grupper som har högre risk för psykisk ohälsa eller på olika sätt är socialt utsatta. Samtidigt visar Graviditetsregistrets uppföljningar att de patientgrupper som i lägst utsträckning tar del av eftervården i genomsnitt har lägre självskattad hälsa, i högre utsträckning behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten samt att en högre andel har fått stödåtgärder mot förlossningsrädsla. De är också i högre utsträckning födda i ett utomeuropeiskt land och en större andel har blivit förlösta med kejsarsnitt.¹⁴ En tänkbar förklaring är att i de flesta landsting förväntas kvinnan boka in sitt besök själv och på eget initiativ. Kvinnor med hög motivation och förmåga när det gäller att främja den egna hälsan ser generellt sett till att ta del av denna vård i högre utsträckning än andra.

”En del av våra utlandsfödda kvinnor borde snabbt få träffa mödrahälsovården igen för att bland annat få information om preventivmedel. Många blir gravida igen fast de inte vill.”

Medarbetare

Viktigt med tid, resurser och kompetens för att kunna anpassa vården utifrån patientens behov och förutsättningar

För att vården ska kunna individanpassas och bli mer jämlik krävs att personalen har tid och kompetens för att kunna identifiera och bemöta olika typer av behov, och att vårdgivaren skapar goda förutsättningar för detta.

I intervjuerna lyfter såväl patienter som vårdpersonal och sakkunniga vikten av kommunikation och att patienten många gånger behöver uppmuntras till att berätta vad hon tänker, upplever och önskar. Tyvärr upplever vårdpersonal att det inte alltid finns tid att lyssna och ställa frågor, och att de inte hinner med att ge det stöd som de ser att patienten skulle behöva. Detta påverkar naturligtvis vårdens kvalitet, och kan även leda till samvetsstress hos vårdpersonalen. Det kan också vara så att personalen inte anser att det är nödvändigt att ställa frågor för att förstå vad patienterna behöver, och att de uppfattar att vården redan är ändamålsenligt anpassad – en uppfattning som alltså inte alltid stämmer med patientens bild.

Not. 14. Dessa bakgrundsvariabler är enligt Graviditetsregistrets årsrapport från 2016 förknippade med högre besöksfrekvens på mödrahälsovårdens eftervårdsbesök: Förstföderska, ålder 25–29, normalvikt, hög utbildning, född i Sverige, har inte rökt under graviditeten, har hög självskattning av hälsa före inskrivning i mödrahälsovården, har ej haft extra stödåtgärder mot förlossningsrädsla, fött vaginalt instrumentellt, har ej behandlats för psykisk ohälsa under graviditeten.

”På barnläkarundersökningen har jag som barnläkare tio minuter på mig. Då ska avklädning, undersökning, påklädning, information och dokumentation samt ibland recept eller remisser hinnas med. Jag har ingen chans att hinna läsa mödrahälsovårdens anteckningar om kvinnans och familjens situation. Jag utför med andra ord mitt arbete med bristfällig information.”

Medarbetare

”Dagens barnmorskestudenter får lära sig hur viktigt det är med stöd under förlossningen, men så får man inte tid att ge stöd. Det gör att man inte blir långvarig i yrke.”

Forskare/sakkunnig

”Ofta tycker personalen förmodligen att de vet bäst, och brister i att involvera patienten i beslut.”

Verksamhetsföreträdare

En annan problematik som lyfts vid intervjuerna är brist på relevanta kompetenser i vårdteamet, exempelvis avsaknad av psykologer inom mödrahälsovården och barnhälsovården, eller att det inte finns tillgång till fysioterapeuter. Fysioterapeuter kan ge kvinnan stöd och hjälp vid olika graviditetsrelaterade rygg- och bäckenbesvär, och efter förlossningen vid exempelvis inkontinens eller skador kopplade till bristningar i bäckenbotten. Kulturtolkar är en annan kompetens som ofta efterfrågas men inte kan erbjudas på alla håll, främst av resursskäl. Konsekvensen blir att personalen, även om de identifierar ett behov hos patienten, inte har möjlighet att erbjuda adekvat stöd.

Vidare framkommer det att såväl verksamhets- som professionsföreträdare uppfattar att medvetenheten kring patientgruppens skiftande behov visserligen har förbättrats, men att kunskap ofta saknas kring hur arbetet ska anpassas utifrån detta. Flera respondenter lyfter exempelvis att personalen ofta saknar kunskap om nyanlända kvinnors behov och rättigheter. Det kan handla om kunskap om kultur och bemötande eller vilken rätt papperslösa flyktingar har till vård. Om vården inte känner till detta kan de heller inte informera patienten i de fall hon har frågor.

”Vården är otydlig med informationen kring vad som gäller för personer som inte har uppehållstillstånd. Jag som doula vill inte stå där som ett stort frågetecken när de ska föda, men jag får inte heller några klara besked kring vad som gäller.”

Medarbetare

HBTQ-personer är en annan patientgrupp som återkommande nämns i detta sammanhang. Många vårdaktörer har certifierats i HBTQ-kunskap. Trots detta upplever exempelvis transpersoner att de ofta behöver ”utbilda” vården eftersom personalen inte har tillräcklig kunskap. Informationsmaterial som är anpassade efter deras situation saknas många gånger. Sakkunniga lyfter även att vårdpersonal kan behöva ökad kunskap om och förståelse för vad det innebär att ha ett normkritiskt förhållningssätt. Istället för att få enskilda individer att passa in i en mall behövs en öppenhet för olikheter – exempelvis genom att inte ta vissa familjekonstellationer för givna.

”Få personer i vårdkedjan kan i dagsläget informera transpersoner om det juridiska läget efter graviditet.”

Patientföreträdare

Överlag anser ett flertal av de intervjuade verksamhetsföreträdarna att kompetensen inom mödrahälsovården generellt sett behöver stärkas. Ett exempel som tas upp är att det numera är vanligt att barnmorskor anställs inom mödrahälsovården utan att först ha arbetat inom förlossningsvården [8]. Flera menar att brist på tidigare erfarenhet från förlossningsvården påverkar förmågan att fatta vissa beslut.

Organisatoriska faktorer kan påverka förutsättningarna för ett gott patientbemötande

Det är angeläget att vårdens organisation och styrning utformas med hänsyn till hur det påverkar enskilda verksamheter och patienterna.

Som framgår i kapitel 2 har förlossningsklinikerna blivit större – två av landets kliniker har i dag över 7 000 förlossningar per år. Det finns flera fördelar med detta, så som den ökade möjligheten att samla kompetens och hantera variationer i patientflödet. Samtidigt lyfter några av professionsföreträdarna att arbetsmiljön vid de stora klinikerna är mer opersonlig och att arbetet får en karaktär av ”löpande band”. Från verksamhetsföreträdarnas sida tas det upp att det är svårare att få till ett fungerande teamarbete när många anställda inte känner varandra. Detta riskerar att påverka bemötandet och omhändertagandet av patienterna negativt.

”Jag skulle säga att storleken är helt avgörande för hur väl verksamheten fungerar. Det är en sak att vara chef över 1 500 födselar och se och bekräfta hela personalstyrkan och få hela verksamheten att rulla. Men ska man ha 7 000 blir det för mycket. Man kan inte lära känna den.”

Medarbetare

En annan organisatorisk faktor som många av de intervjuade verksamhetsföreträdarna tar upp som ett potentiellt hinder för individanpassning är styr- och ersättningssystemen i primärvården. Ersättningssystemen skiljer sig mellan landstingen. Det är främst verksamhetsföreträdare i de landsting som tillämpar besöksersättning som uttrycker missnöje. Besöksersättning innebär att verksamheten får samma ersättning för ett patientbesök oavsett vad som krävs i form av insatser och tid från vårdgivarens sida. Det skapar, menar de som är kritiska, ekonomiska incitament att öka antalet besök och minimera tiden varje besök tar. Som en följd av detta hinner inte personalen möta behoven hos de patienter som av olika skäl behöver mer tid i mötet med vården. Det tas också upp att enbart medicinska insatser får ersättning samtidigt som mödrahälsovården i stor utsträckning handlar om att bemöta icke-medicinska behov.

”Vi får samma ersättning per besök som andra BVC:er i länet, trots att vi befinner oss i ett av Sveriges mest utsatta områden. Man tar inte hänsyn till socioekonomi över huvud taget. Vi får visserligen ersättning för tolk, men man har inte tänkt på att samtalen kan ta dubbelt så lång tid med tolk.”

Medarbetare

”De ekonomiska ersättningsmodellerna fungerar inte bra, det är till exempel bara medicinska komplikationer som barnmorskan kan identifiera som ger ekonomisk ersättning i mödrahälsovården.”

Forskare/sakkunnig



Patienters icke-medicinska behov kan tillgodoses i högre utsträckning

Utöver medicinska behov har alla patienter en rad viktiga icke-medicinska behov. Det kan exempelvis handla om bemötande, att få tröst och att känna sig trygg. En positiv helhetsupplevelse av graviditeten och förlossningen kan också främja anknytningen till det nyfödda barnet, medan negativa och traumatiska upplevelser kan dröja kvar länge och i värsta fall leda till rädsla inför nästa förlossning, eller en ovilja att överhuvudtaget bli gravid igen. Otrygghet och stress kan också öka de medicinska behoven ytterligare.

För att både de medicinska och icke-medicinska behoven ska tillgodoses genom hela vårdkedjan krävs att personalen har kunskap, tid och resurser för att möta dessa, samt en samsyn kring vad som ska prioriteras i vården. Vår kartläggning visar att förutsättningarna i detta avseende kan förbättras:

- › Icke-medicinska behov kan uppmärksammas och prioriteras ännu mer
- › Samsynen kan öka rörande balansen mellan medicinska och icke-medicinska mål

Icke-medicinska behov kan uppmärksammas och prioriteras ännu mer

För att patienternas icke-medicinska behov ska kunna mötas i tillräcklig utsträckning krävs både medvetenhet och kunskap hos vårdens professioner.

Flera sakkunniga och även patienter menar att ett utpräglat fokus på potentiella medicinska risker före, under och efter graviditet sker på bekostnad av ett helhetsperspektiv som rymmer såväl medicinska som icke-medicinska behov. Vissa av de intervjuade patienterna framhåller att de velat få fler frågor om hur de mätte eller upplevde situationen. Att prata om sig själv är inte alltid enkelt, och ibland kan det dessutom finnas en rädsla för att som blivande eller nybliven mamma visa sig sårbar.

Kort efter förlossningen görs en mätning av kvinnans självskattade förlossningsupplevelse, med hjälp av en så kallad VAS-skala.¹⁵ Syftet är att ge möjlighet att förebygga psykisk ohälsa och förlossningsrädsla inför kommande förlossningar. VAS-undersökningens ändamålsenlighet ifrågasätts av flera respondenter. En återkommande invändning rör huruvida en nyförlöst kvinna kan göra en balanserad värdering av vården så kort tid efter förlossningen. Ett senare frågetillfälle, då kvinnan hunnit tänka igenom förloppet och landat i sina känslor, skulle kunna ge delvis annorlunda och mer relevanta svar. En del av kritiken handlar även om att frågeställningarna inte tydligt skiljer mellan sådant som hade gått att påverka och inte. Detta gör att resultaten ibland blir svårtolkade, och flera verksamhetsföreträdare menar att det inte är möjligt

Not. 15. VAS = Visuell Analog Skala. VAS-skalan går från noll till tio, där tio är en helt positiv upplevelse.

att identifiera förlossningsrädsla utifrån denna mätning. I flera landsting erbjuds samtalsstöd till de patienter som har angivit sin förlossningsupplevelse som starkt negativ på VAS-skalan. Samtalen är utformade för att bearbeta och förebygga förlossningsrädsla inför en eventuell kommande graviditet och förlossning. Om verktygen för att identifiera rätt målgrupp är bristfälliga kan konsekvensen bli att de som har störst behov av stödet inte får ta del av det.

”Det här rent mekaniska, som ger mätbara tal, där har vi ett gott utfall, men man borde kanske titta lite mer på sådant som handlar om hur kvinnan mår efter förlossningen. Psykologi runt barnafödande är något vi borde ha som ett större kunskapsområde, för det vi gör med kvinnan har stor påverkan på kvinnan resten av livet.”

