



Strategier för kvinnors hälsa

- FÖRE, UNDER OCH EFTER GRAVIDITET



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Strategier för kvinnors hälsa

- FÖRE, UNDER OCH EFTER GRAVIDITET

Tack!

I arbetet med att ta fram den strategiska planen har vi haft stor hjälp av en referensgrupp bestående av Anna Bårtås (ordförande Svenska Barnläkarföreningen), Béatrice Skiöld (ordförande Svenska Neonatalföreningen), Emily Wallstedt (patientföreträdare BB-marschen Jönköping), Eva Uustal (ordförande Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi), Malin Wallismo (patientföreträdare BB-marschen Jönköping), Masoumeh Rezapour Isfahani (ordförande Nationellt programområde kvinnosjukdomar och förlossning), Mia Ahlberg (ordförande Svenska Barnmorskeförbundet), Mia Fernando (patientföreträdare Baking Babies), Olof Stephansson (registerhållare Gravditetsregistret) och Simon Rundqvist (ordförande Nationellt programområde barn och ungdomars hälsa). Till er vill vi rikta ett stort tack för alla värdefulla synpunkter och ert outtröttliga engagemang!



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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019
ISBN: 978-91-7585-774-9
Foto: Paulina Westerlind
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: LTAB, 2019

Förord

Vården före, under och efter graviditet i Sverige visar mycket goda medicinska resultat. Samtidigt finns det viktiga utvecklingsområden. Mot denna bakgrund pågår sedan 2015 en nationell satsning för att förbättra vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa. År 2018 inkluderades även neonatalvården.

Under 2018 har jag rest till Sveriges alla regioner för att resonera med medarbetare och chefer om deras aktuella utmaningar. Flertalet har varit positiva och påpekat att medlen från satsningen har varit en välkommen injektion i ofta pressade verksamheter. Samtidigt uttrycker många att det är svårt att göra prioriteringar bland de olika mål och förbättringsområden som pekas ut i satsningen. Ett flertal regioner har efterfrågat stöd för att bättre förstå satsningen. Mot bakgrund av detta behov har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram en strategisk plan. Syftet med planen är att stödja regionernas arbete genom att tydliggöra och konkretisera mål och möjliga strategier för förbättringsarbetet.

Denna vägledning vänder sig till dig som är beslutsfattare eller som arbetar med förbättrings- och utvecklingsarbete inom vården före, under och efter graviditet. Vår förhoppning är att den strategiska planen ska hjälpa till att peka ut områden som är särskilt prioriterade inom satsningen och underlätta i den egna analysen av vilka strategier och insatser som bör stå i fokus på hemmaplan. Vi hoppas att detta stöd ska kunna komma till användning i hela landet och bidra till ett accelererat förbättringsarbete i linje med vår gemensamma vision – Trygg hela vägen – före, under och efter graviditet.

Stockholm i april 2019

Eva Estling

Samordnare förlossningsvård och kvinnors hälsa

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 Sammanfattning
- 11 Kapitel 1. Varför en strategisk plan har tagits fram
- 17 Kapitel 2. Samlad bild av nuläget
- 23 Kapitel 3. Strategiska planen
 - 23 3.1 Målbild för kvinnor och deras familjer
 - 24 *Mål 1: En mer personcentrerad vård*
 - 27 *Mål 2: En mer tillgänglig vård*
 - 30 *Mål 3: En mer säker vård*
 - 33 *Mål 4: En mer kunskapsbaserad vård*
 - 35 *Mål 5: En mer jämlik vård*
 - 37 3.2 Vägar framåt för vården
 - 38 *Strategi 1: Involvera kvinnor och deras familjer*
 - 38 *Strategi 2: Anpassa vården och insatser efter kvinnans och familjens behov*
 - 39 *Strategi 3: Säkerställ en sammanhållen vårdkedja*
 - 40 *Strategi 4: Utveckla arbetsätten*
 - 41 *Strategi 5: Stärk kunskapsstyrningen*
- 43 Kapitel 4. Hur den strategiska planen har tagits fram
- 46 Referenser
- 49 Bilaga



Sammanfattning

Vården före, under och efter graviditet i Sverige håller överlag en hög medicinsk kvalitet i ett internationellt perspektiv, men förbättringsområden finns. Sverige är ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet och högst överlevnad bland nyfödda barn. Dessutom får väldigt få barn allvarliga skador till följd av förlossningar i Sverige. Allvarliga bristningar minskar (grad III och IV) och en majoritet av mammorna är mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse enligt utförda patientenkäter. Samtidigt kvarstår ett flertal förbättringsområden i vården före, under och efter graviditet, bland annat att minska vårdskador till följd av förlossning, att stärka kvinnornas delaktighet i vården samt att stärka kompetensförsörjningen.

En nationell satsning genom flera nationella överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) pågår för att förbättra vården före, under och efter graviditet. Som en del av satsningen får regionerna medel för insatser som ska svara mot de regionala och lokala utvecklingsbehoven. Under 2018 fördelades totalt cirka 1,8 miljarder, varav 1,5 miljarder till regionerna. Överenskommelserna innehåller ett flertal olika mål- och resultatområden, till exempel rörande kompetensförsörjning, tillgänglighet, vårdkedjan kring graviditet, förlossning och eftervård samt neonatalvård.

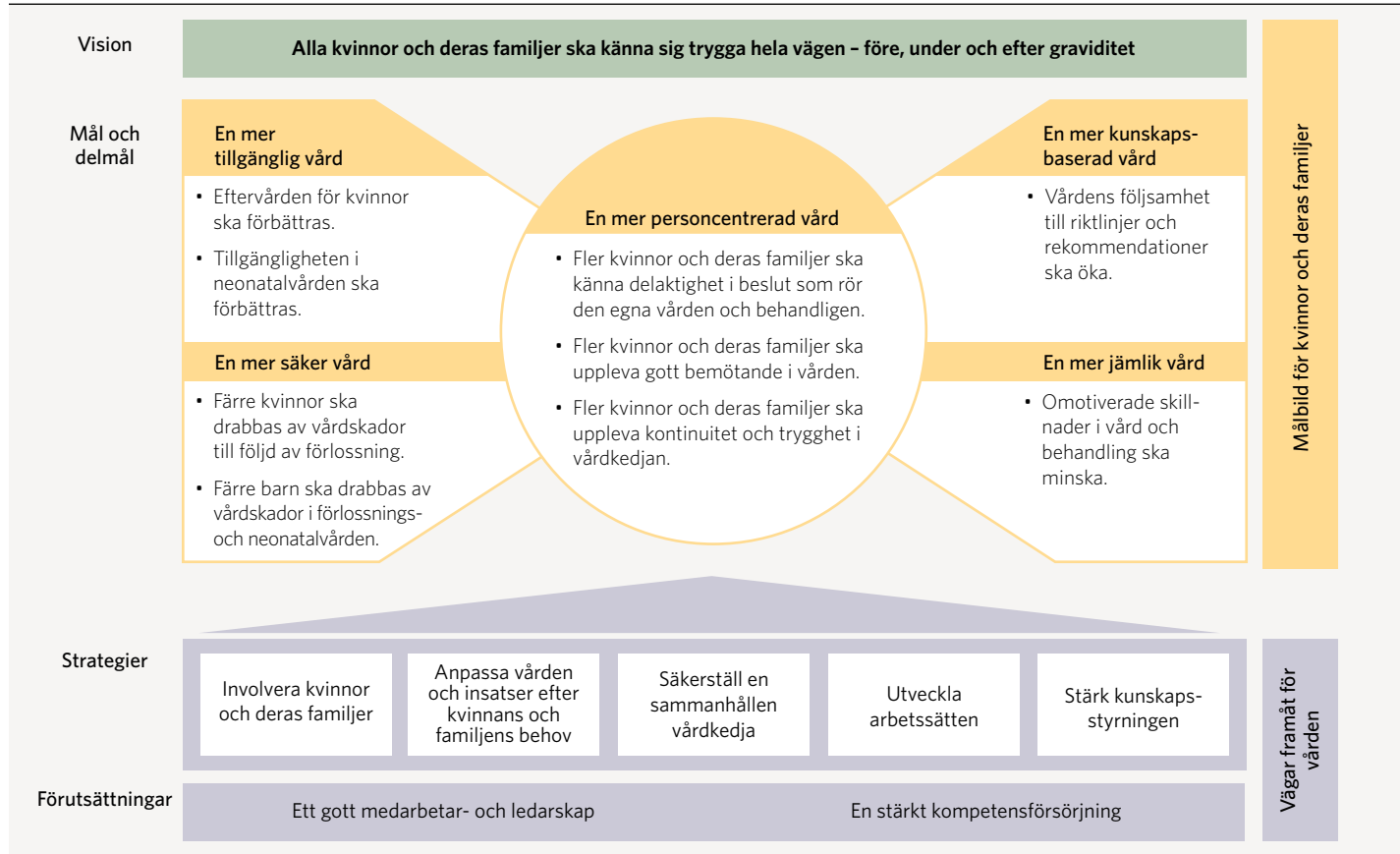
Det har framkommit ett behov av att tydliggöra satsningen. Det har exempelvis framförts från flera regioner att det är utmanande att förstå hur de olika mål- och förbättringsområden som anges i satsningen hänger ihop. Vidare har det framkommit att det är svårt att få en bild av uppnådda resultat från satsningen.

Därför har SKL tagit fram en strategisk plan. Den strategiska planen består av två huvudsakliga delar: 1) *målbild* (vision, mål, delmål och därtill kopplade uppföljningsindikatorer), samt 2) *vägar framåt* (exempel på strategier och insatser för att nå målbilden). Syftet med den strategiska planen är att underlätta regionernas arbete med satsningen genom att:

- › Etablera en samlad bild av nuläget utifrån genomförda kartläggningsarbeten.
- › Konkretisera satsningen genom att tydliggöra hur vision, mål, strategier och insatser hänger samman.
- › Skapa förutsättningar för resultatuppföljning på lokal, regional och nationell nivå.
- › Underlätta strategiska prioriteringar på regional nivå.
- › Stärka det ömsesidiga lärandet mellan regioner och verksamheter genom att synliggöra konkreta exempel på förbättringsarbeten.

Den strategiska planen har tagits fram i nära dialog med bland andra patient-, professions- och verksamhetsföreträdare.

FIGUR 1. Strategisk plan – målbild och vägar framåt för förbättringsarbete inom vården före, under och efter graviditet





Varför en strategisk plan har tagits fram

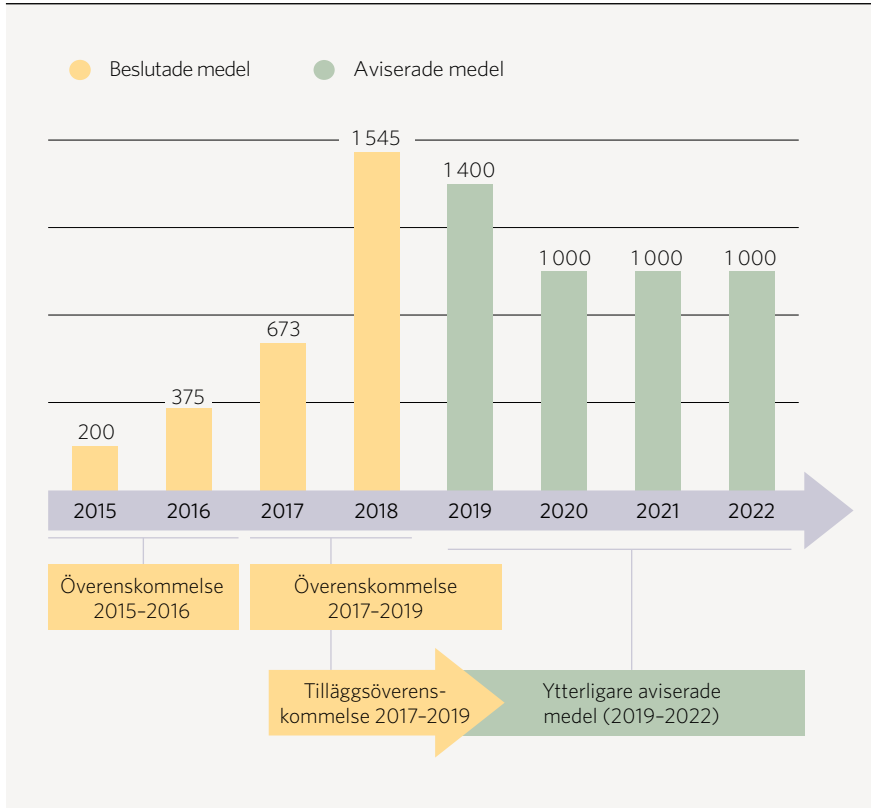
Hög medicinsk kvalitet men förbättringsområden finns

Vården före, under och efter graviditet i Sverige håller överlag en hög medicinsk kvalitet i ett internationellt perspektiv. Sverige är ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet och högst överlevnad bland nyfödda barn. Dessutom får få barn allvarliga skador till följd av förlossningar i Sverige [1] [2] [3]. Allvarliga bristningar minskar (grad III och IV) och en majoritet av mammorna är mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse enligt utförda patientenkäter [4] [5]. Samtidigt kvarstår ett flertal förbättringsområden, bland annat att minska vårdskador till följd av förlossning, att stärka kvinnornas delaktighet i vården samt att stärka kompetensförsörjningen [6] [7] [8] [9] [10].

En nationell satsning för förbättringsarbete

För att förbättra vården före, under och efter graviditet samt uppnå en mer jämställd vård och hälsa pågår en långsiktig satsning i form av flera nationella överenskommelser (hädanefter ”satsningen”) mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [11] [12] [13] [14]. Den första överenskommelsen beslutades år 2015 och har följts av flera efterföljande överenskommelser. Regionerna får medel för insatser som ska svara mot de regionala och lokala utvecklingsbehoven. Satsningen möjliggör till stor del för regionerna att själva disponera över medlen utifrån egna identifierade utvecklingsområden och behov. För vården före, under och efter graviditet fördelades till regionerna 200 miljoner år 2015, 375 miljoner år 2016, 673 miljoner år 2017 och 1 545 miljarder år 2018 (utbetalda medel redovisas i figur 2) [15] [16] [17] [18] [19]. Medlen har fördelats till regionerna utifrån befolkningensmängd. Ytterligare medel har också betalats ut till Socialstyrelsen, SKL, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [15] [16] [17] [18] [19].

FIGUR 2. Fördelning av medel till regionerna för satsningen på vården före, under och efter graviditet* (miljarder kronor)



* Avser enbart de medel som betalats ut till regionerna för vården före, under och efter graviditet och därmed inte de medel som betalats ut för insatser i till exempel primärvården för kvinnors hälsa samt medel utbetalda till myndigheter och övriga organisationer inom ramen för satsningen. Medel för satsningen har avsatts för 2019, men regeringen har ännu inte fattat beslut om fördelningen till regionerna.

Behov av att tydliggöra satsningen

I SKL:s arbete med satsningen har det framkommit ett behov av tydliggöranden. Satsningen innehåller många olika resultatområden, till exempel kompetensförsörjning, tillgänglighet, vårdkedjan kring graviditet, förlösning och eftervård samt neonatalvård. Det har dock framförts att det är utmanande att prioritera mellan dessa områden [10]. Vidare har SKL:s uppföljningar visat att det är svårt att få en bild av uppnådda resultat. SKL har även uppfattat att det finns en efterfrågan på stöd i det regionala förbättringsarbetet, till exempel vad gäller analys och uppföljning.

”Hur hänger allt egentligen ihop?”

- Regionföreträdare

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys första uppföljning av satsningen [10] har behovet av tydliggöranden befasts. I uppföljningen lämnas fem rekommendationer för det fortsatta arbetet:

1. Regeringen bör tillsammans med regionerna förtydliga målen med överenskommelserna samt prioritera tydligare mellan mål och områden.
2. Regeringen och regionerna bör styra insatserna mot särskilda målgrupper.
3. Regionerna bör i högre grad involvera patienter och berörda målgrupper i arbetet.
4. Regeringen och regionerna bör fokusera mer på lärande inom ramen för överenskommelsearbetet.
5. Regionerna bör tydligare kommunicera till medborgare och medarbetare hur medlen från överenskommelserna används.

En strategisk plan för att stödja regionerna

Med utgångspunkt i det identifierade behovet av att tydliggöra satsningen har SKL tagit fram en strategisk plan. Den strategiska planen är uppdelad i *målbild för kvinnor och deras familjer* samt vägar *framåt för vården*. *Målbilden* omfattar vision, mål, delmål samt indikatorer för uppföljning. *Vägarna framåt* omfattar förslag på strategier och exempel på insatser för att nå målen.

Syftet med den strategiska planen är att underlätta regionernas arbete med satsningen genom att:

- › Etablera en samlad bild av nuläget utifrån genomförda kartläggningsarbeten.
- › Konkretisera satsningen genom att tydliggöra hur vision, mål, strategier och insatser hänger samman.
- › Skapa förutsättningar för resultatuppföljning på lokal, regional och nationell nivå.
- › Underlätta strategiska prioriteringar på regional nivå.
- › Stärka det ömsesidiga lärandet mellan regioner och mellan verksamheter genom att synliggöra konkreta exempel på förbättringsarbeten.