Patientföreträdare

”I samband med förlossningen blir patienterna tillfrågade om hur det har varit, men då är de ju bara glada över att barnet har överlevt så de säger att ’jo det har ju varit bra’, men sen när de kommit hem tänker de efter och känner ibland att ’vad sa jag egentligen, det var ju inte alls bra.’”

Patientföreträdare

”Jag pratade med en kvinna i dag som hade VAS-skattat sin förlossningsupplevelse till sju, men ändå vågade hon inte föda barn igen. Alla i vården hade varit så snälla, så hon ville ge ett bra betyg. Men hade enkäten frågat henne om hennes smärta, hade betyget blivit noll, för under förlossningen hade hon trott att hon skulle dö.”

Medarbetare

Flera verksamhetsföreträdare lyfter i detta sammanhang brister i neonatalvården. På flera sjukhus i landet finns till exempel inte möjlighet till samvård av familjen. Verksamhetsföreträdare framhåller detta som en stor brist – det sjuka barnets behov tas om hand, men föräldrarnas behov av att få vara tillsammans med sitt barn tillgodoses inte om de ligger på en annan avdelning. I flera landsting finns planer på en förbättring inom detta område inför framtida ombyggnationer.

”Vår neonatalavdelning ligger separat, så de kvinnor som mår sämst får inte vara med sin partner och sitt barn. Det skäms vi kolossalt för.”

Verksamhetsföreträdare

PATIENTBERÄTTELSE: "Personalen hade kunnat bli bättre på att fråga hur jag mådde"

Att få mitt första barn var en stor psykisk påfrestning, och påverkade mitt liv på många sätt. Jag var nyinflyttad och hade varken ett stort socialt nätverk eller min familj på orten. För mig var det viktigt att personalen på mödrahjälsvården såg hela mig.

Under graviditeten var mödrahjälsvården generellt väldigt bra, men ibland blev det inte riktigt som jag tänkt det. Barnmorskan frågade och märkte kanske inte alltid riktigt hur jag verkligen mådde. De hade kunnat vara bättre på att fråga "hur mår du egentligen?" Det hade varit en bra fråga att få fler gånger.

På BB hade de kunnat fråga "får du tid att återhämta dig?" Jag hade ingen medicinsk orsak att stanna kvar längre än ett dygn, men det hade återigen varit skönt om någon hade frågat hur jag mådde.

Viktigt med tydlighet kring vårdens uppdrag

Olika syn på balansen mellan medicinska och icke-medicinska mål i vården riskerar att leda till otydliga prioriteringar och utgör en grogrund för slitningar mellan yrkeskategorierna, som i förlängningen påverkar patienterna.

Det är en relativt utbredd uppfattning bland de intervjuade att synen på vad som är en lämplig balans mellan medicinska och icke-medicinska mål skiljer sig åt inom vården – både mellan olika vårdprofessioner och inom olika delar av vårdkedjan. En del menar att "läkarperspektivet" är mer medicinskt inriktat, medan "barnmorskeperspektivet" i högre utsträckning är präglad av ett helhetsperspektiv och icke-medicinska aspekter. I den mån detta stämmer så är det sannolikt delvis en naturlig konsekvens av att professionerna har olika uppgifter i vården och det behöver inte vara något negativt – olika professioner kan komplettera varandra genom att tillgodose olika behov hos patienterna. Det viktiga är att det är tydligt för alla som arbetar runt en patient vad vårdens uppgift är.

En fråga där synsätten tycks skilja sig åt rör möjligheten att låta en barnmorska eller en grupp av barnmorskor följa med patienten genom hela vårdkedjan. De (ofta barnmorskor) som förespråkar en sådan struktur framhåller vikten av relationell kontinuitet genom vårdkedjan och att detta innebär en ökad trygghet för patienten. Kritiker (som ofta representerar ett mer medicinskt synsätt) menar å sin sida att barnmorskor bör arbeta antingen med mödrahjälsvården eller förlossningsvård för att säkerställa att hög kompetens upprätthålls inom respektive område.

”Vården separerar för mycket på medicinskt och icke-medicinskt. Graviditet och förlossning är hormonstyrt, man blir fysiskt påverkad av stress. Vad är medicinskt och vad är inte medicinskt här? Ju längre man jobbar desto mer övertygad blir man över att det är sammanlänkat. Man kan inte separera på dem - de hänger ihop.”

Medarbetare

Involveringen av partner och närstående kan bli ännu bättre

Det finns flera vinster med att involvera kvinnans partner och/eller närstående i vården före, under och efter graviditet. Dels är det ofta ett värdefullt stöd för kvinnan och dels kan det vara viktigt för partnern, som ju också är blivande förälder, att känna sig inbjuden till och delaktig i mötet med vården under såväl graviditeten som under och efter förlossningen. Att båda föräldrarna är delaktiga och engagerar sig i familjen redan under graviditeten, skapar också förutsättningar för ett jämställt föräldraskap.

Svensk mödrahälsovård och förlossningsvård har generellt sett kommit långt när det gäller att involvera partner och närstående, och att det finns en hög grad av medvetenhet kring värdet av detta. Samtidigt visar vår kartläggning att det fortfarande finns förbättringsområden:

- › Kunskap och rutiner kan utvecklas för att bättre bemöta varierande behov, preferenser och förutsättningar
- › Partners och närståendes närvaro förutsätter att det finns praktiska förutsättningar

Kunskap och rutiner kan utvecklas för att bättre bemöta varierande preferenser och förutsättningar

Oavsett familjekonstellation är det viktigt att vårdpersonal respekterar viktiga närstående, och att de har kunskap samt kompetens för att kunna uppmuntra partners med olika bakgrunder till ett aktivt deltagande.

En majoritet av de intervjuade uppfattar att vårdpersonal generellt uppmuntrar partner och närstående till involvering. Några kvinnor menar dock att personalen kunde ha varit ännu mer tydliga och motiverande gentemot partnern; alla ser inte betydelsen eller värdet av egen involvering under graviditet och förlossning. Ibland kand detta vara en konsekvens av att de inte upplever sig välkomnade och betydelsefulla i vården eller att de känner sig osäkra i sin roll.

”Partners uppger att de har försökt delta i vården, men blivit bortsjassade.”

Patientföreträdare



”Många män känner sig inte engagerade eftersom de inte känner sig sedda av vården.”

Forskare/sakkunnig

Vårdpersonal som intervjuats uttrycker att det kan vara svårt att hitta lämpliga sätt att involvera partners och närstående när deras syn tydligt avviker från vårdens riktlinjer. Som exempel nämns situationer där partnern inte alls har önskat att delta vid besök hos mödrahälsovården eller vid förlossningen, eller omvänt, när det finns önskemål om att ett stort antal familjemedlemmar och närstående ska kunna närvara vid förlossningen. Flera av de intervjuade framhåller att de skulle behöva ökad kunskap och stöd kring hur man kan bemöta varierande preferenser kring partner- och närståendeeinvolvering.

Vidare upplever flera respondenter verksamma inom mödrahälsovården att det kan vara en utmaning att bemöta par där det finns uppenbara problem i relationen. Mödrahälsovårdens uppdrag är att främja kvinnans hälsa och skydda henne genom att bland annat erbjuda samtal om våld i nära relationer – samtidigt som de förväntas välkomna partnern in i vården.

”Vi kan inte bara ha en mall för hur vi involverar partner, utan vi behöver fortbildning så att vi kan utveckla vårt arbete utifrån att personer exempelvis har olika härkomst.”

Verksamhetsföreträdare

”Det kan vara provocerande för personalen att få klagomål från dominant partners som upplever att de inte varit med då man faktiskt avsiktligt fokuserat på kvinnan för att han tagit över. Det låter ju så bra med att involvera partnern, men det är faktiskt en balansgång.”

Verksamhetsföreträdare

”Hur tar vi vara på kvinnans intresse medan vi samtidigt involverar partner i situationer där det finns våld i relationen? Ingen har hittills satt sig ner för att ta fram rutiner för detta.”

Verksamhetsföreträdare

PATIENTBERÄTTELSE: ”Det var bra att bli påmind om att man som föräldrar har ansvar för att ta hand om varandra”

Jag tror att det är viktigt att man ska ta hand om varandra i ett förhållande när man fått barn, för det är en stor påfrestning och omställning. Det kunde det ha varit lite mer fokus på, och inte bara hur mamman mår och hur barnet mår. Jag pratade med en som hade fått tvillingar, och innan hon åkte hem hade barnmorskan sagt ”kom ihåg att ta hand om varandra”. Det var fint sagt, och hon hade inte glömt det.

Partners och närståendes närvaro förutsätter att det finns praktiska förutsättningar

Involvering av partner eller närstående i vården förutsätter att det finns praktiska förutsättningar för deras närvaro.

De flesta verksamhets- och professionsföreträdare ser ett stort värde i att partnern stannar kvar på BB-avdelningen med kvinnan och det nyfödda barnet, men i praktiken är det inte alltid möjligt på grund av praktiska begränsningar. Det kan exempelvis vara brist på extrasängar i enkelrummen, eller att BB-rummen är byggda för att rymma flera patienter (utan att det finns plats för partners). På andra sjukhus finns det en garanti för att partners ska få sova över, exempelvis de som har nybyggda lokaler där man har enkelrum med en extra säng.

”I vårt landsting erbjuds pappa i praktiken en stol.”

Medarbetare

”Alla är medvetna om vikten att hålla ihop familjen, men det finns inte möjlighet att låta dem stanna kvar på BB.”

Verksamhetsföreträdare



Vägar framåt – så kan vi utveckla vården före, under och efter graviditet

I detta kapitel presenteras möjligheter och exempel på hur landstingen kan arbeta för att utveckla vården före, under och efter graviditet. Ambitionen är att sprida kunskap och dela erfarenheter samt att inspirera till forstätt förbättringsarbete.

Vården före, under och efter graviditet kan förbättras på flera sätt, inte minst ur ett patientperspektiv. I kapitel 3 framgår bland annat att den information som vården tillhandahåller kan utvecklas till form och innehåll, att samordningen inom och mellan olika delar av vårdkedjan kan stärkas, samt att förutsättningarna för en mer individanpassad och behovsstyrd vård kan förbättras. Samtidigt indikerar skillnader inom och mellan olika landsting att det finns mycket att lära av varandra. I detta kapitel lyfts utvalda exempel fram från det utvecklings- och förbättringsarbete som pågår runt om i landet och sådant som har tagits upp vid våra intervjuer.

Nio centrala förbättringsområden har identifierats (se sammanställning i tabell 3). Dessa sorteras under två huvudavsnitt där det ena främst riktar sig till beslutsfattare och ledning på central nivå (makronivå) och det andra främst till beslutsfattare och ledning på verksamhetsnivå (mesonivå), samt funktioner som arbetar med verksamhetsnära kvalitetsutveckling. Eftersom förändringar på verksamhetsnivån i många fall är beroende av vad som sker på den centrala nivån, och vice versa, ska uppdelningen framför allt ses som en vägledning.

Det förtjänar att upprepas att de förbättringsmöjligheter som beskrivs är just möjligheter – de ska inte betraktas som generella rekommendationer. Ambitionen är i första hand att sprida kunskap och dela erfarenheter samt att inspirera till fortsatt förbättringsarbete. Något som fungerar bra i ett landsting kan fungera sämre i ett annat. Därför är det ofta nödvändigt att utveckla lösningar eller anpassa metoder utifrån vissa givna förutsättningar, exempelvis patientpopulationens demografiska sammansättning, sättet som vården är organiserad på eller vårdenheternas geografiska placering.

TABELL 3. Nio förbättringsmöjligheter för vården före, under och efter graviditet

Förändringsområden	Nio förbättringsmöjligheter	
Styrning och organisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet ➤ Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan ➤ Stärk eftervården ➤ Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna 	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> Makronivå </div>
Innovation och arbetssätt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Skapa utrymme för en mer individanpassad vård ➤ Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna ➤ Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov ➤ Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet ➤ Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet 	

Styrning och organisation

I detta avsnitt beskrivs hur vårdens styrning och organisation kan utvecklas före, under och efter graviditet. Innehållet riktar sig i första hand till beslutsfattare och ledning på central nivå.

Identifierade förbättringsmöjligheter:

- › Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet
- › Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan
- › Stärk eftervården
- › Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna

Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet

För att kunna styra utvecklingen mot ett önskvärt utfall är det nödvändigt att först definiera önskade resultat och kvalitetsmål, såväl nationellt som regionalt. Definierade mål och målvärden främjar samsyn och skapar en grund för transparenta prioriteringar, exempelvis mellan medicinska och icke-medicinska insatser. En ökad tydlighet kring vårdens uppdrag underlättar även kommunikationen med patienterna om vilka förväntningar de kan ha på vården före, under och efter graviditet. Att utforma och kommunicera nationella kvalitetsmål skulle också stärka förutsättningarna för en mer jämlik förlossningsvård över landet, samt mellan individer och grupper med olika behov och förutsättningar.

Kvalitetsmål kan röra såväl medicinsk kvalitet som grad av tillgänglighet och patientupplevd kvalitet. Graviditetsregistret har tagit fram nationella målvärden som i dag används för kvalitetsuppföljning. Eftersom registret är kopplat till de elektroniska journalsystem som används är anslutningsgraden hög; 90 procent av Sveriges förlossningar överförs automatiskt till Graviditetsregistrets statistik. Förutom en årlig rapport tillhandahåller registret även digitala resultattavlor på Graviditetsregistrets hemsida. Dessa är under uppbyggnad och är tänkta att ge möjlighet till löpande uppföljning och utveckling för verksamheterna. Ett utvecklingsområde är att säkerställa att samma saker mäts i olika delar av landet – i dag påverkar exempelvis landstingets organisation mätningen av återinläggningar efter förlossningen. Graviditetsregistret kopplades 2017 till webbplatsen Vården i Siffror (varden.isiffror.se) som är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård.

Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan

Kartläggningen visar att samordningen och kontinuiteten i vårdkedjan före, under och efter graviditet kan stärkas både mellan och inom olika delar av vårdkedjan. Exempelvis kan vårdstrukturen upplevs som splittrad när det är många olika aktörer som ska samverka runt patienten.

Ett sätt att stärka förutsättningarna för verksamhetsnära samverkan är att i högre grad integrera centrala verksamheter och se över hur exempelvis mödrahälsovården är organiserad. Av intervjuerna framgår en sådan lösning bland annat kan underlätta framtagandet av gemensamma målformuleringar, strategier och rutiner, liksom gemensamma utvecklingsarbeten och samordning av vårdinsatser, till exempel CTG-mätningar¹⁶. Samtidigt ser en del respondenter en risk att resurser omfördelas utifrån kortsiktiga prioriteringar till det område med störst akuta behov, till exempel omfördelning av barnmorskor från mödrahälsovården till förlossningsvården.

Östergötland är ett av de landsting som organiserat mödrahälsovården under kvinnokliniken. Varje större ort inom landstinget har en större och centralt placerad mödrahälsovårdscentral, istället för flera mindre enheter. Detta möjliggör en koncentration av kompetenser. En nackdel är att resvägarna för patienterna blir något längre än i städer med fler vårdenheter, men detta uppfattas enligt intervjuade verksamhetsföreträdare inte som ett problem – en bild som bekräftas av den fokusgruppsintervju med patienter som genomförts i Linköping.

”Att mödrahälsovården ligger under kvinnokliniken tror vi är en framgångsfaktor som kan förklara att förlossningsvården i vårt landsting är så bra. Våra gravida kvinnor träffar inga allmänläkare, utan specialitälkare som jobbar för hela kliniken. Vårdkedjan är mer tät, med samma pm, samma ledningssystem och en bra kommunikation.”

Verksamhetsföreträdare

Oavsett hur mödrahälsovården organiseras inom ett landsting finns stora möjligheter att utveckla samverkan både med de aktörer som ingår i vårdkedjan och med aktörer utanför hälso- och sjukvården. Exempelvis genom etableringar av familjecentraler. En familjecentral innebär en gemensam verksamhet för olika aktörer: mödrahälsovården, barnhälsovården, öppen förskola och socialtjänst med inriktning på förebyggande arbete [57]. Tanken är att tillgängligheten till stöd och insatser för föräldrar ska öka, och att dessa ska utformas efter familjens behov. Familjecentralens uppdrag är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar, och att tidigt förebygga sådant som kan leda till problem eller ohälsa. Familjecentraler kan spela en särskilt viktig roll i områden där det finns ett uttalat behov av samordning av vården (se fallbeskrivning 1).

Not. 16. CTG = kardiokografi, elektronisk fosterövervakning.



Fallbeskrivning 1. "Från botten mot toppen" med Capio Wasa BVC i Södertälje

I likhet med andra BVC:er i områden med förhållandevis låg socioekonomi, befann sig Capio Wasa BVC under sommaren 2016 i en svår situation med nedläggningshot och personal som sade upp sig i frustration över att inte kunna erbjuda patienterna tillräckligt stöd. Ett och ett halvt år senare är enheten välbemannad, och enligt de flerspråkiga enkäter som personalen uppmanar alla patienter att fylla i, var över 95 procent nöjda med såväl tillgänglighet som bemötande och vård. Som en bekräftelse på framgången tilldelades enheten Stockholms läns landstings patientsäkerhetspris 2017. Namnet på prisansökan var "Från botten mot toppen" [71].

En rad åtgärder gjorde denna förändringsresa möjlig. Exempelvis bildades det en separat enhet för BVC och mödrahälsovården med en utsedd enhetsledare. En administratör tillsattes också för att stötta sjuksköterskorna så att de kunde ägna mer tid åt patientarbete. Det upprättades även skriftliga lokala rutiner för att möjliggöra enhetliga arbetssätt och underlätta introduktion för nyanställda.

Enligt enhetschefen var en avgörande förändring bildandet av en familjecentral. I februari 2017 blev BVC och mödrahälsovården en del av Geneta familjecentral, som också huserar förebyggande socialtjänst och öppen förskola. Organiseringsformen och samlokaliseringen av dessa aktörer beskrivs av personalen som en viktig förutsättning för att verksamheten fungerar så väl i dag, bland annat då familjecentralen öppnar upp för enkla övergångar från mödrahälsovården till barnhälsovården.

Genom att placera verksamheter som har ett gemensamt uppdrag gentemot patienterna i samma eller närliggande lokaler kan kontakten och därmed samverkan mellan dessa underlättas. I intervjuer med verksamhets- och professionsföreträdare lyfts lokalernas utformning och placering ofta som en begränsande faktor, inte bara för samverkan utan också när det gäller att inkludera partner och närstående. Här finns möjlighet att vid ny- eller ombyggnation ta hänsyn till dessa aspekter. Det finns också exempel från flera håll i landet där man vid om-/nybyggnationer av lokaler har prioriterat möjligheter till samvård för hela familjen. På Skaraborgs sjukhus i Skövde har man medvetet anpassat förlossningskliniken, BB:s och neonatalavdelningens lokaler för att de ska kunna rymma hela familjen under vårdtiden. På Södertälje sjukhus har ett nytt familjerum byggts, som även rymmer det nyfödda barnets äldre syskon. Detta är särskilt värdefullt för familjer som inte har möjlighet att ordna barnvakt. Familjerummet är mycket uppskattat av patienterna, och det har även lett till ökad närvaro av partners på BB.

”Att ha alla aktörer under samma tak gör att kontaktvägarna blir väldigt korta, och vi hoppas på fler familjecentraler.”

Verksamhetsföreträdare

”Samarbetet med socialtjänsten på vår familjecentral fungerar jättebra. Vi ligger så nära varandra så det är bara gå dit och prata om det är något.”

Medarbetare

Det finns också flera exempel över landet på hur samverkan med andra aktörer, såsom socialtjänst och psykiatri, kan utvecklas. Syftet är ofta att stärka stödet till personer med särskilda behov, och verksamheterna erbjuder vanligen stöd både under graviditet och under tiden då barnen är små. Ett exempel på en verksamhet som inkluderar både socialtjänst, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, mödrahälsovården och barnhälsovården är ALMA-verksamheten i Malmö (se fallbeskrivning 2). Ett exempel på en samarbetsverksamhet mellan mödrahälsovården och barnhälsovården med inriktning på patienter med missbruk är Hagateamet i Göteborg (se fallbeskrivning 3). Liknande verksamheter finns också på andra håll i landet, exempelvis Ambulatorieverksamheten i Mamö och Rosenlunds Barnhälsovården-team i Stockholm.

I Västerbotten startades 2005 ett generellt hälsofrämjande arbete, som kallas Salutsatsningen. Fokus är främjad hälsa hos barn och unga bland annat genom att tidigt stärka föräldraskapet och föräldrarnas psykiska och fysiska hälsa. Med hälsoformulär och hälsosamtal som stöd arbetar vårdpersonalen med att främja goda levnadsvanor hos föräldrarna. Målet med satsningen är att länet ska ha ”världens bästa hälsa” år 2020. Satsningen riktar sig till den gravida och hennes partner, och sedan till barnet upp till arton år. Det genom-

Fallbeskrivning 2. ALMA-verksamheten i Malmö samlar flera aktörer för att stödja föräldrar med psykisk ohälsa och deras barn

ALMA-verksamheten i Malmö samlar flera aktörer för att stödja föräldrar med psykisk ohälsa och deras barn. ALMA är en samverkansgrupp mellan region och kommun vars verksamhet syftar till att förebygga att barn och unga, vars föräldrar lider av psykisk ohälsa, råkar illa ut. ALMA innefattar så kallade konsultationsteam i Malmö alla stadsdelar. Teamen består av företrädare från socialtjänsten, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, mödrahälsovården och barnhälsovården.

All kommunanställd personal som möter barn unga kan vända sig till konsultationsteamet i sin stadsdel om de misstänker att en gravid kvinna eller förälder lider av, eller uppvisar risktecken på, psykisk ohälsa. Konsultationsteamet bidrar då, utifrån sina respektive kompetensområden, med stöd och rådgivning kring hur situationen kan hanteras. Eftersom socialtjänsten ingår i teamet, behövs inte kontakt tas med utomstående parter för att ta ärendena vidare om det behövs. ALMA har en styrgrupp där en utvecklingsledare och cheferna planerar verksamheten framåt. Samarbetet genom styrgruppen och konsultationsteamet underlättar att alla parter hålls ihop vilket främjar samverkan.

Till personer som har mycket svåra psykiska besvär och som har ansvar för spädbarn, finns en ytterligare insats som sker genom ett spädbarnsteam, kallat ALHVA. Syftet med detta är att göra barnets första år så lugnt och stressfritt som möjligt. Dels görs samspelebehandling för barn och föräldrar, dels hjälper teamet föräldrarna med praktiska ärenden och kontakt med exempelvis vuxenpsykiatri och BVC. Ytterligare en viktig uppgift är att leka med och uppmärksamma barnet. Spädbarnsteamet träffar familjen tre gånger i veckan, varav två gånger är hemma hos familjen. En gång i veckan hålls föräldragrupp i ALHVA:s lokaler. Förskolan har en särskilt viktig roll för dessa barn, och därför hjälper spädbarnsteamet till med att hitta en lämplig förskola och utbilda så kallade anknytningspedagoger. Verksamheten har varit kopplat till ett forskningsprojekt och verksamhetens utfall mäts löpande.

ALMA:s verksamhet startade 1999 och har upplevts som framgångsrik i Malmö. De medverkande beskriver att de har lyckats med ett samarbete mellan olika aktörer och myndigheter som ofta är svårt. Genom en faktabaserad problembeskrivning har man vunnit tillit hos politikerna, vilket har gjort att verksamheten har kunnat fortsätta trots omorganisationer.

förs i samverkan mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, öppen förskola, grundskola, gymnasium, elev- och ungdomshälsa samt folktandvård.