Den strategiska planen pekar ut prioriterade utvecklingsområden på nationell nivå och tillhörande uppföljningsindikatorer. Den ger också förslag på breda strategier för att nå målen. Strategierna har valts utifrån en samlad bedömning av flera nationella kartläggningar och intervjuer med patient-, professions- och verksamhetsföreträdare. Däremot är det upp till regionerna att själva prioritera vilka strategier och insatser som bäst svarar mot regionala och lokala utmaningar. I planen fastställs inga målvärden. Detta för att respektive region ska kunna fastställa målvärden utifrån sin nulägesanalys, sina förutsättningar och regionala prioriteringar.

SKL kommer att integrera den strategiska planen som en del i sitt löpande stöd till regionerna. Planen kommer exempelvis att utgöra grunden i den årliga uppföljning av satsningen som SKL genomför, där uppnådda resultat per mål och insatser kommer att följas upp och redovisas samlat från och med 2020. Utifrån den årliga uppföljningen kommer SKL även att bidra med arenor för lärande och erfarenhetsutbyte, exempelvis genom konferenser och platsbesök i regionerna.

Ordval och begrepp

Patienter inom vården före, under och efter graviditet skiljer sig från många andra patientgrupper eftersom det oftast rör sig om friska individer. För att betona detta har vi i stor utsträckning använt ordet *kvinna* istället för *patient*. I de fall där det har varit mer naturligt att använda ordet patient, till exempel för orden patientföreträdare och patientperspektiv, har så gjorts. För att öka rapportens läsbarhet har begreppet kvinna använts för alla individer som är gravida och föder barn även om gruppen också innefattar individer som inte identifierar sig som kvinnor.

Två patientgrupper

Den strategiska planen omfattar *både* vården för kvinnan före, under och efter graviditet *och* de barn som vårdas inom neonatalvården. Satsningen är begränsad till neonatalvården och inkluderar därmed inte hela vårdkedjan för de barn som vårdas inom neonatalvården. Detta stöd är därmed inte att betrakta som heltäckande vad gäller heltäckande vad gäller de vårdbehov som dessa barn har efter att barnhälsovården tar över ansvaret.

Disposition

I kapitel 2 presenteras en samlad nulägesbeskrivning utifrån identifierade utvecklingsområden i tidigare kartläggningar. I kapitel 3 presenteras den strategiska planen. Slutligen beskrivs hur den här vägledningen har tagits fram i kapitel 4.





Samlad bild av nuläget

I detta kapitel följer en samlad beskrivning av vården före, under och efter graviditet utifrån fem övergripande utvecklingsområden som har pekats ut som särskilt viktiga i de senaste årens kartläggningar. Syftet är att belysa de förbättringsområden som den strategiska planen tar sin utgångspunkt i.

Vården kan bli mer personcentrerad

En personcentrerad vård är ett förhållningssätt som rymmer ett flertal olika dimensioner. Delaktigheten i den egna vården är en central del av ett personcentrerat förhållningssätt, men även samordning och tillgänglighet samt de värderingar, attityder och den kultur i hälso- och sjukvården som patienten möts av [20]. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [10] uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa har det framkommit att vården kan utvecklas vad gäller dimensionerna delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandling, bemötande samt kontinuitet och samordning i vårdkedjan. Detta bekräftas även i andra kartläggningar [7] [8] [9].

Tidigare kartläggningar visar att vården före, under och efter graviditet behöver bli mer flexibel för att i större utsträckning ta hänsyn till kvinnor och deras familjers olika behov och preferenser. En viktig aspekt är att säkerställa att det finns tid för kommunikation som uppmuntrar kvinnan till att berätta vad hon tänker, upplever och önskar [7]. Vidare visar dessa kartläggningar på behovet av förbättrat bemötande, särskilt i mötet med utlandsfödda och/eller personer som inte talar svenska samt med kvinnor som har fått skador efter förlossning. Orsakerna till att bemötandet brister särskilt för dessa grupper kan bland annat handla om kommunikationsproblem, attityder eller brist på

kunskap [10] [21]. Svensk mödrahälsovård och förlossningsvård har generellt kommit långt när det gäller att involvera närstående, men kunskap och rutiner för ett bättre bemötande kan utvecklas ännu mer [7].

”Det är viktigt att som kvinna känna sig lyssnad till även när man inte har så stor valmöjlighet.”

- Patientföreträdare

Kontinuitet i vårdkedjan är bland annat viktigt för att kvinnan ska känna trygghet och för att kunna säkerställa att patienten i varje del av vårdkedjan har tillgång till relevant information. I flera kartläggningar [7] [10] framkommer det att det finns brister i övergångarna från mödrahälsovården till förlossningsvården, från förlossningen till BB och till barnhälsovården från övriga vårdinstanser. Kontinuiteten kan även stärkas vad gäller samverkan med psykiatrin, socialtjänsten och beroende- och missbruksvården.

En ytterligare viktig aspekt av en personcentrerad vård är att kvinnan och närstående får den information de behöver under hela vårdkedjan. Inom mödrahälsovården har den information som tillhandahålls i regel skett muntligen eller via broschyrer. Samtidigt efterfrågas mer interaktiva informationskanaler av kvinnor som vill ta del av information och råd via till exempel internet och applikationer. Därutöver beskriver den information som tillhandahålls framförallt normalskeenden, men patientföreträdare efterfrågar även information om möjliga komplikationer för att en komplicerad graviditet, förlossning eller eftervård ska kännas mer hanterbar och mindre stressande [7].

”Det känns som att det hos vården kan finnas motstånd mot att ge information för att inte skrämna upp patienten, men hos oss kvinnor väcker det frustration.”

- Patientföreträdare

Vården kan bli mer tillgänglig

Tillgänglighet i vården före, under och efter graviditet kan bland annat avse att vården ska gå att nå, att den ges i rimlig tid och att relevant information som alla kan förstå och använda finns tillgänglig [22]. De senaste årens kartläggningar har pekat på ett behov av ökad tydlighet och tillgänglighet inom vården före, under och efter graviditet [7] [8] [9].

Ett område som särskilt har uppmärksammats är att eftervården kan stärkas och bli mer tillgänglig. Det hembesök som barnhälsovården gör efter hemgång från förlossningen riktar sig främst till barnet. Eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården är det enda tillfälle som är avsatt för att följa upp kvinnan efter förlossning. Dock upplevs det komma för sent (i genomsnitt 8–10 veckor efter

förlossning) och vara otillräckligt för att fullt ut kunna identifiera kvinnans behov [7]. Avsaknaden av en tydlig eftervård riktad mot kvinnan riskerar att medföra att såväl icke-medicinska behov (exempelvis oro) som medicinska behov (exempelvis förlossningsskador) inte fångas upp och att kvinnan istället söker vård för sent eller på fel vårdnivå [7] [21]. År 2013 besökte till exempel 12 procent av de nyförlösta kvinnorna en akutmottagning inom 30 dagar efter förlossningen med anledning av förlossningsrelaterade skador [23].

”Kvinnor upplever att det är ett stort gap i vården när de som mest behöver stöd efter förlossning.”

- Myndighetsrepresentant

Förbättrad tillgänglighet i neonatalvården har också lyfts som ett särskilt prioriterat område i tidigare kartläggningar. Omkring tio procent av alla nyfödda barn i Sverige är i behov av särskild neonatalvård [24]. Dessa barn är sköra och det är därför angeläget att de får rätt vård i rätt tid, samt att de inte behöver utsättas för medicinskt omotiverade transporter. Att transportera för tidigt födda barn innebär stora risker i och med att det kan utsätta barnets utvecklade hjärna för alltför många intryck samt att det är svårt att tillhandahålla avancerade medicinska behandlingar under transporten. Det har även poängterats att vårdplatser tvingats stänga till följd av brist på bland annat specialistsjuksköterskor inom neonatalvården [9].

Vården kan bli mer säker

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete [25]. Under de senaste åren har det skett ett flertal framgångsrika förbättringsarbeten vad gäller patientsäkerhet inom vården före, under och efter graviditet. Till exempel har andelen allvarliga bristningar (grad III och IV) till följd av vaginal förlossning minskat med drygt 20 procent mellan 2014 och 2017 [4]. Det har däremot framkommit att det fortfarande finns vissa brister i rutinerna och att vården skulle kunna bli ännu säkrare. Socialstyrelsen har till exempel gjort en kartläggning [26] som visade att var femte förlossningsklinik saknade skriftliga rutiner för diagnosticering och behandling av allvarliga bristningar. Ungefär tio procent av regionerna hade inga riktlinjer för gynekologisk undersökning med utvärdering av bäckenbotten och knipförmåga vid eftervårdsbesöket. I kombination med att flertalet kvinnor inte tar upp dessa frågor själva kan de bära på skador som inte behandlas nära inpå förlossningen och som riskerar att ge upphov till besvär senare i livet [7] [21]. Värt att nämna är att det pågår arbeten för att förbättra patientsäkerheten där exempelvis Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har tagit fram webbutbildningar för en säker förlossningsvård [27].