Ytterligare en form av samverkan är att vårdpersonal kombinerar tjänstgöring vid olika arbetsplatser inom vårdkedjan – något som flera verksamhets- och professionsföreträdare förespråkar och efterlyser bättre möjligheter för. Förutom att personalen på detta sätt breddar sin kompetens så kan det bidra till förbättrad samordning och vårdkontinuitet längs med vårdkedjan. När vårdaktörerna tillhör olika organisationer försvåras dock möjligheterna till arbetsplatsrotation. Flera landsting har ändå lyckats hitta lösningar, trots olika organisationer. I Gävleborg arbetar exempelvis en mödrahälsovården-överläkare både inom mödrahälsovården och på kvinnokliniken.

”Mödrahälsovården-överläkaren tjänstgör någon dag i veckan på kvinnokliniken, vilket bidrar till att kunskapsöverföringen däremellan fungerar så bra.”

Verksamhetsföreträdare

Möjligheterna att arbeta i olika delar av vårdkedjan kan i vissa fall påverkas av i vilken utsträckning det bedöms påverka patientens säkerhet. Exempelvis behöver vårdpersonalen ha tillräckligt mycket arbetstid inom respektive verksamhet för att upprätthålla kompetensen. På mindre förlossningskliniker med ett begränsat patientunderlag är det mindre lämpligt för barnmorskor att arbetsrotera eftersom en barnmorska anses behöva utföra ett visst antal förlossningar per år för att upprätthålla sin kompetens. Det bör också vägas in att det kan bli svårare att sätta samman välfungerande vårdteam med en större andel deltidanställda.

Fallbeskrivning 3. I Göteborg finns samordnar Hagateamet mödrahälsovården och barnhälsovården för att stödja särskilt utsatta familjer

Mödra-barnhälsovårdsteamet (MBHV-teamet) i Haga i Göteborg är en resursenhet inom mödrahälsovården och barnhälsovården som samarbetar med beroendekliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet är att förebygga komplikationer hos väntade/nyfödda barn, genom att fånga upp kvinnor med missbruk och beroende under graviditeten och stödja dessa i att bryta negativa mönster och avstå från bruk av skadliga substanser. MBHV-teamet är tvärprofessionellt och har kompetens från mödrahälsovården, barnhälsovården, psykosocialt arbete och beroendevård/psykiatri. Genom sina kontakter med socialtjänst och förlossningskliniken i Göteborg kan de anpassa vårdkedjan utifrån patientens behov.

Den gravida kvinnan besöker enheten minst en gång i veckan. I samband med detta lämnas ett övervakat urinprov för att upptäcka användning av alkohol eller narkotika. Detta är ett skydd för det ofödda barnet och ska fungera som ett stöd för kvinnan att avhålla sig från skadliga substanser och preparat. Någon gång under de första veckorna träffar kvinnan en kurator som intervjuar henne för att få en bild av situationen och behovet av stödinsatser. Kuratorn följer sedan kvinnan under graviditeten. Vid behov finns också möjlighet att träffa enhetens gynekolog, psykiatrisjuksköterska och/eller psykiatriker.

Patienter som vårdas vid enheten är ofta i behov av särskilt omhändertagande under förlossningen och BB-tiden, vilket berörda avdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är uppmärksamma på. De flesta av dessa patienter och deras partner eller annan stödperson, erbjuds att stanna minst tre dygn på BB efter förlossningen.

Efter hemgång gör vårdpersonal från MBHV-teamet hembesök hos den nyblivna mamman inom en vecka. Barnets hälsa och utveckling följs därefter av MBHV-teamets barnhälsovården-sjuksköterska och barnläkare fram tills dess att barnet är sex månader. Därefter sker en personlig överlämning till den reguljära BVC:n av en barnhälsovården-sjuksköterska. Alla barn, vars mamma vårdats vid MBVH-teamet i Haga, följs upp av en barnhälsovården-sköterska från teamet vid ett års ålder. Barn som påtagligt exponerats för alkohol, droger eller skadliga läkemedel under fostertiden följs upp av MBHV-teamets barnläkare fram till skolåldern.



Stärk eftervården

Många kvinnor som fött barn upplever att de inte fått tillräcklig eftervård. Det kan exempelvis handla om att ingen har frågat dem om eventuella förlossningsskador i samband med eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården, eller att de upplever att de inte har funnits möjlighet att prata om andra typer av besvär som oro eller nedstämdhet. Detta är i linje med den nyligen genomförda kartläggning av vården efter förlossning som Socialstyrelsen har gjort [46]. I rapporten konstateras flera brister och att vården inte fullt ut lyckas fånga upp och möta patienternas icke-medicinska och medicinska behov. Bland annat ses ett behov av ökad kunskap hos vårdpersonalen, medan annat är av strukturell art. Socialstyrelsen lyfter utökat ansvar för mödrahälsovården som en möjlig åtgärd för att stärka vården efter förlossning. Flertalet av de verksamhetsföreträdare och forskare som intervjuats håller med om detta.

Rent konkret skulle ett utökat ansvarsområde för mödrahälsovården kunna innebära att basprogrammet innefattar fler insatser efter förlossningen och under en längre tidsperiod. Det skulle även finnas möjlighet att vid behov förstärka med kompetens från specialistsjukvården, bland annat vid amningsstöd. Flera av respondenterna anser att mödrahälsovårdens ansvar bör gälla under ett år efter förlossningen, istället för att som nu endast omfatta ett eftervårdsbesök. Ett tänkbart upplägg skulle kunna vara en tidig uppföljning, helst under den första veckan efter förlossning, följt av ett antal regelbundna

besök inom mödrahälsovården eller i form av hembesök av barnmorskan. Besöken skulle även kunna utföras tillsammans med BVC. Omfattningen av stödet bör anpassas efter behov – en del kvinnor kommer sannolikt inte vilja eller behöva nyttja denna vård. Det huvudsakliga syftet med ett sådant upplägg skulle vara att ge kvinnan och partnern stöd i övergången till föräldraskapet och säkerställa att fysiska och psykiska besvär identifieras och behandlas. Det skulle också bli tydligare för kvinnan vart hon kan vända sig vid behov av vård och stöd. En återkommande kommentar är också att ett sådant upplägg skulle bidra till att färre uppsöker slutenvården, till vilken många kvinnor annars vänder sig vid problem efter förlossningen. Dessa tankar är i linje med förslagen om en förstärkt primärvård som presenteras i den statliga utredningen 'God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild' [58]. En mödrahälsovård som har ett större ansvar för eftervården ger också ökade möjligheter till en sammanhållen och mer kontinuerlig vårdkedja.

I Stockholms läns landsting pågår ett utvecklingsarbete, där mödrahälsovården kontaktar alla kvinnor två veckor efter förlossningen för att uppmuntra till och underlätta inbokning av eftervårdsbesök. Genom den aktiva uppföljningen, har personal i intervjustudien berättat om att besöksfrekvensen har ökat. På andra håll bokar barnmorskorna vid mödrahälsovården in eftervårdsbesöket redan innan förlossningen.

”Vi ser att de barnmorskor som delar ut efterkontrolltider redan under graviditeten har något fler kvinnor som kommer till kontrollen, och vi har pratat om att detta är det bästa sättet, men vi har det inte som rutin.”

Verksamhetsföreträdare

En alternativ strategi för att förbättra eftervården är att på andra sätt öka tillgängligheten till vård och stöd som ofta efterfrågas efter förlossningen. Ett exempel är de återbesöksenheter eller öppenvårds-BB som bland annat finns i Sörmland, Kronoberg och Jämtland/Härjedalen. Till dessa kan kvinnan vända sig efter förlossningen med frågor kring exempelvis amning.

Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna

En del av de intervjuade verksamhetsföreträdarna framhåller att styr- och ersättningssystemen i primärvården inte alltid fungerar optimalt ur ett patientperspektiv. Eftersom landstingen tillämpar olika ersättningssystem bör det finnas goda möjligheter för landsting som upplever detta som ett problem att låta sig inspireras av andra. Effekterna av olika ersättningsmodeller behöver dock betraktas i ljuset av övriga styrmedel, såsom lagstiftning, riktlinjer, uppföljning och så vidare, för att säkerställa att den samlade styrningen harmonierar. Studier har också visat att ersättningsmodeller ofta tillskrivs alltför

stort förklaringsvärde avseende verksamheternas utfall, såväl positivt som negativt [59] [60]. Ibland har de styrmedel som gäller för en viss verksamhet utformats vid olika tidpunkter, av olika aktörer och med olika syften. Då kan det vara svårt för beslutsfattare och andra berörda att överblicka hur den samlade styrningen påverkar verksamheten i stort. Sammanfattningsvis är det centralt att olika styr signaler kompletterar varandra så att de tillsammans främjar en individanpassad och behovsstyrd vård.

”Om mödrahälsovården har en patient med svår psykisk ohälsa, då borde de kunna erbjuda en dubbeltid för de patienterna. Men i dag det är pengar med i allt som görs. Deras vård kanske ska viktas lite mer i tyngd så att ersättningen blir större och så att patienterna får den vård de behöver.”

Medarbetare

Innovation och arbetssätt

I detta avsnitt beskrivs hur innovationen kan stärkas och på vilka sätt vården kan utveckla sina arbetsätt före, under och efter graviditet. Innehållet riktar sig i första hand till beslutsfattare och ledning på verksamhetsnivå, samt funktioner som arbetar med verksamhetsnära kvalitetsutveckling.

Identifierade förbättringsmöjligheter:

- › Skapa utrymme för en mer individanpassad vård
- › Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna
- › Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov
- › Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet
- › Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet

Skapa utrymme för en mer individanpassad vård

En individanpassad vård innebär inte bara en god vård för den enskilda patienten, det är också en förutsättning för ändamålsenlig fördelning av resurser utifrån patienters olika behov. För att kunna säkerställa en sådan anpassning krävs både metoder för riskvärdering och arbetssätt som ger utrymme för flexibilitet. Det finns ett flertal exempel på hur dessa delar kan utvecklas.

Vid inskrivning på förlossningskliniken görs ofta en riskbedömning av kvinnan i syfte att kunna anpassa rätt vårdinsatser. Ett vanligt tillvägagångssätt är att dela in patienterna utifrån tre risknivåer: grönt (låg risk), gult (medelrisk) och rött (högrisk). På Danderyds sjukhus i Stockholm har

förlossningskliniken också delats upp i två avdelningar – en avdelning dit de förväntat okomplicerade förlossningarna fördelas och en avdelning för de förlossningar som förväntas kräva mer insatser. Syftet är både att främja ”normalförloppet” för de förväntat okomplicerade förlossningarna och minska risken för att interventioner görs i onödan, och för att säkerställa att de som väntas behöva mer vård och stöd ska få det från början.

Ett annat sätt att anpassa vården utifrån risknivå är att utforma vårdteamen med särskild hänsyn till yrkeskompetens och erfarenhet hos personalen. På Universitetssjukhuset i Linköping har man ett tydligt fokus på teamarbetet både inom och mellan professionerna. Tre kompetensnivåer har införts för barnmorskorna baserat på kunskaps- och erfarenhetsgrad. De minst erfarna får arbeta med patienter med förväntat okomplicerade förlossningar och vice versa. Detta leder dels till att personalens kunskap och erfarenhet används på bästa sätt. Det bidrar också till ett förtydligande av förväntningar och krav på den enskilda medarbetaren, vilket många menar leder till trygghet och ökar motivationen. Att olika yrkeskategorier ingår i samma team stärker även den gemensamma kompetensen och främjar en samsyn, bland annat när det gäller balansen mellan medicinska och icke-medicinska insatser.

Också efter förlossningen finns det stora möjligheter att anpassa vården och fördela personalresurser till dem med störst behov. Ett exempel är BB-vård i hemmet. Tanken är att nyblivna mammor inte ska vara kvar på sjukhuset under längre tid än de behöver, samtidigt som modellen möjliggör en individanpassad vård. De sjukhus som erbjuder BB-vård i hemmet gör en uppföljning genom återbesök på sjukhuset, hembesök och/eller telefonuppföljning. På sjukuset i Södertälje erbjuds till exempel alla som går hem inom tre dygn och som bor inom 25 minuters resväg dagliga telefonsamtal och hembesök efter behov. Syftet är att ge kvinnan en kontaktperson för stöd och en anpassad uppföljning. I Uppsala finns verksamheten ”BB på väg” som är tänkt att ersätta långa vårdtider (se fallbeskrivning 4).

Tillämpning av hemgång kort tid efter förlossningen är dock omdiskuterat och har på vissa håll i landet fått stor uppmärksamhet i media. Ett exempel var när Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg införde så kallad ”tidig hemgång” som förstahandsalternativ för friska omfödelskor under våren 2017. Målsättningen var att ungefär 20 procent av friska omfödelskor skulle gå hem inom 12 timmar. Det uppfattades från vissa patienters håll som att vården ”tvingade” ut dem, vilket skapade oro och stress. Ett drygt halvår efter införandet konstaterades dock att både patienter och vårdpersonal var positiva till arbetssättet. Och enligt den systematiska uppföljning som görs av patienters uppfattning av förlossningsvården i termer av bemanning, trygghet och

delaktighet under förlossningen via patientenkäter, är de patienter som gått hem tidigt i hög grad nöjda. I linje med detta uppger flertalet av de intervjuade patienterna, och som har erfarenhet av BB-vård i hemmet, att de känt sig redo att åka hem när detta kommit på tal. Även den verksamhetsnära vårdpersonal som intervjuats ser tydliga fördelar med arbetssättet, men betonar att det är viktigt med tydlighet gentemot patienterna och att förklara att det är en begränsad andel av patienterna som går hem tidigt, samt att det ska ses som ett erbjudande. Flera av de som arbetar med BB-vård i hemmet lyfter även vikten av att man redan under graviditeten ger patienten balanserad information om vad de kan förvänta sig av tiden efter förlossningen, för att de ska kunna förbereda sig och för att minska oro.

Fallbeskrivning 4. I Uppsala gör "BB på väg" hembesök efter förlossning

Familjer som föder barn på Akademiska sjukhuset i Region Uppsala och som skrivs ut inom 6–72 timmar efter förlossningen erbjuds BB-vård i hemmet. Villkoret är att mamman och barnet mår bra och att barnet har kommit igång med att äta. Barnet genomgår viss screening och barnläkarundersökning före hemgång. Vården håller sedan kontakt med familjen dagligen till dess barnet varit på återbesök hos barnmorska eller barnläkare vilket sker under fjärde till sjätte levnadsdagen.

Syftet med verksamheten är att det ska kännas tryggt att åka hem inom 72 timmar efter förlossningen, och att föräldrarna ska veta vart de ska vända sig med frågor och funderingar.

"BB på väg" är en enhet inom förlossningsvården på sjukhuset, och den hanterar de flesta kontakterna med familjerna. Enheten bedriver verksamhet årets alla dagar. "BB på väg" ansvarar också för kontakten med utomlänspatienterna. I fyra kommuner har mödrahälsovården ansvaret för BB-vård i hemmet på vardagarna.

Efter förlossningen ringer en barnmorska dagligen för att höra hur det går för mamman och barnet. Barnmorskan utgår från en särskild checklista under samtalet. Det finns då också möjlighet för föräldrarna att ställa frågor. Vid behov erbjuds också hembesök till familjer inom den egna regionen. Vid hembesöket kontrollerar barnmorskan både kvinnans och barnets hälsotillstånd. Hur många hembesök som görs varierar utifrån varje familjs behov. Patienter från andra landsting erbjuds endast telefonsamtal, men kan alltid besöka mottagningen om de vill eller behöver det. Efter tre till fem dagar besöker föräldrarna BB igen för att bli undersökta av barnmorska eller barnläkare.

Personalen på kvinnokliniken i Uppsala märker att verksamheten är uppskattad. Familjerna är överlag nöjda med att få hembesök, både då det är lättare att fånga upp eventuella besvär när de hunnit landa i den nya situationen hemma och eftersom hemmiljön känns tryggare än sjukhuset. Fysiska hembesök underlättar också hjälp med exempelvis amning.

Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna

Mycket pekar på att den information som vården tillhandahåller kan utvecklas både till form och innehåll, utifrån olika individers och gruppers behov och förutsättningar. Flera av respondenterna tar också upp vikten av ömsesidigt informationsutbyte och kommunikation mellan patient och vårdpersonal. Det finns en mängd exempel på hur vården kan utveckla nya metoder på detta område, inte minst genom att bli bättre på att tillvarata de möjligheter som en ökad digitalisering innebär.

Kunskapscentrum för jämlik vård i Västra Götalandsregionen vård har utvecklat en samtalsmetod, "Förstå mig rätt" [61], för att minska missförstånd mellan patient och personal. Metoden har utvecklats med inspiration från Teach back-metoden [62]. Genom att båda parter återberättar varandras budskap förbättras patientens möjlighet att förstå den information som personal vill ge, och samtidigt förbättras även personalens förståelse för patientens perspektiv.



I Storbritannien har barnmorskornas professionsorganisation tagit fram en "informationsmeny" där en lång rad ämnen står listade. Kvinnan får listan vid inskrivningen vid mödrahälsovården, och för varje ämne kan hon kryssa i två alternativ: "jag vet redan tillräckligt om detta ämne" eller "jag vill diskutera detta ämne mer". För varje ämne finns också ett fält som barnmorskan kan signera när ämnet diskuterats. Bakgrunden är att det ofta är svårt ta till sig mer än en viss mängd information vid ett tillfälle – i synnerhet inte om man sitter och väntar på att ett annat ämne som man hellre vill prata om ska dyka upp. Informationsboken "Grattis till barnet" som Region Norrbotten har tagit fram till nyblivna föräldrar, bygger på samma idé. Den gravida kvinnan kan där, för varje område som ingår i boken, kryssa i det som hon vill prata mer om under besöken vid mödrahälsovården. På detta sätt behöver hon inte på eget initiativ föreslå vilka ämnen som ska tas upp (vilket kan upplevas som svårt för vissa), och barnmorskan får möjlighet att lägga upp samtalet utifrån de områden som patienten anser är angelägna.

Ett annat sätt att anpassa förmedlingen av information är att tillhandahålla olika delar i olika format. I Linköping erbjuder mödrahälsovården gemensamma storföreläsningar för samtliga blivande föräldrar kring de frågor som många undrar över. Förutom att gemensam information blir mer samstämmig är det också ett tillfälle att lyfta och diskutera frågor som många undrar över. Detta ger också mer tid för att i de enskilda samtalen ta upp information av mer individuell karaktär. I Skövde och Falun erbjuds motsvarande storföreläsningar av förlossningskliniken.

Ytterligare en aspekt är vikten av tydlighet i information från vårdgivaren, bland annat kring vad man som patient kan påverka och inte. I detta sammanhang lyfter flera respondenter vårdvalet av förlossningsklinik i Stockholm, vilket flera menar skapar orealistiska förväntningar. Valfriheten i sig behöver inte vara ett problem, men det behöver vara tydligt hur förutsättningarna ser ut. En försäkran om att det finns olika alternativ som har olika fördelar kan sannolikt bidra till ökad trygghet. Ett annat område där vården behöver vara tydlig är vid hemgång från förlossningsavdelningen. Om patienterna känner till förutsättningarna och vet hur besluten kring hemgång tas, ökar tryggheten och känslan av delaktighet.

"Vilket sätt man erbjuder hemgång på betyder mycket. Istället för att säga 'ni måste gå hem imorgon', kan man säga 'nu får ni gå hem om ni vill'. Då brukar de flesta faktiskt gå ganska snart."

Medarbetare

Information specifikt riktad till kvinnans partner erbjuds på vissa håll av mödrahälsovården eller barnhälsovården under och efter graviditeten, liksom möjlighet för partnern att ställa frågor, diskutera och bearbeta sådant som rör relationen, sexlivet och den nya familjesituationen. Tanken är att detta ska stärka relationen och familjen. Samtalen kan handla om såväl det psykiska och fysiska som rent praktiska omständigheter, som föräldraledighet och delning av arbetsuppgifter i hemmet.

”Alla har varit jättenöjda med våra partnersamtal, men varit tvungna att lägga ner projektet, för det finns inte med i basprogrammet – men det skulle behövas för att uppmärksamma partnern.”

Verksamhetsföreträdare

Vidare är det ett samlat intryck att vården före, under och efter graviditet, i likhet med hälso- och sjukvården i stort, kan bli bättre på att tillvarata digitaliseringsens möjligheter. Dels möjliggör digitala informationslösningar en anpassning utifrån patienters individuella behov och preferenser, dels rymmer digitala plattformar väsentligt mycket mer information och sökfunktioner gör det enklare att navigera i utbudet. Samlad och enhetlig information, exempelvis genom funktioner som 1177 Vårdguiden, kan också bidra till att öka samstämmigheten i informationen mellan olika delar i vårdkedjan och mellan olika vårdprofessioner. Det i sin tur kan bidra till att vårdkedjan upplevs som mer sammanhållen.

”Vi måste vara uppmärksam på att de som föder barn är unga och de är förmodligen längre fram än oss i teknologi, sociala medier och kommunikation. Man måste lyssna in hos dem: hur skulle ni föredra att få hjälp?”

Medarbetare

På flera håll i landet har applikationer för mobiltelefoner utvecklats för att ge patienterna den information de behöver under graviditeten och efter förlossningen. På Centralsjukhuset i Kristianstad har två barnmorskor utvecklat ”BB-appen”. Ett annat exempel är mobilapplikationen ”Preglife” som har tagits fram i syfte att stödja gravida och deras partners. Applikationen inkluderar olika webbkurser och filmer, information om vilka mödrahälsovårdscentraler som finns, tillgång till podcasten ”Gravidpodden” samt tips och råd om den första tiden efter förlossningen. Danderyds sjukhus har också utvecklat en egen podcast som heter ”Föda barn”, där specialister från kvinnokliniken berättar om födande ur ett medicinskt perspektiv.



Det finns också landsting som har tagit fram websidor som samlar lokal-anpassad information för gravida och nyblivna föräldrar. Ett exempel på en sådan är ”Bebis i Norr” av Region (se fallbeskrivning 5). I Storbritannien har professionsorganisationen för barnmorskor utvecklat en nationell applikation som syftar till att tillhandahålla information på ett sätt som möter patienternas behov och preferenser (se fallbeskrivning 6).

Det är ett uttalat önskemål från många patienter att det ska vara lättare att kommunicera med vården, exempelvis genom en direkttelefonlinje, chat-funktion eller meddelandeforum. Via en sådan kan patienter både få svar på sina frågor och lotsats till lämplig vårdaktör. I Skåne har en direktlinje till en erfaren barnmorska införts. Bakgrunden var att patienter upplevde att det var svårt att komma fram på telefon både till mödrahälsovården och kvinno-kliniken, och att de inte fick den hjälp de behövde. Direktlinjen är öppen dagtid varje vardag klockan 8.00–15.30 och är upplagd så att de mer akuta fallen slussas före i kön. Utöver förbättrad tillgänglighet och information till patienterna, avlastas personalen i verksamheterna genom att de behöver av-sätta mindre tid för telefonsamtal.

Fallbeskrivning 5. "Bebis i Norr" samlar lokalanpassad information kring hela vårdkedjan för patienter i Region Norrbotten

"Bebis i Norr" ägs av Region Norrbotten och är en webbplats (www.bebisinorr.se) som samlar information om graviditet, förlossning och eftervård. Webbplatsen är utformad för patienter i Norrbotten och innehåller tydlig information om vart patienten kan vända sig för olika typer av vård, samt viktig information runt graviditeten. Trots inriktning på vårdutbudet inom Region Norrbotten, är en stor del av informationen inte specifik för landstingets patienter.

Informationen har utformats utifrån vad personalen uppfattar att blivande föräldrar ofta frågar om i samband med en graviditet. Målgruppens önskemål om vad webbplatsen bör innehålla har också hämtats in.

På webbplatsen presenterar sig personalen från de olika aktörerna i vårdkedjan och det illustreras, genom videor och text, hur de olika stegen i vårdkedjan kan gå till. Det ingår även information kring förlossning, amning, olika typer av komplikationer, vad specialismödravård är, med mera. Vidare finns beskrivningar av mödrahälsovården och barnhälsovården, en samling av informationsvideor på olika språk, samt vanliga frågor och berättelser från föräldrar som fött i Norrbotten. Webbplatsen rymmer också praktiska råd kring det nyfödda barnet och den som har fött, information om spädbarnssäkerhet samt information till partnern.