Vårdskador inom neonatalvården är ett relativt outforskat område eftersom många av de skador som uppkommer under vårdtiden benämns som komplikationer. Förbättringspotentialen vad gäller att arbeta med riskhantering och patientsäkerhetskultur bedöms vara stor. Särskilt relevanta områden som pekats ut i tidigare kartläggningar är till exempel skador till följd av obehandlad gulsot, CPAP-behandling eller behandling med syrgas i hög koncentration under lång tid [9]. I intervjuer inom ramen för detta arbete har även trycksår (hudskador) och vårdrelaterade infektioner lyfts som viktiga områden att följa.

Vården kan bli mer kunskapsbaserad

En kunskapsbaserad vård innebär att vården ska bygga på bästa tillgängliga kunskap [25]. Det kan till exempel handla om att följa medicinska riktlinjer i större utsträckning samt att utveckla ny kunskap om vården genom en systematisk uppföljning och utvärdering. En mer kunskapsbaserad vård kan säkerställa att den vård som tillhandahålls håller högre kvalitet samt minskar omotiverade geografiska skillnader.

I tidigare kartläggningar har det framkommit att vårdenheter och vårdpersonal ibland ger olika rekommendationer. Till exempel har det i intervjuer med kvinnor framkommit att de kan få olika råd vad gäller amning och smärtstillande vid förlossning från hälso- och sjukvårdspersonal i olika delar av vårdkedjan. Denna brist på samstämmighet riskerar att skapa oro och stress, framförallt för förstfödorskor som anses vara särskilt mottagliga för råd [7].

Det har också poängterats att det finns ett behov av att utveckla rekommendationer och riktlinjer utifrån den evidens som redan finns, både inom neonatalvården men även inom bland annat förlossningsvården och eftervården av kvinnan [7] [9].

”Omsättningen av evidens till riktlinjer och rekommendationer är en viktig aspekt av kunskapsbaseringen.”

- Professionsrepresentant

Vården kan bli mer jämlik

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ges på lika villkor oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning och att vården ges med respekt för alla människors lika värde [25]. Vården före, under och efter graviditet kan bli mer jämlik. Särskilda utvecklingsområden som har pekats ut i tidigare kartläggningar är behovet av att nå fler kvinnor i områden med socioekonomiska utmaningar eller personer i vissa riskgrupper, att tillgodose vårdbehoven i en allt mer heterogen patientgrupp samt att minska omotiverade skillnader i vård och behandling mellan regioner.

I SKL:s kartläggning [7] av vården före, under och efter graviditet betonas att eftervårdsbesök kan vara särskilt viktiga för kvinnor som löper högre risk för psykisk ohälsa eller på andra sätt lever i särskilt utsatta situationer. Samtidigt har det i Graviditetsregistrets uppföljningar visat sig att kvinnor med lägre självskattad hälsa, låg utbildningsnivå, tonårsmödrar, kvinnor födda utanför Europa samt rökande mödrar i lägre utsträckning deltar i eftervården [28]. Det har även riktats viss kritik mot att de insatser som hittills har genomförts inom ramen för satsningen inte riktar sig mot specifika målgrupper i den utsträckning som överenskommelserna uppmanar till [10].

Med dagens allt mer heterogena patientgrupp är det även av betydelse att vården tillgodoser de skilda behov som finns hos olika grupper. Fler äldre föderskor, fler utlandsfödda, fler riskgraviditeter och komplicerade förlossningar till följd av förändrade levnadsvanor, ökad psykisk ohälsa och nya möjligheter för fler kvinnor att få hjälp till graviditet via assisterad befruktning ställer alla olika krav på vården före, under och efter graviditet [6].

I en rapport från 2016 studerar Socialstyrelsen skador i samband med graviditet, akuta kejsarsnitt, perinatal död, låg Apgar-poäng och bristningar efter förlossning. Kvinnor med låg utbildningsnivå hade sämre resultat för flera utfall där perinatal död belystes särskilt. En rad utfall skiljde sig även mellan kvinnor födda i utlandet och kvinnor födda i Sverige, där kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara hade ett sämre utfall för alla studerade indikatorer [29]. Utöver skillnader mellan olika grupper förekommer även regionala skillnader. Bland annat varierar andelen kejsarsnitt, allvarliga bristningar, förlossningar som sätts igång på medicinsk väg och kvinnor som får epiduralbedövning mellan regioner [10].



Strategiska planen

I detta kapitel presenteras den strategiska planen, bestående av en målbild och vägar framåt. Planen har utvecklats med utgångspunkt i den nationella satsningen på vården före, under och efter graviditet samt de kartläggningar och utvärderingar som har genomförts på området under de senaste åren. Kapitlet inleds med en beskrivning av målbilden för kvinnor och deras familjer, där vision, mål, delmål samt förslag på uppföljningsindikatorer redovisas. Därefter presenteras möjliga vägar framåt för vården genom att beskriva grundläggande förutsättningar, förslag på strategier och exempel på insatser.

3.1 Målbild för kvinnor och deras familjer

Målbilden för kvinnor och deras familjer utgörs av en vision, fem mål samt ett eller flera delmål kopplade varje mål. Till varje delmål finns även förslag på uppföljningsindikatorer. För att stärka möjligheten att löpande följa utvecklingen mot målen pågår ett arbete med att redovisa de utvalda uppföljningsindikatorerna på Vården i siffror, vardenisiffror.se. På Vården i siffror är det möjligt att jämföra utfallen mellan olika regioner (i vissa fall även på verksamhetsnivå) och indikatorerna hålls uppdaterade och aktuella tack vare samarbete med de olika kvalitetsregistren. Förhoppningen är att indikatorerna via Vården i siffror blir ett interaktivt och dynamiskt verktyg som kan användas i den löpande uppföljningen och kvalitetsdialogen. Arbetet slutförs under 2019.

Vision

*Visionen för satsningen är att **alla kvinnor och deras familjer ska känna sig trygga hela vägen – före, under och efter graviditet** [14].*

Mål

Regionernas arbete utifrån satsningen ska bidra till följande mål:

- *En mer personcentrerad vård.* Vården ska vara individanpassad och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- *En mer tillgänglig vård.* Vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
- *En mer säker vård.* Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Vården ska också präglas av rättssäkerhet.
- *En mer kunskapsbaserad vård.* Vården ska vara kunskapsbaserad och bygga på bästa tillgängliga kunskap.
- *En mer jämlik vård.* Vården ska vara jämlik och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Nedan beskrivs mål, delmål och föreslagna indikatorer närmare.

Mål 1: En mer personcentrerad vård

I den nationella satsningen på vården före, under och efter graviditet understryks att ett personcentrerat förhållningssätt bör fortsätta att utvecklas [12] [13] [14]. Inom uppföljningen av satsningen har det poängterats att vården kan förbättras vad gäller delaktighet, bemötande samt genom att säkerställa att kvinnorna upplever trygghet och kontinuitet [10]. Delmålen inom målet om en mer personcentrerad vård är därför att *fler kvinnor och deras familjer ska känna ökad delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandlingen, fler kvinnor och deras familjer ska uppleva gott bemötande i vården samt att fler kvinnor och deras familjer ska uppleva kontinuitet och trygghet i vårdkedjan.*

Delmål: Fler kvinnor och deras familjer ska känna ökad delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandlingen

Tack vare Graviditetsenkäten som lanseras under 2019 kommer det att vara möjligt att följa kvinnan och hennes familjs upplevelse av vården på ett sätt som tidigare inte varit möjligt i Sverige (se kapitel 4 för en närmare beskrivning). Enkäten innehåller en rad frågor som berör huruvida kvinnan har känt sig delaktig i sin vård. De frågor som har valts ut för att följa målet handlar om kvinnan upplever att hon har fått vara delaktig i planering och beslut i den utsträckning hon önskat inom mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården. På samma sätt tillfrågas kvinnan om hennes partner eller närstående har varit delaktig i den utsträckning hon önskat. För en fullständig förteckning av de föreslagna uppföljningsindikatorerna, se tabell 1.

TABELL 1. Indikatorer för delmål "fler kvinnor och deras familjer ska känna ökad delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandlingen"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som upplevde att barnmorskan gjorde dem delaktiga i planering och beslut som rörde deras graviditet i den utsträckning de önskat	Graviditetsenkäten, graviditetsvecka 25 och 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som upplevde sig vara delaktiga i planering och beslut under sin förlossning i den utsträckning de önskat	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som upplevde att vårdpersonalen gjorde dem delaktiga i planering och beslut beträffande deras vård i den utsträckning de önskat [eftervård]	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som upplevde att barnmorskan inom mödrahälsovården gör deras partner/närstående delaktiga i den utsträckning de önskat	Graviditetsenkäten, graviditetsvecka 25 och 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som upplevde att personalen på förlossningen gjorde deras partner/närstående delaktiga i den utsträckning de önskat	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*

* Enkäten är under utveckling. Frågorna kan komma att ändras något i den slutgiltiga versionen av Graviditetsenkäten.

När svaren från Graviditetsenkäten analyseras är det viktigt att ha i åtanke att svaren representerar kvinnans egen tolkning och upplevelse av till exempel delaktighet. En kvinna kan således uppge att hon är delaktig i den utsträckning hon önskar även om hon inte har fått information om att hon i ett visst läge hade kunnat göra ett val. Ett liknande resonemang gäller för kvinnans upplevelse av hur mycket en partner eller närstående involveras. Svaret speglar inte nödvändigtvis om partnern eller den närstående har varit delaktig i den utsträckning hen vill, utan är ett mått på om partnern har varit delaktig i den utsträckning kvinnan önskar.

Delmål: Fler kvinnor och deras familjer ska uppleva gott bemötande i vården

Med hjälp av Graviditetsenkäten kan kvinnors upplevelser av bemötandet i vården före, under och efter graviditet mätas. De tre indikatorer som tillsammans med experter har valts ut inom delmålet presenteras i tabell 2. Frågorna rör bemötande i mödrahälsovården och i förlossningsvården. En ytterligare indikator handlar om kvinnorna upplever att de har haft möjlighet att ställa de frågor de önskar till barnmorskan. Vid en första anblick kan denna fråga upplevas handla mer om tillgänglighet och tid än om bemötande. I de genomförda expertintervjuerna har det dock poängterats att ett lyhört bemötande gör att de frågor som är viktiga för kvinnan prioriteras.

TABELL 2. Indikatorer för delmål "fler kvinnor och deras familjer ska uppleva gott bemötande i vården"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som upplevde att de blivit bemötta med respekt i samband med de undersökningarna [fosterdiagnostik] de genomgått	Graviditetsenkäten, graviditetsvecka 25*
Andel kvinnor som upplevde att de blev bemötta med respekt av personalen i samband med förlossningen	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som upplevde att de hade möjlighet att ställa de frågor de önskat till barnmorskan inom mödrahälsovården	Graviditetsenkäten, graviditetsvecka 25*

* Enkäten är under utveckling. Frågorna kan komma att ändras något i den slutgiltiga versionen av Graviditetsenkäten.

Delmål: Fler kvinnor och deras familjer ska uppleva kontinuitet och trygghet i vårdkedjan

Graviditetsenkäten innehåller ett flertal frågor som speglar trygghet. De indikatorer som finns listade i tabell 3 är ett urval baserat på de frågor som svarar för övergripande utfall. Frågorna handlar om kvinnan har känt sig trygg och anser att hennes behov har tillgodosetts i mödrahälsovården och förlossningsvården. Ett urval har gjorts eftersom det i ett första steg är relevant att titta på helhetsbilden för att sedan vid behov undersöka fler underliggande indikatorer mer ingående.

I tidigare kartläggningar har kontinuitet i form av en sammanhållen vårdkedja framhållits som en viktig del för att skapa trygghet hos kvinnorna [7] [10], något som ytterligare underströks i de intervjuer som genomförts inom detta arbete. Kontinuitet innebär att vården upplevs vara samordnad och sammanhållen, men behöver inte nödvändigtvis innebära att kvinnan till exempel vårdas av samma barnmorska i både mödrahälsovården och under förlossning. För att spegla kontinuitet har en fråga gällande hur kvinnan upplevt att mödrahälsovården samordnat kontakter med vården valts ut. Slutligen har Graviditetsregistrets fråga om andelen kvinnor som är nöjda eller mycket nöjda med sin förlossning¹ valts ut då resultaten från Graviditetsenkäten, som övriga indikatorer under detta delmål bygger på, kommer att dröja till tidigast 2020.

Not. 1. Frågan om kvinnans förlossningsupplevelse ställs vid olika tillfällen i olika delar av landet. På en del kliniker ställs den innan kvinnan åker hem från BB och vid andra ställs det vid eftervårdsbesöket. I de expertintervjuer som genomförts har det påpekats att kvinnor tenderar att på BB ange en mycket god förlossningsupplevelse men att upplevelsen kan ändra sig efter att lite tid har gått.

TABELL 3. Indikatorer för delmål "fler kvinnor och deras familjer ska uppleva kontinuitet och trygghet i vårdkedjan"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som anser att personalen inom mödrahjälsvård samordnat deras andra kontakter med vården i den utsträckning de behövt	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som anser att mödrahjälsvården tillgodosett deras behov	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som anser att vården tillgodosett deras behov under förlossning och eftervård	Graviditetsenkäten, 1 år efter förlossning*
Andel kvinnor som kände sig trygga med barnmorskan inom mödrahjälsvården	Graviditetsenkäten, graviditetsvecka 25 och 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som kände sig trygga med vården under förlossning	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som är nöjda eller mycket nöjda med sin förlossning enligt VAS	Graviditetsregistret

* Enkäten är under utveckling. Frågorna kan komma att ändras något i den slutgiltiga versionen av Graviditetsenkäten.

Mål 2: En mer tillgänglig vård

Ökad tillgänglighet i vården före, under och efter graviditet är ett av de mål som lyfts fram som särskilt prioriterat i den nationella satsningen. Aspekter som betonats är att relevant kompetens ska finnas tillgänglig för den födande kvinnan under förlossningen, att rätt vård för eventuella skador ska vara lätt att hitta och att eftervården ska utvecklas och stärkas [12] [13] [14]. Genomförda kartläggningar understryker detta ytterligare och pekar särskilt på att det finns förbättringspotential vad gäller eftervård samt tillgängligheten i neonatalvården, varför *eftervården för kvinnor ska förbättras* och *tillgängligheten i neonatalvården ska förbättras* har valts som prioriterade delmål inom målet om en mer tillgänglig vård.

Delmål: Eftervården för kvinnor ska förbättras

Viktiga områden inom en förbättrad eftervård som poängterats i tidigare kartläggningar och genomförda expertintervjuer är att se till att kvinnor får tillgång till eftervårdsbesök och att kvinnan vet vart hon ska vända sig för den vård hon kan vara i behov av efter förlossningen. De uppföljningsindikatorer som föreslås användas för att följa delmålet presenteras i tabell 4.

TABELL 4. Indikatorer för delmål "eftervården för kvinnor ska förbättras"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som kom på eftervårdsbesök inom mödrahälsovården	Graviditetsregistret
Andel kvinnor som anger att de fick möjlighet till eftersamtal /förlossningssamtal med sin barnmorska eller läkare innan de åkte hem från sjukhuset	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som anger att de fick den information de behövde om vad de kunde förvänta sig angående återhämtning efter förlossningen	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel kvinnor som anger att om de inte har mått bra psykiskt efter graviditet och förlossningen visste vart de skulle vända sig	Graviditetsenkäten, 1 år efter förlossning*
Andel kvinnor som anger att om de inte har mått bra fysiskt efter graviditet och förlossningen visste vart de skulle vända sig	Graviditetsenkäten, 1 år efter förlossning*
Andel kvinnor som anger att om de haft besvär från underlivet har fått behandling eller träningsråd av sjukgymnast/fysioterapeut eller uroterapeut sedan de skrevs ut från BB	Graviditetsenkäten, 1 år efter förlossning*

* Enkäten är under utveckling. Frågorna kan komma att ändras något i den slutgiltiga versionen av Graviditetsenkäten.

I ett flertal intervjuer har det lyfts att de uppföljningsindikatorer som finns att tillgå gällande eftervården inte till fullo speglar innebörden av en stärkt eftervård. Till exempel går det att mäta att ett eftervårdsbesök har genomförts eller om kvinnan visste vart hon skulle vända sig, men kvaliteten på besöket och om det skedde på rätt tid eller på rätt "plats" går inte att mäta. Likaså kan ett flertal kvinnor vara i behov av fler eftervårdsbesök, men i och med att det inom mödrahälsovården enbart genomförs ett eftervårdsbesök är det inte möjligt att se huruvida kvinnors behov av eftervård tillfredsställs fullt ut.