Bebis i Norr är en webbapplikation vilket innebär att den är kompatibel med mobiltelefon till sin layout och sina funktioner. En telefonsymbol kan användas för att direkt ringa till 1177 Vårdguiden, SOS Alarm eller landstingets två förlossningskliniker. En meddelandefunktion är under utarbetning så att det ska vara enkelt att kontakta vården genom 1177 Vårdguiden.

Stora delar av innehållet på webbplatsen finns också samlad i en bok som alla födande i Norrbotten får på BB-avdelningen eller via mödrahälsovården. Såväl patienter som personal i Norrbotten är nöjda med Bebis i Norr, och en liknande funktion för gynekologi är under utveckling.

Fallbeskrivning 6. The Royal College of Midwives har utvecklat en nationell mobilapplikation med samlad information om tiden före, under och efter graviditeten. Storbritanniens barnmorskeförbund, The Royal College of Midwives (RCM), har utvecklat en nationell mobilapplikation som är kopplad till en databas som samlar all information som vården erbjuder före, under och efter graviditeten.

Tidigare undersökningar visade att blivande föräldrar tyckte att de fick för mycket information, och att informationen gavs genom broschyrer som uppfattades som tråkiga och svårlästa. Applikationen gör det istället möjligt för patienten att själv navigera sig fram till den önskade informationen.

Eftersom informationen ges digitalt och ständigt synkroniseras, kan också RCM uppdatera informationen löpande, så att patienterna kan vara säkra på att den alltid är kvalitetssäkrad och aktuell.

Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov

Det är viktigt att vårdens personal har tillräckligt med tid och kompetens för att kunna identifiera och bemöta grupper med särskilda behov. Enligt flera av de intervjuade verksamhetsföreträdarna finns förbättringspotential längs hela vårdkedjan, men framför allt gäller det mödrahälsovården. Förutom ökad kompetens och längre erfarenhet hos barnmorskorna ser flera av respondenterna behov av en högre läkarnärvaro vid mödrahälsovården, samt komplettering med andra yrkeskategorier. Fysioterapeuter är en yrkesgrupp som flera nämner, och som i dag inte ingår i det nationella basprogrammet. Ofta krävs att patienten själv aktivt efterfrågar ett sådant stöd, vilket tenderar att gynna de mer resursstarka.

Samtidigt riktas sedan några år tillbaka allt fler insatser mot grupper med särskilda behov. Detta framgår bland annat av SKL:s redovisning av landstingens insatser för att stärka kvinnors hälsa och öka tillgängligheten och jämlikheten i förlossningsvården [63]. Det gäller exempelvis nyanlända, personer med riskbruk, förlossningsrädda eller övervikt. I vissa fall drivs utvecklingsarbetena i projektform och i andra fall har projekten övergått till permanenta verksamheter. Vissa av projekten och verksamheterna följs upp vilket ger möjlighet till strukturerad utvärdering av resultat och effekter.

Bland insatser riktade mot nyanlända svenskar finns satsning på kulturtolkar eller kulturdoulor, vilka fungerar som stödpersoner åt kvinnan under graviditet och förlossning. Tanken är att doulan, åtminstone delvis, ska dela språk och kulturell bakgrund med kvinnan. Flera intervjupersoner lyfter att kulturdoulor är till stor hjälp både för vården och för den födande, då de bidrar med information, stöd och trygghet genom sin särskilda förståelse för kvinnans bakgrund och situation. Kulturdoulan kan också fungera som tolk eller kommunikator mellan vårdpersonalen och patienten. Det första svenska projektet med kulturdoulor startades i Göteborg 2008, och flera orter i landet har sedan dess infört verksamheter, till exempel i Södertälje (se fallbeskrivning 7). Effekter av en liknande verksamhet i Stockholmsområdet utvärderas inom ramen för ett forskningsprojekt vid Karolinska Institutet. Här får ett slumpmässigt urval gravida kvinnor tillgång till doulastöd. Effekten på kvinnans självskattade upplevelse av förlossningen och tiden efter förlossningen följs upp, liksom olika medicinska indikatorer, och jämförs med en kontrollgrupp. Utvärderingen inleds under 2018.

Fallbeskrivning 7. Nystartad trettonspråkig kulturdouloverksamhet i Södertälje

”Doula & kulturtolk” i Södertälje startade sin verksamhet under våren 2017 på initiativ av den ideella föreningen Mira och med finansiering från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting. Verksamheten har ett nära samarbete med förlossningskliniken på Södertälje sjukhus, och Södertäljes samtliga mödrahälsovårdscentraler, som kontaktar doulorna vid behov. Doulornas samlingspunkt är Familjecentralen i Gnesta. Rekryteringen av doulorna skedde via Arbetsförmedlingen, på internet och genom föredrag på skolor.

En kulturtolksdoula är rekryterad utifrån språklig och kulturell kompetens i första hand, och behöver inte vara vårdutbildad. För närvarande erbjuds doulastöd på tretton olika språk i Södertälje. De beskriver sig själva som ”utbildad anhörig” eller ”stödperson”. Huvudsyftet med verksamheten är att stödja kvinnan och hennes partner under graviditet, förlossning och den första tiden med barnet samt att främja familjens rättighet till jämlik vård och integration i samhället.

Doulorna genomgår en betald utbildning under åtta dagar och gör sedan tre uppdrag inom ramen för utbildningen för att bli certifierad. Dessa tillfällen är viktiga för att gruppen ska kunna dela erfarenheter, stötta varandra och för att bearbeta händelser.

Doulan träffar sedan den gravida kvinnan och eventuell partner två gånger under graviditeten, antingen på familjecentralen eller där kvinnan önskar. När det är dags att föda ringer kvinnan till sin doula som då följer med till sjukhuset och närvarar under hela förlossningen och ett par timmar efter att barnet är fött. Efter födseln har doulan två uppföljande träffar med den nyblivna familjen, antingen på BB eller hemma. Den första sker oftast någon dag efter förlossningen.

Verksamheten i Södertälje har hittills välkomnats varmt av de gravida. Även kollegorna på barnmorskemottagningarna och förlossningsklinikerna är mycket positiva. Verksamhetsledarna för Doula & kulturtolk anger följande framgångsfaktorer för verksamheten: väletablerad kontakt med Doula & kulturtolk i Göteborg (Föreningen Födelsehuset), en tydlig lokal förankring, ett gott samarbete med nätverket kring den födande kvinnan, barnmorskeledd verksamhet och en ödmjukhet inför de organisatoriska förutsättningarna.

Ett annat exempel på en insats för att integrera och stödja nyanlända kvinnor görs i Västmanland, där ”Folkhälsobyrå” har föräldragrupper (kallade LIV-grupper). I dessa grupper får nyanlända träffas flera gånger under graviditeten för att få information om vården och om samhället.

Vidare finns ett antal exempel på insatser som är inriktade på att ge stöd till familjer med risk- eller missbruksproblematik. Rosenlunds barnhälsovården-team i Stockholm är en länsövergripande verksamhet som erbjuder specialiserad barnhälsovården till familjer med riskbruk. Teamet består av barnsjuksköterskor och barnläkare som träffar familjerna en till två gånger under graviditeten för samtal och kontroll. En barnsjuksköterska gör sedan ett besök på BB, och några dagar efter hemgång startar hembesök som görs ungefär två gånger i veckan under de första månaderna. Syftet med hembesöken är att ge stöd i föräldraskapet och att kontrollera



hälsan hos barnet. Efter ett halvår övergår ansvaret till ordinarie BVC. Ett annat exempel är Hagateamet i Göteborg, som beskrivs närmare på sid 92 (se fallbeskrivning 3).

I syfte att förebygga eventuell problematik kopplat till övervikt och fetma under graviditeten, bedrivs särskilda insatser riktade till denna riskgrupp. Kalmar, Västra Götaland och Jämtland/Härjedalen har till exempel "VIKTiga mammor"-program, som genom motiverande hälsosamtal och möten med nutritionister syftar till att begränsa viktuppgången under graviditet för denna grupp. I Stockholms län anordnas "walk-and-talk"-promenader, som är promenadgrupper med barnmorskor som går ut på att motionera och skapa kontakter med andra kvinnor i samma situation. I Halland utvecklas insatser gemensamt mellan kvinnokliniken och olika aktörer i primärvården för att gemensamt rikta insatser till gravida med fetma genom bland annat fysisk aktivitet på recept (FaR) och vid behov stöd av fysioterapeut, dietist eller psykolog.

En annan patientgrupp med behov av särskilt stöd är personer med förlossningsrädsla. Insatserna handlar här dels om att förebygga, dels behandla förlossningsrädsla. För detta finns, utöver konventionella så kallade Aurora-samtal, olika utvecklingsinitiativ runtom i landet. Som exempel kan nämnas "Föda utan rädsla" (FUR), som är en metod framtagen av en barnmorska och en fysioterapeut. I FUR ingår profylaxkurser och föreläsningar runtom i landet och det har också tagits fram en bok riktad till personer med förlossningsrädsla. Det pågår även del forskning kring effektiviteten i de stødsamtal som i dag ges mot förlossningsrädsla samt metoder som används för att identifiera patienter med behov av stöd. Ny forskning har också visat att patienter som gått igenom en traumatisk förlossingsupplevelse kan få färre psykologiska genom att spela en viss typ av datorspel (se Fallbeskrivning 8).

Fallbeskrivning 8. Spel kan förebygga långvariga stressyndrom i samband med förlossning

När en person upplever ett trauma höjs förmågan att ta in synintryck. Den ökade förmågan kan leda till en ökad inlagring av minnesbilder som kan återkomma i form av obehagliga "flashbacks". Detta är ett symptom på akut stressyndrom och kan leda till kronisk posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Akut stressyndrom är vanligare bland kvinnor som föder med akut kejsarsnitt än de som föder komplikationsfritt. Mot denna bakgrund utförde forskare en randomiserad kontrollerad studie med en intervention i form av en enkel kognitiv åtgärd på BB (se nedan), vars syfte var att mildra symptomen. I studien från 2017 [72] undersöktes huruvida 15 minuters intensivt och oavbrutet deltagande i spelet "Tetris" kunde fungera som kognitiv terapi för kvinnor som fött med akut kejsarsnitt. Eftersom hjärnan har begränsad kapacitet kan traumatiska bilder "konkurreras ut" genom intensiva visuella uppgifter. Traumatiska minnen har visat sig befästas långsiktigt först efter sex timmar. Därför spelade patienten inom sex timmar efter kejsarsnittet på en handhållen spelmaskin. Målet var att minska antalet stressymptom och återkommande traumatiska minnesbilder. I studien ingick 56 kvinnor. Deras upplevelser dokumenterades genom att de förde dagbok under en vecka efter förlossningen, samt genom en specialutformad enkät som besvarades efter en vecka. Kvinnorna delades upp i två grupper, en grupp som fick spela spelet efter förlossningen och en som fick vård som vanligt, utan spel. Gruppen som spelade rapporterade färre obehagliga återupplevelser genom minnen inom en vecka, och färre akuta stressymptom efter en vecka. Skillnaden var ungefär en halvering av traumatiska minnen efter en vecka, och en halvering av stressymptom efter en månad.

På Universitetssjukhuset i Linköping har landets första bäckensmärtenhet startats. Istället för att patienter med besvär söker sig till kvinnokliniken, får de specialisthjälp genom en särskilt utformad enhet som har fokus på långvarig smärta. Huvuddelen av behandlingen är fysioterapi, men smärt- och bäckenbottenskola i grupp och psykologisk beteendeterapi ingår också i behandlingen. På sjukhus i många andra europeiska länder finns liknande funktioner.

Runtom i landet finns också ett stort antal exempel på utbildningsinsatser som genomförts i mindre skala, inom till exempel förlossningsrädsla, bemötande av kvinnor med psykisk ohälsa, handläggning av endometriosis och amning. Socialstyrelsen har tagit fram en webbutbildning om könsstymplingar som flera landsting låtit sin personal gå. Vissa utbildningar, som exempelvis amningsutbildning, har inom flera landsting getts för vårdpersonal längs med hela vårdkedjan, vilket samtidigt främjar samstämmighet och enhetlighet i arbetssätt och kommunikation till patienterna.