Delmål: Tillgängligheten i neonatalvården ska förbättras

Uppföljningsindikatorer som belyser tillgängligheten i neonatalvården har tillsammans med experter valts ut för att belysa vårdplats- och kompetensförsörjningsutmaningar samt familjecentrering. För att illustrera utmaningar som rör platsbrist och vikten av att minimera antalet omotiverade transporter av de sköra barn som är i behov av neonatalvård har antalet neonatala transporter på grund av platsbrist valts ut som en uppföljningsindikator. Vidare har skillnaden i fastställda och disponibla vårdplatser valts ut då denna indikator kan bidra till att analysera eventuella behov att stärka kompetensförsörjningen. Ett flertal av

intervjupersonerna i arbetet har vidare poängterat vikten av familjecentrering och möjligheter för barnets föräldrar att bo tillsammans med barnet samtidigt som det vårdas, men även möjligheter för kvinnan och barnet att samvårdas vid behov. Därför har en indikator som visar andelen föräldrar som haft möjlighet att bo på samma avdelning eller sjukhus som barnet valts ut som en uppföljningsindikator.² De uppföljningsindikatorer som föreslås inom delmålet finns presenterade i tabell 5.

TABELL 5. Indikatorer för delmålet "tillgängligheten i neonatalvården ska förbättras"

Indikator	Källa
Antal neonatala transporter på grund av platsbrist per avsändande och mottagande sjukhus	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Fastställda och disponibla neonatalvårdplatser per 1 000 födda och region	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Antal samvårdsplatser (sjuk mamma kan samvårdas med sjukt/för tidigt fött barn) per sjukhus*	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Antal familjevårdplatser (frisk vårdnadshavare som kan bo med sitt sjuka/för tidigt födda barn) per sjukhus*	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

*Baseras på en enkät som sjukhusen besvarar en gång per år.

I de intervjuer som genomförts inom ramen för arbetet med den strategiska planen har antalet neonatala transporter på grund av platsbrist lyfts som ett mycket prioriterat område. Det har dock poängterats att det ibland kan vara nödvändigt att genomföra sådana transporter. Till exempel kan sjukhus som vårdar barn som föds extremt för tidigt behöva transportera barn som vårdas i en mindre intensiv neonatalvård till ett annat sjukhus för att göra plats för andra barn med större vårdbehov. Om så sker har det lyfts att det då är särskilt viktigt att informera och förbereda föräldrar till de barn som ska flyttas i så god tid som möjligt.

Ytterligare indikatorer på området som är av intresse att följa framöver återfinns i den enkät som Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister håller på att återlansera. Där kommer det bland annat att finnas frågor om tillgänglighet till vård efter utskrivning från neonatalavdelningen. När dessa indikatorer går att följa upp föreslås de lyftas in i den strategiska planen.

Not. 2. Denna indikator uppdateras en gång per år och utgår från en enkät som sjukhusen får svara på.

Mål 3: En mer säker vård

I satsningen och tidigare kartläggningar har förlossningsskador såsom bristningar uppmärksammats. Det finns ett fortsatt behov av att förbättra arbetet med att förebygga, diagnosticera och behandla förlossningsskador [7] [14]. Som nämndes i kapitel 2 är arbetet med patientsäkerhet och kartläggning av vårdskador inom neonatalvården ett viktigt förbättringsområde [9]. Av dessa anledningar har *färre kvinnor ska drabbas av vårdskador till följd av förlossning* samt *färre barn ska drabbas av vårdskador i förlossnings- och neonatalvården* valts som delmål inom målet om en mer säker vård.

Delmålet fokuserar på de skador som sker under eller till följd av förlossning. Det är däremot även viktigt att arbeta preventivt för att säkerställa en säker graviditet. Ett sådant arbete kan till exempel förhindra för tidiga förlossningar och minska risker för ohälsa för kvinnan eller barnet [7] [9]. I dagsläget finns dock inte några tillförlitliga mått/indikatorer för uppföljning, varför det inte har omvandlats till ett uppföljningsbart delmål.

I arbetet för att uppnå en mer säker vård betonas ofta vikten av kultur, lärande och processer inom sjukvården. Merparten av de indikatorer som finns tillgängliga på området ”säker vård” utgörs dock framförallt av utfallsmått, och speglar därmed endast en del av patientsäkerhetsarbetet. En verksamhet som vill främja patientsäkerheten bör därmed även arbeta aktivt med sina strukturer, processer och arbetsmiljöaspekter.

Delmål: Färre kvinnor ska drabbas av vårdskador till följd av förlossning

Skador som kvinnor drabbas av under förlossning har traditionellt kallats för komplikationer. Samtidigt finns det belägg för att ett flertal skador till följd av förlossning går att undvika eller förmildra, så kallade vårdskador [30]. De utvalda uppföljningsindikatorerna mäter både skador som bör betecknas som vårdskador och skador som inte hade kunnat förhindras utifrån dagens kunskapsläge. Att delmålet trots detta använder benämningen vårdskador är ett aktivt val för att stimulera patientsäkerhetsarbetet inom regionerna och verksamheterna.

En förteckning av de föreslagna uppföljningsindikatorerna återfinns i tabell 6. Urvalet omfattar de vanligast förekommande skadorna till följd av förlossning och har gjorts tillsammans med de experter som har intervjuats inom området.

TABELL 6. Indikatorer för delmål "färre kvinnor ska drabbas av vårdskador till följd av förlossning"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som drabbats av allvarliga bristningar (grad III och IV) vid icke instrumentell förlossning	Graviditetsregistret
Andel kvinnor med stor blödning (>1 000 ml) vid kejsarsnittsförlossning*	Graviditetsregistret
Andel kvinnor med stor blödning (>1 000 ml) vid vaginal förlossning*	Graviditetsregistret
Andel kvinnor med urinstämna efter vaginal förlossning	Graviditetsregistret
Andel kvinnor som drabbas av infektioner i förlossningsvården	Graviditetsregistret
Andel kvinnor med allvarliga bristningar som är nöjda med vård och behandling ett år efter förlossning	Bristningsregistret

* Stor blödning vid kejsarsnitt och stor blödning vid vaginal förlossning skattas olika på olika sjukhus och en del av skillnaden mellan regioner kan förklaras av denna skillnad.

Vad gäller urinstämna och vårdrelaterade infektioner gäller måtten för de diagnoser som fångas upp inom förlossningsvården och därmed journalförs där. Till exempel infektioner efter ett kejsarsnitt som upptäcks när kvinnan redan kommit hem går inte att följa upp eftersom hon med stor sannolikhet söker sig till en annan vårdnivå eller vårdenhet för att få hjälp med behandling av infektionen. Det är även viktigt att fokusera på andra delar av en säker vård. Indikatorer för bland annat differentiering av levatorskador och grad II-bristningar är några av de mått som är viktiga att utveckla för att förbättra vårdens resultat inom dessa områden. Sådana indikatorer är under utveckling och föreslås inkluderas i den strategiska planen när de finns att tillgå.

Delmål: Färre barn ska drabbas av vårdskador i förlossnings- och neonatalvården

Som påpekades i kapitel 2 är det viktigt att säkerställa att de barn som vårdas inom neonatalvården inte utsätts för trycksår. Det är även viktigt att arbeta för att nyfödda barn är ordentligt syresatta och att se till att så få barn som möjligt har låg Apgar-poäng, varför uppföljningsindikatorer inom dessa områden valts ut för att följa delmålet. Vidare har indikatorer som visar på risk för funktionshinder likt hjärnskador och synskador valts ut. Svår hjärnblödning hos extremt för tidigt födda barn har valts ut eftersom det har en stark korrelation till senare hjärnskador. Ytterligare områden som valts ut är svår retinopati (förändring av blodkärlens tillväxt i ögats näthinna) hos för tidigt födda barn och uttalad

hyperbilirubinemi (gulsot) hos fullgångna barn. De anses särskilt prioriterade eftersom det finns evidens som pekar mot en negativ utveckling inom dessa områden. De föreslagna uppföljningsindikatorerna för att följa upp delmålet återfinns i tabell 7.

TABELL 7. Indikatorer för delmål "färre barn ska drabbas av vårdskador i förlossnings- och neonatalvården"

Indikator	Källa
Antal verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 vårddygn i neonatalvård	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Andel barn med låg Apgar-poäng (0-3) vid 5 minuter	Graviditetsregistret
Andel barn som drabbas av hudskada inom neonatalvården	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Andel extremt för tidigt födda barn med intraventrikulär hjärnblödning	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Andel barn födda före 28 graviditetsveckor med svår retinopati	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Uttalad hyperbilirubinemi (gulsot) per 1 000 levande födda barn	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

Det finns ytterligare relevanta indikatorer inom delmålet om att färre barn ska drabbas av vårdskador i förlossnings- och neonatalvården. Till exempel är det intressant att bevaka antalet barn som drabbas av nekrotiserande enterokolit och att följa upp antalet barn som föds för tidigt vid två och fem års ålder. De experter som har intervjuats i detta arbete framhåller dock att nekrotiserande enterokolit (allvarlig inflammation i tarmen) utvecklas åt rätt håll, varför de indikatorer som istället uppvisar en negativ utveckling har prioriterats istället. Vidare har de uppföljningar som sker av för tidigt födda barn vid två och fem års ålder inte föreslagits för att följa delmålet eftersom de är historiska mått och målbilden syftar till att spegla förbättringsarbete framåt.

Likaså har det varit en avvägning huruvida både verifierade vårdrelaterade infektioner och vårdrelaterade infektioner bör inkluderas. Verifierade vårdrelaterade infektioner innebär att det är en bekräftad infektion i blodbanan. För att bekräfta en infektion krävs ett blodprov, vilket inte alltid är lämpligt eller möjligt att ta för de sköra barn som vårdas i neonatalvården. Verifierade vårdrelaterade infektioner innebär därför sannolikt en underskattning av totalt antal vårdrelaterade infektioner, men har valts eftersom indikatorn ger ett mer säkerställt underlag jämfört med kliniskt misstänkta vårdrelaterade infektioner.

Mål 4: En mer kunskapsbaserad vård

En mer kunskapsbaserad vård är en av de centrala målsättningarna i satsningen. Det har i genomförda intervjuer betonats att evidens och kunskapsstöd kan bidra till att förebygga, diagnosticera och behandla förlossningsskador.

En mer kunskapsbaserad vård tangerar på många sätt de strategier och insatser som vården kan arbeta med för att säkerställa en säker vård. För att i möjligaste mån hålla isär målbilden för kvinnan och hennes familj från de vägar framåt som vården kan välja har delmålet valts utifrån vad som har direkt bäring på den vård som kvinnan får. Det innebär att viktiga områden inom en mer kunskapsbaserad vård såsom till exempel förutsättningar för forskning inte har valts som delmål. Den del som mer direkt berör kvinnan är huruvida hon får en kunskapsbaserad vård, varför delmålet är att *vårdens följsamhet till riktlinjer och rekommendationer ska öka*.

Delmål: Vårdens följsamhet till riktlinjer och rekommendationer ska öka

I samråd med de experter som intervjuats i detta arbete har några av de rekommendationer som Socialstyrelsen, SFOG, SKL och Svenska Neonatalföreningen utvecklat valts ut som uppföljningsindikatorer. Dessa rekommendationer rör mödrahälsovård, förlossningsvård och neonatalvård. Inom mödrahälsovården rekommenderar SFOG att använda andel kvinnor som screenats med AUDIT och andel gravida som tillfrågats om våldsutsatthet som kvalitetsindikatorer [31]. Socialstyrelsen rekommenderar att kvinnor med hotande förtidsbörd behandlas med kortison [32]³. Graviditetsregistret listar ett antal målvärden för förlossning där bland annat andel kejsarsnitt enligt Robson 1 ska vara högst sex procent [33]. I de utvalda indikatorerna undersöks andelen förlossningar enligt både Robson 1 och Robson 2. Detta eftersom de kvinnor som har ett elektivt kejsarsnitt inplanerat i en sen graviditetsvecka felaktigt kan klassificeras som Robson 1 trots att de egentligen tillhör Robson 2. Svenska Neonatalföreningen rekommenderar kylbehandling av fullgångna barn som drabbas av syrebrist under förlossning och Socialstyrelsen rekommenderar att följa WHO:s rekommendationer för amning där barnet bör ligga hud mot hud med mamman direkt efter förlossning [34] [35]. En fullständig förteckning för uppföljningsindikatorerna inom delmålet återfinns i tabell 8.

Not. 3. Antenatal kortikosteroidbehandling ges till kvinnor med hotande för tidig börd för att hjälpa barnets utveckling av syreupptagningsförmåga.

TABELL 8. Indikatorer för delmål "vårdens följsamhet till riktlinjer och rekommendationer ska öka"

Indikator	Källa
Andel kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1 och Robson 2	Graviditetsregistret
Andel kvinnor som uppger att barnet låg hud mot hud med dem direkt efter förlossningen tills barnet sugit och/eller somnat	Graviditetsenkäten, 8 veckor efter förlossning*
Andel barn per födelsevecka (21–34) där modern erhållit minst 1 dos antenatala kortikosteroider	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Andel barn med Apgar 0–3 vid 5 minuter som har något tillgängligt navelsträngsprov	Graviditetsregistret
Antal barn som kylbehandlats per 1 000 levande födda barn	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Andel gravida kvinnor som screenats med AUDIT	Graviditetsregistret
Andel gravida kvinnor som tillfrågats om våldsutsatthet	Graviditetsregistret

* Enkäten är under utveckling. Frågorna kan komma att ändras något i den slutgiltiga versionen av Graviditetsenkäten.

Inom området förlossningsvård har Socialstyrelsen tagit fram två så kallade nationella medicinska indikationer för att vägleda vårdpersonal kring under vilka förutsättningar det kan vara relevant att ge värkstimulerande medel (oxytocin) under förlossning och under vilka förutsättningar det är relevant att tillmötesgå en kvinnas önskan om att föda med kejsarsnitt [36]. Dessa medicinska indikationer har dock inte använts som indikatorer för att följa delmålet eftersom det är svårt att uttala sig om ett önskat målvärde vid analys av utfall.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska alla kvinnor screenas för depression enligt Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) på barnavårdscentralen inom tre månader från förlossning [37]. Den indikator som finns kopplat till denna nationella riktlinje är dock under utveckling och kan därmed inte inkluderas i den strategiska planen när den lanseras under våren 2019. Det finns i nuläget inte heller någon indikator som följer stödåtgärder för psykisk ohälsa till kvinnor efter graviditet.

I de expertintervjuer som genomförts har det också poängterats att det är viktigt att screena kvinnor med AUDIT och att fråga om våldsutsatthet, men att det är minst lika viktigt att sedan säkerställa att dessa kvinnor även får det stöd de är i behov av. I ett flertal intervjuer har det poängterats att partners vanor vad gäller exempelvis riskbruk, depression och våldsbenägenhet har stor påverkan på den gravida kvinnans och det framtida barnets levnadsvanor.

En partners rökvanor avgör till exempel till stor grad den gravida kvinnans rökvanor [38]. Att följa även partnerns levnadsvanor kan således vara angeläget, även om det i nuläget inte finns någon uppföljningsindikator för detta.

Vidare har vikten av ett familjecentrerat arbetssätt inom neonatalvården betonats särskilt. Det kan till exempel handla om familjecentrerade ronder samt att barnen får så mycket tid hud-mot-hud med föräldrarna som möjligt. I nuläget finns det inga indikatorer för att följa upp dessa aspekter av familjecentrering varför denna viktiga del av neonatalvården inte finns representerad bland indikatorerna.

Mål 5: En mer jämlik vård

Det har framkommit att kvinnor i grupper med särskilda behov eller grupper med sämre socioekonomiska livsvillkor i lägre utsträckning nås av vården före, under och efter graviditet. Det har även framkommit att kvinnor i vissa har sämre medicinska utfall inom ett flertal områden [5] [29] [39]. I den nationella satsningen betonas vikten av en mer jämlik vård och i den uppföljning av satsningen som har gjorts hittills har det dessutom framkommit att vården bör rikta sig mot dessa kvinnor i större utsträckning [10].

I satsningen, kartläggningarna och i den uppföljning som har gjorts av satsningen framkommer att mer behöver göras så att vården anpassas och utformas för alla kvinnor, oavsett livsvillkor, levnadsförhållanden eller levnadsvanor. Framförallt behöver vården uppmärksamma och också nå ut till riskgrupper (kvinnor med högt BMI, psykisk hälsa och/eller missbruk/riskbruk) samt grupper i särskilt utsatta situationer (till exempel utifrån utbildningsnivå, sysselsättningsgrad, inkomstnivå eller födelseland). Att systematiskt följa hur väl vården arbetar för att nå kvinnor med särskilda behov är dock komplicerat på en aggregerad nivå. Ett delmål inom målet om en mer jämlik vård som går att följa systematiskt är däremot att *omotiverade skillnader i vård och behandling ska minska*.

Delmål: Omotiverade skillnader i vård och behandling ska minska

De föreslagna uppföljningsindikatorerna inom detta delmål har valts utifrån tre aspekter av skillnader som särskilt lyfts i de kartläggningar och expertintervjuer som har genomförts. Den första aspekten rör huruvida vården når de kvinnor som har ett särskilt behov av stöd. Exempel på indikatorer är deltagande i föräldrastöd, genomsnittlig inskrivningsvecka och andel eftervårdsbesök. Ett annat område rör indikatorer där det har visat sig finnas regionala skillnader, till exempel andelen kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet och andelen gravida som fått extra stödåtgärder på grund av

förlossningsrädsla. Slutligen har även indikatorer valts ut för områden där det har visat sig finnas medicinskt omotiverade skillnader i utfall utifrån socioekonomi. Indikatorerna som representerar denna aspekt av jämlikhet rör kejsarsnitt enligt Robson 1 och Robson 2 samt låg Apgar-poäng. Andelen allvarliga bristningar föreslår också följas upp, även om det i tidigare kartläggningar inte funnits tillräckligt med underlag för att avgöra om de observerade skillnaderna är omotiverade eller om de kan förklaras av andra faktorer. För att följa upp delmålet föreslås de uppföljningsindikatorer som finns listade i tabell 9.