Många gånger är det nödvändigt med tvärprofessionella samverkanssteam för att möta grupper med särskilda behov. I Stockholms län finns ett sådant samarbete mellan socialtjänst, psykiatri, kvinnokliniken, mödrahälsovården och barnhälsovården. Teamen finns i varje stadsdel i Stockholms stad och i varje kommun i Stockholms län och utformas utifrån lokala förutsättningar. De som ingår i teamet träffas ungefär en gång i månaden för att diskutera relevanta ärenden. En annan samverkande verksamhet i Stockholms län är Rinkeby BVC som har ett tätt samarbete med socialtjänsten. Denna BVC erbjuder alla förstföderskor upp till fyra hembesök tillsammans med socialtjänstens familjerådgivare, i syfte att kartlägga behov, ge stöd i föräldraskapet samt informera föräldrarna om egenvård och vart de kan vända sig om barnet blir sjukt. Eftersom insatsen är generell och erbjuds alla förstföderskor som är listade vid BVC:n har man kringgått den eventuella problematik som kan följa av riktade insatser där familjer kan känna sig ”utpekade” för att de har särskilda behov. ALMA-verksamheten i Malmö, som beskrivs närmare på sid 91 (se fallbeskrivning 2), är ytterligare ett exempel som inkluderar både socialtjänst, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri, mödrahälsovården och barnhälsovården.

Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet

I dag ser den förlossningsvård som erbjuds i Sverige relativt likartad ut – trots olika förutsättningar inom olika landsting och en alltmer heterogen patientgrupp (se kapitel 2). I andra jämförbara länder finns en större variation i vårdens organisation och utbud. I Nederländerna är det till exempel betydligt vanligare med hemförlossningar [64]. Det finns också länder med en mer utvecklad nivåstrukturering av förlossningskliniker; i Norge finns tre olika typer av kliniker med olika grad av medicinsk beredskap och kompetens. Även om intresset för radikalt annorlunda modeller är relativt litet i Sverige finns sannolikt som utrymme för alternativ. Med ett större utbud skulle det finnas fler möjligheter att anpassa vården utifrån landstingens lokala förutsättningar och patienternas individuella behov.



I kartläggningen framkommer att både patienter och professionsföreträdare upplever att kontinuiteten i vårdkedjan kan förbättras. Exempelvis mellan mödrahälsovården och förlossning eller förlossning och BB. En del av de intervjuade (i första hand barnmorskor) har uttryckt önskemål om få ”följa med” patienten genom vårdkedjan – utöver ökad kontinuitet och trygghet för patienten skulle detta innebära mer varierande arbetsuppgifter och ökad arbetstillfredsställelse för personalen. Två varianter av en sådan modell är Team midwifery och Caseload midwifery. Dessa är väl etablerade i flera anglosaxiska länder men finns endast på ett par ställen i Sverige. I Uppsala finns Barnmorskemottagningen Hjärtat, som har ett samarbetsavtal med förlossningskliniken på Akademiska sjukhuset som går ut på att Hjärtats barnmorskor delar på en heltidstjänst på kliniken. Ett arbetssätt har utvecklats där en barnmorska från Hjärtat följer med den gravida kvinnan genom graviditeten och även deltar vid förlossningen. Alla involverade barnmorskor har god erfarenhet av att genomföra förlossningar. Under år 2016–2017 genomfördes ett forskningsprojekt inriktat på en grupp gravida med förlossningsrädsla,

som fick vård via en Caseload-modell. Varje dag under åtta veckor var personalen tillgänglig mellan klockan 07–22, med beredskap att rycka in vid förlossning. Projektet visade goda resultat. Av de tio kvinnorna som medverkade var samtliga nöjda med arbets sättet och önskade samma upplägg vid en kommande graviditet. Den största fördelen ansågs ligga i tryggheten att ha en och samma fasta vårdkontakt och att ha en etablerad relation med barnmorskan vid förlossningen.

Sedan sommaren 2017 genomförs även ett treårigt Caseload-projekt i Sollefteå (se fallbeskrivning 9). Även detta arbete utvärderas som en del av ett forskningsprojekt.

Fallbeskrivning 9. I Sollefteå testas Caseload-modellen genom projektet "Barnmorska hela vägen"

Modellen innefattar en barnmorska på heltid och tre barnmorskor på 75 procent. Barnmorskorna arbetar på mödrahjälsvården, och delar på huvudansvaret för vården av några gravida kvinnor. Under graviditeten ges kvinnorna mödrahjälsvård som vanligt, men när det är dags för förlossning följer en av barnmorskorna med kvinnan till förlossningskliniken och förlöser henne. En av de fyra barnmorskorna är alltid i beredskap. Vid beredskap kan kvinnan ringa till barnmorskan och meddela att bebisen är på väg i stort sett närsomhelst på dygnet.

Eftersom enbart en av de fyra barnmorskorna har beredskap varje dygn blir det inte med säkerhet den barnmorska som kvinnan har haft som huvudansvarig under graviditeten som också förlöser henne. Den gravida kvinnan känner dock väl till de andra barnmorskorna genom mödrahjälsvården, där de exempelvis träffats på föräldraträffar. Barnmorskorna får arbeta maximalt tolv timmar per dygn, inklusive resor. Arbetstidsmodellen är till stora delar hämtad från en dansk modell, där beredskapstid varvas med planlagd mödrahjälsvård. Under beredskapstiden får barnmorskorna ersättning för den tid då de är verksamma, resterande tid räknas som beredskapstid. I efterhand kontrolleras arbetstiden mot en schablon och eventuella justeringar görs.

"Barnmorska hela vägen" inleddes i Sollefteå i februari 2017, och de första deltagarna i projektet har fött sina barn. Projektet ingår i en forskningsstudie där svenska och internationella forskare kommer att utvärdera Caseload-modellen i glesbygden.

Effekterna av Team midwifery, Caseload midwifery och andra liknande modeller för ökad barnmorskekontinuitet har ännu inte undersökts i Sverige, men resultat från andra länder pekar på att dessa modeller är förknippade med en lägre andel instrumentella födselar, fler spontanfödselar och en lägre andel ryggbedövningar. När det gäller påverkan på barnadödlighet och kejsarsnittsfrekvens är resultaten inte entydiga, och inga säkra slutsatser har gått att dra utifrån de hittills genomförda studierna. [65] [66] [67]

Ett vanligt argument mot dessa modeller är att det riskerar att påverka patient-säkerheten negativt eftersom varje barnmorska genomför färre förlossningar och därför får svårare att upprätthålla sin ”förlossningskompetens”. Ibland framhålls också att arbetssättet försvårar möjligheterna att bygga välfungerande team på förlossningsavdelningen, och att jourberedskap innebär obekväma arbetsförhållanden för barnmorskorna. Caseload-modellen har testats ur ett medarbetarperspektiv genom en forskningsstudie i Danmark, och där upplevde personalen ändå att de positiva aspekterna övervägde [68]. Någon robust utvärdering av de ekonomiska nettoeffekterna av dessa modeller har inte gjorts.

Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet

Patienter vittnar om att vården före, under och efter graviditet kan utvecklas på en rad olika områden. Samtidigt saknas ofta, från vårdens sida, strukturell förståelse för vilka av patienternas förväntningar och behov som är viktigast att bemöta, och hur behoven förändras över tid. Ibland skiljer sig personalens och patienternas perspektiv väsentligt åt. Genom att involvera patienterna i verksamhetsutveckling ökar möjligheterna att identifiera relevanta förbättringsområden, prioritera bland dessa samt finna lösningar på de problem som patienterna upplever [69] [70].

Många av de sakkunniga påpekar att det är viktigt att vidga perspektivet på patientinvolvering. Det är numera vanligt att patienter involveras i större utvecklingsprojekt, men fortfarande saknas många gånger patienterna och deras partner/närståendes perspektiv i det löpande verksamhetsnära utvecklingsarbetet – trots att det ofta är där det kan vara till störst nytta.

Det finns ett relativt stort antal angreppssätt för att fånga patienternas behov, synpunkter och erfarenheter i utformningen av vården. Ett aktuellt exempel är Graviditetsenkäten som är under utveckling och som kommer att lanseras 2018 [10] (se fallbeskrivning 10). Ambitionen är att samla in patienternas tankar och erfarenheter av vården under och efter graviditet i hela landet. Ett annat exempel är genom så kallad tjänstedesign, där tanken är att allt förbättringsarbete måste utgå ifrån patientens upplevelser och behov i första hand (se fallbeskrivning 11). Ett exempel på när patienter involverats i ett mer omfattande verksamhetsutvecklingsprojekt, är då Skaraborgs sjukhus Skövde byggde om sin neonatalavdelning och samlokaliserade denna med BB och förlossningsklinik (se fallbeskrivning 12).



Fallbeskrivning 10. Graviditetsenkäten: enkät i tre delar om kvinnors upplevelser av mödrahälsovården och förlossningsvården

Under 2018 lanseras Graviditetsenkäten. Alla kvinnor i Sverige kommer att få besvara enkäten under graviditet, förlossning och eftervård. Syftet med enkäten är att öka kvinnors delaktighet i samband med graviditet och förlossning samt att ge underlag till lärande och förbättringsarbete för landsting och regioner. Enkäten ska besvaras i mitten av graviditeten, efter förlossning samt ungefär ett år efter förlossning. Mödrahälsovården har huvudansvaret att informera om enkäten i mötet mellan barnmorska och den gravida.

Graviditetsenkäten har utvecklats av SKL i samarbete med Nationell Patientenkät, Bristningsregistret, Graviditetsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Frågorna i enkäten har utformats av barnmorskor och förlossningsläkare tillsammans med gravida och nyblivna mammor. Resultaten från undersökningen kommer att presenteras öppet och transparent bland annat på www.patientenkät.se.

Fallbeskrivning 11. Involvering av patienter genom tjänstedesign av Experio Lab

Experio Lab är en särskild satsning som koordineras av Landstinget i Värmland, och som har uppmärksammats både nationellt och internationellt. Tjänstedesign är ett förhållningssätt och en metod med olika verktyg som hjälper till att förstå och förbättra värdeskapandet i en tjänst. Tanken är att sjukvårdens värde skapas i kontakten med patienten, och att sjukvården i sig inte har något egenvärde utan patienten. Därför måste förbättringsarbete utgå från patientens upplevelser och behov, snarare än att sjukvårdens organisation ligger till grund för hur patientmötet utformas.

Ett uppmärksammat projekt som Experio Lab genomfört kallades "Patientresan" och hade som mål att genom rollspel identifiera förbättringsområden i vårdkedjan ur patientens perspektiv. I projektet fick vårdpersonal spela rollen som patienter, och även rent fysiskt uppleva vad det kan innebära. Glasögon och öronproppar användes för att försämrade syn och hörsel, och sedan togs de via ambulanstransport till sjukhuset där de fick genomgå samma resa som patienterna, det vill säga via väntrum och sängtransport till olika mottagningar och avdelningar. Patientresan följdes av workshops där personalen fick reflektera över erfarenheterna och komma med förslag på hur vården kunde förbättras. Flera deltagare upplevde att de hade fått nya insikter om vad det innebär att vara patient, trots många års arbete i sjukvården – insikter som kunde ligga till grund för förbättringsarbete.

Fallbeskrivning 12. Involvering av föräldrar vid utveckling av neonatalprocessen i Skövde

I samband med att Skaraborgs sjukhus i Skövde skulle bygga om sin neonatalavdelning genomfördes ett utvecklingsarbete för att förbättra neonatalvårdens processer. Utvecklingsarbetet ingick samtidigt i en forskningsstudie [69]. Syftet var att med hjälp av ramverket "experience-based co-design" (EBCD) involvera patienterna på ett strukturerat sätt. Tidigare forskning har visat att personalen kan ha svårt att sätta sig in i patienternas perspektiv och att systematisk patientinvolvering kan ha ett stort värde vid förbättringsarbete. På Skaraborgs sjukhus föddes under tiden för studiens genomförande runt 2 500 barn, och runt en tiondel var i behov av neonatalvård.

Fem föräldrar, vars barn hade fått neonatalvård på sjukhuset, deltog i studien tillsammans med sju personer från olika yrkeskategorier (sjuksköterskor, barnmorskor och undersköterskor). Genom intervjuer och fokusgrupper fick föräldrarna och personalen, först var för sig och sedan i grupp, beskriva sina upplevelser av neonatalvården från början till slut, samt komma med förbättringsförslag. Totalt framförde föräldrarna och personalen 21 respektive 28 förbättringsförslag. Endast tre av förbättringsförslagen var gemensamma. Till dessa hörde förbättrad kommunikation och samverkan mellan personalen på BB-avdelningen och neonatalavdelningen, förbättrade amningsråd och bättre samarbete med primärvårdspersonalen.

Projektet bekräftade att personal och föräldrar lyfter olika saker när förbättringsåtgärder i vården diskuteras. Vilket är helt naturligt då de befinner sig i olika situationer, har olika kunskap och upplever saker på olika sätt.

På Göteborgs Universitets Centrum för personcentrering (GPCC) forskas det kring hur patienter kan involveras i vården och hur personalen kan ta till sig deras perspektiv. För detta syfte har de bland annat med hjälp av forskare, vårdpersonal, studenter och patienter tagit fram ett spel, ”PCV-spelet”, där PCV står för personcentrerad vård. Spelaren kan där välja att se situationer i vården utifrån olika perspektiv. Spelet riktar sig till både vårdpersonal och patienter eller vem som helst med intresse för personcentrering, med syftet att påminna om att varje situation kan uppfattas på flera olika sätt beroende på en lång rad faktorer.

Referenser

- [1] FN – Förenta Nationerna, ”Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division”, 2015.
- [2] Socialstyrelsen, ”Öppna jämförelser 2016 – Säker vård – En indikator-baserad uppföljning”, Socialstyrelsen, 2016.
- [3] Graviditetsregistret, ”Graviditetsregistrets årsrapport 2015”, 2016.
- [4] SFOG – Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, ”www.sfog.se” [Online]. Available: http://old.sfog.se/media/347632/bristningar_tobak_och_kejsarsnitt_per_l_n_och_r_v2_2017-10-12.pdf.
- [5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring”, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2012.
- [6] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder”, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016.
- [7] Socialstyrelsen, ”Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015”, Socialstyrelsen, 2017.
- [8] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, ”Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter”, SKL, 2017.
- [9] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, ”Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus – kartläggning och förbättringsområden”, SKL, 2016.
- [10] SKL – Sveriges kommuner och landsting, ”skl.se” [Online]. Available: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa/graviditetsenkaten.13922.html>.
- [11] Socialstyrelsen, ”Nationella indikationer för god vård – hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer”, Socialstyrelsen, 2009.
- [12] Socialstyrelsen, ”Handläggning av normal förlossning – State of the Art”, Socialstyrelsen, 2001.
- [13] SCB – Statistiska centralbyrån, ”www.scb.se” [Online]. Available: https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/55349/55356/Behallare-for-Press/Olika-generationers-barnafodande/.

- [14] Socialstyrelsen, "Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda", [Online]. Available: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>.
- [15] Livio Fertilitetscentrum, "www.livio.se" [Online]. Available: <http://livio.se/behandling/livstilsfaktorer/>.
- [16] Karolinska Institutet, "KI Nyheter" [Online]. Available: <http://ki.se/nyheter/aldre-forstfoderskor-risk-redan-fore-35>.
- [17] Karolinska Institutet, "KI Nyheter" [Online]. Available: <http://ki.se/nyheter/forlossningspsykos-vanligare-hos-aldre-forstfoderskor>.
- [18] Socialstyrelsen, "Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning", Socialstyrelsen, 2016.
- [19] Migrationsinfo.se, "www.migrationsinfo.se" [Online]. Available: <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>.
- [20] Graviditetsregistret, "Graviditetsregistrets årsrapport 2016, tema: psykisk ohälsa", 2017.
- [21] Socialstyrelsen, "Öppna jämförelser – Jämlik vård 2016 – Kvinnors hälso- och sjukvård", Socialstyrelsen, 2015.
- [22] Socialstyrelsen, "Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn", Socialstyrelsen, 2015.
- [23] M. Blomberg, "Lakartidningen.se" 2015. [Online]. Available: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/11/Fetma-under-graviditet-okar-risken-for-bade-kvinna-och-barn/>.
- [24] 1177 Vårdguiden, "www.1177.se" [Online]. Available: <https://www.1177.se/Tema/Gravid/Graviditeten/Halsa-under-graviditeten/Tobak-och-graviditet/>.
- [25] A.-K. Wikström, O. Stephansson, H. Kieler och S. Cnattingius, "Snus under graviditet är inget riskfritt alternativ till rökning", Läkartidningen, 18 07 2011.
- [26] Socialstyrelsen, "Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller – Ska behandling få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus?", Socialstyrelsen, 2016.
- [27] Karolinska institutet, "www.kmagasin.se" [Online]. Available: <http://www.kmagasin.se/artikel/ivf-i-siffror/>.
- [28] SMER – Statens medicinsk-etiska råd, "www.smer.se" [Online]. Available: <http://www.smer.se/teman/assisterad-befruktning/>.
- [29] RFSL – Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter, "www.rfsl.se" [Online]. Available: <https://www.rfsl.se/familj/att-bli-och-vara-foralder/juridiskt-foraldraskap-efter-assisterad-befruktning/#sverige>.

- [30] Q-IVF – Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning, ”Årsrapport 2017” 2017.
- [31] Karolinska Institutet, ”www.ki.se” [Online]. Available: <https://ki.se/forskning/fakta-om-ofrivillig-barnloshet>.
- [32] Uppgifter lämnade av C. Bergh, Registerhållare för Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning Q-IVF. December 2017.
- [33] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, ”Assisterad befruktning – uppföljningsrapport med definitioner, rekommendationer och utvecklingsområden”, SKL, 2014.
- [34] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande om offentligt finansierad assisterad befruktning, 2016.
- [35] SMER – Statens medicinsk-etiska råd, ”www.smer.se” [Online]. Available: <http://www.smer.se/teman/assisterad-befruktning/>.
- [36] Socialstyrelsen, ”Kunskapsstöd för mödrahälsovården”, Socialstyrelsen, 2014.
- [37] Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Sveriges Barnmorskeförbund, Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, ”Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa”, 2016.
- [38] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik (SOSFS 2012:20)”, 2012, Socialstyrelsen.
- [39] SMER – Statens beredning för medicinsk utvärdering, ”Metoder för tidig fosterdiagnostik”, SMER, 2006.
- [40] C. Malmgren, E. Iwarsson, N. Juth och P. Lindgren, ”www.lakartidningen.se”, [Online]. Available: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Utbildning-och-forskning/2017/05/SFOG-ger-nationella-riktlinjer-for-fosterdiagnostik-med-NIPT/>.
- [41] Säker Förlossningsvård, ”www.lof.se” [Online]. Available: <http://lof.se/wp-content/uploads/Riskbed%C3%B6mning-ankomst-f%C3%B6rlossningsenhet.pdf>.
- [42] I. Sjöblom, ”Planerade hemförlossningar i Norden: Kvinnors och barnmorskors perspektiv”, Malmö högskola, Fakulteten för Hälsa och samhälle, 2014.
- [43] SCB – Statistiska centralbyrån, ”www.statistikdatabasen.scb.se” [Online]. Available: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/?rxid=4da8ce9a-cffb-4264-91aa-ea634754c25a>.
- [44] SLL – Stockholms läns landsting, ”www.sll.se” [Online]. Available: <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2017/02/Viktigt-att-valja-forlossningsenhet-som-har-plats/>.

- [45] Svenska Barnmorskeförbundet, "www.barnmorskeforbundet.se" [Online]. Available: <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/vasterbotten/foda-hemma-i-umea/>.
- [46] Socialstyrelsen, "Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning", Socialstyrelsen, 2017.
- [47] Socialstyrelsen, "Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning", Socialstyrelsen, 2017.
- [48] Socialstyrelsen, "Vägledning för barnhälsovården", Socialstyrelsen, 2014.
- [49] Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Neonatalsektionen, "Säker vård efter förlossningen – rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet", 2013.
- [50] Lilla barnets fond, "Fakta om neonatalvård", [Online]. Available: <http://lillabarnet.se/dokument/pressmapp.pdf>.
- [51] SNQ – Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, "Årsrapport 2016", 2017.
- [52] SNQ – Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, "Årsrapport 2015", 2016.
- [53] A. Vikström, S.-E. Johansson och M. Barimani, "Postnatal ER visits within 30 days – Pattern, risk factors and implications for care", Journal of Clinical Nursing, September 2017.
- [54] A. Anell, "Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av hälsoval Skåne", KEFU, 2016.
- [55] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, "Vårdval och jämlik vård – En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande", Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015.
- [56] Riksrevisionen, "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)", Riksrevisionen, 2014.
- [57] Föreningen för familjecentralers främjande, "www.familjecentraler.se" [Online]. Available: <http://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral/>.
- [58] SOU – Statens offentliga utredningar 2017:53, "God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild", Fritzes, 2017.
- [59] P. Lindgren, "Ersättning i sjukvården", SNS Förlag, Stockholm, 2014.
- [60] SOU – Statens offentliga utredningar 2017:56, "Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?", Fritzes, 2017.
- [61] Kunskapscentrum för jämlik vård, "www.vgregion.se" [Online]. Available: <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/forsta-mig-ratt/>.

- [62] Surround Health, "www.surroundhealth.net" [Online]. Available: <http://surroundhealth.net/Topics/Education-and-Learning-approaches/Health-literacy/Articles/The-Teach-Back-Method.aspx>.
- [63] SKL – Sveriges Kommuner och Landsting, "Redovisning av insatser och utmaningar inom överenskommelsen – Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa", SKL, 2017.
- [64] W. Christiaens, M. Nieuwenhuijze och R. DeVries, "Trends in the medicalisation of child birth in Flanders and the Netherlands", *Midwifery*, 2013.
- [65] D. S. W. D. Hodnett ED, "Alternative versus conventional institutional settings for birth", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr 8, 2012.
- [66] J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan och D. Devane, "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr 4, 2016.
- [67] M. Bohren, G. Hofmeyr, C. Sakala, R. Fukuzawa och A. Cuthbert, "Continuous support for women during childbirth", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr 7, 2017.
- [68] I. Jepsen, E. Aagaard, M. Foureur och E. Sørensen, "A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives", *Midwifery*, vol. 36, pp. 61–69, 2016.
- [69] S. Gustavsson, "Improvements in neonatal care using experience-based co-design", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 27, pp. 427–438, 2014.
- [70] S. Gustavsson, I. Gremyr och E. Kenne Sarenmalm, "Designing quality of care – contributions from parents", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, pp. 742–751, 2015.
- [71] SLL – Stockholms läns landsting, "www.sll.se" [Online]. Available: <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2017/Vinnare-av-Patientsakerhetspriset-2017/>.
- [72] A. Horsch, Y. Vial, C. Favrod, M. Morisod Harari, S. Blackwell, P. Watson, L. Iyadurai, M. Bonsall och E. Holmes, "Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 94, pp. 36–47, 2017.

Trygg hela vägen

KARTLÄGGNING AV VÅRDEN FÖRE, UNDER OCH EFTER GRAVIDITET

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slöt i december 2015 en överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Som en del i detta arbete har SKL genomfört en nationell kartläggning som presenteras i rapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. I rapporten lyfts nio förbättringsområden samt ett antal konkreta exempel på hur landstingen och regionerna kan arbeta för att utveckla vårdkedjan.

Rapporten riktar sig till beslutsfattare på olika nivåer inom landsting och regioner, samt till verksamhets- och kvalitetsutvecklare. Ambitionen är att stimulera lärande mellan landsting och regioner samt inspirera till fortsatt förbättringsarbete. Den långsiktiga målsättningen är att alla blivande och nyblivna föräldrar ska känna sig trygga hela vägen – före, under och efter graviditet.

Använd hashtaggen **#trygghelavägen** för att kommunicera vården före, under och efter graviditet eller för att följa diskussionerna i sociala kanaler.

ISBN 978-91-7585-620-9

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skl.se



Sveriges
Kommuner
och Landsting