TABELL 9. Indikatorer för delmål: "omotiverade skillnader i vård och behandling ska minska"

Indikator	Källa
Andel kvinnor som drabbats av allvarliga bristningar (grad III och IV) vid icke instrumentell förlossning*	Graviditetsregistret
Andel kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1 och Robson 2*	Graviditetsregistret
Andel barn med låg Apgar-poäng (0-3) vid 5 minuter.*	Graviditetsregistret
Andel förstfödelskor och deras partner som deltagit i föräldrastöd i grupp.*	Graviditetsregistret
Andel gravida som fått extra stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla.*	Graviditetsregistret
Andel kvinnor som behandlats för psykisk ohälsa under graviditet.*	Graviditetsregistret
Genomsnittlig inskrivningsvecka i mödrahälsövården.*	Graviditetsregistret
Andel kvinnor som kom på eftervårdsbesök.*	Graviditetsregistret

* Per region, födelseland, sysselsättning, utbildningsnivå.

För kvinnor som lider av förlossningsrädsla hade det även varit önskvärt att kunna jämföra hur många som efterfrågar stöd för förlossningsrädsla respektive hur många som får stöd. Det finns dock ingen indikator för att följa hur efterfrågan på stöd ser ut, varför en sådan jämförelse inte är möjlig att göra i dagens läge.

Det är viktigt att betona att det är komplext att bedöma vad som utgör en omotiverad skillnad. Alla skillnader som observeras i vård och behandling innebär inte nödvändigtvis att vården är ojämlik. Det är enbart sådana skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader som kan kallas för omotiverade. Därför är det viktigt att genomföra fördjupade analyser av de skillnader som observeras för att kunna bedöma om de är motiverade eller omotiverade [40].

3.2 Vägar framåt för vården

Vägarna framåt för att nå målbilden som beskrivs i avsnitt 3.1 kan se olika ut när regionerna utifrån sina förutsättningar och behov gör egna bedömningar över vad som ska göras. Nedan finns förslag på ett antal strategier, med tillhörande exempel på insatser, som regionerna kan inspireras av i sitt fortsatta arbete för att nå målbilden.

Förutsättningar

För att uppnå målen för kvinnan och hennes familj finns två förutsättningar som behöver finnas på plats oavsett vilken eller vilka strategier för förbättringsarbete som väljs:

- › En stärkt kompetensförsörjning
- › Ett gott medarbetar- och ledarskap

En stärkt kompetensförsörjning – där kompetenta och engagerade medarbetare ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Tillgången på personal varierar idag mellan olika regioner och mellan olika verksamheter inom samma region. För att klara kompetensförsörjningen över hela landet krävs insatser på såväl nationell, regional som lokal nivå. Det handlar om alltifrån att utbildningssystemet ska vara väl dimensionerat till att lokalt säkra en god arbetsmiljö. En central fråga är också att kontinuerligt arbeta med att använda kompetensen på ett effektivt sätt.

Ett gott medarbetar- och ledarskap är en annan förutsättning för att kunna driva det nödvändiga förbättringsarbetet. För att skapa förutsättningar för verksamhets- och kvalitetsutveckling behöver chefer på alla nivåer ges förutsättningar att vara goda ledare. Medarbetarna behöver också ges utrymme att ta ansvar och vara delaktiga i det löpande förbättringsarbetet.

Strategier och exempel på insatser

Som tidigare nämnts är de föreslagna strategierna valda utifrån en samlad bedömning av de kartläggningar och intervjuer som gjorts samt utifrån att de ska ha direkt koppling till ett eller flera delmål i den strategiska planen. De fem strategierna är:

- › Involvera kvinnor och deras familjer
- › Utforma vården och insatser efter kvinnans och familjens behov
- › Säkerställ en sammanhållen vårdkedja
- › Utveckla arbetssätten
- › Stärk kunskapsstyrningen

På liknande sätt har även de exempel på insatser som nämns valts utifrån att de ska ha direkt eller indirekt koppling till något av de utvalda delmålen samt vara genomförbara. Med det sagt är inte nödvändigtvis alla exempel lämpade för alla regioner och verksamheter.

Strategi 1: Involvera kvinnor och deras familjer

Målen om en mer kunskapsbaserad vård, en mer personcentrerad vård och en mer jämlik vård kan uppnås genom att i ökad utsträckning involvera kvinnor och deras familjer. Att involvera kvinnor och deras familjer kan innebära att arbeta tillsammans med kvinnor samt deras familjer och närstående i vårdens utvecklingsarbete genom så kallad tjänstedesign. Genom att involvera dem som vården ytterst är till för ökar möjligheterna att identifiera relevanta förbättringsområden, prioritera vilka förbättringsområden som är av störst relevans och bättre förstå hur de problem som kvinnor och deras familjer upplever kan åtgärdas [7].

Exempel på möjliga insatser inom strategin "involvera kvinnor och deras familjer"

- ▶ Säkerställ att patientperspektivet ingår i den systematiska uppföljningen och utvärderingen av vården före, under och efter graviditet.
- ▶ Använd metoder för att fånga kvinnorna och deras familjers synpunkter och erfarenheter så att dessa kan användas i det dagliga verksamhetsnära utvecklingsarbetet. Till exempel kan tjänstedesign användas för att tillsammans med kvinnorna och deras familjer ta reda på vilka behov som finns och utveckla lösningar för dessa behov.

Strategi 2: Anpassa vården och insatser efter kvinnans och familjens behov

För att kunna nå målen om en mer personcentrerad och jämlik vård är det avgörande att vården anpassas efter kvinnans och familjens behov. En mer behovsanpassad vård kan uppnås på flera olika sätt, men kan exempelvis omfatta förändrade rutiner för att nå grupper med särskilda behov, att arbeta systematiskt med riskbedömningar under graviditet och förlossning samt att stärka tillgången till språklig och kulturell kompetens bland medarbetarna. Ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser är en annan möjlighet för att minska omotiverade skillnader i vårdens resultat.

Exempel på möjliga insatser inom strategin "anpassa vården och insatser efter kvinnans och familjens behov"

- Anpassa information utifrån patientens behov och förutsättningar samt säkerställ att informationen ger realistiska förväntningar.
- Utforma vårdteam så att den samlade kompetensen och erfarenheten matchar kvinnorna och deras familjers olika behov.
- Se över möjligheterna att i ökad utsträckning ge kvinnor och deras barn som vårdas inom neonatalvården samvård.
- Erbjud stöd till kvinnor och deras familjer som lider av psykisk ohälsa, riskbruk eller risk för våldsutsatthet under graviditet.
- Öka kompetensen kring olika socioekonomiska förutsättningar och öka den kulturella och språkliga kompetensen bland medarbetare.

Strategi 3: Säkerställ en sammanhållen vårdkedja

En sammanhållen vårdkedja är en viktig förutsättning för att nå flera av målen, såsom en personcentrerad, säker och tillgänglig vård. Viktiga insatser inom området kan handla om alltifrån att stärka informations- och kunskapsöverföringen mellan olika verksamheter till att säkerställa en högre grad av kontinuitet i relationen mellan kvinnor och deras familjer samt vårdteamet. På så vis finns det förutsättningar för att kvinnor och deras familjer upplever en ökad trygghet och kontinuitet. Att utveckla en sammanhållen vårdkedja kan också handla om att stärka till exempel eftervården för kvinnan efter graviditet. Genom att stärka och utöka eftervården kan kvinnor med besvär och skador fångas upp i rätt tid samt ges en mer säker vård [8].

I genomförda expertintervjuer har det även framhållits att en sammanhållen vårdkedja kan handla om att rätt insatser genomförs så tidigt som möjligt i vårdkedjan. Till exempel har det påpekats att information och insatser (exempelvis reflekterande samtal) inför förlossningen kan ha en positiv inverkan på amning och på så vis fungera stärkande inför eftervården. Även vikten att prata om samlag och njutning under och efter förlossning redan inom mödrahälsovården under graviditet har poängterats som viktigt för att kunna hantera eventuella problem som kan uppstå efter förlossningen.

Exempel på möjliga insatser inom strategin "säkerställ en sammanhållen vårdkedja"

- Utöka eftervårdsbesök och samtal inom mödrahälsovården vid behov.
- Utveckla familjecentrerade arbetssätt. Till exempel via familjecentraler som samlar mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst under samma tak.
- Arbeta med integrerade vårdformer.
- Utveckla samverkan med andra verksamheter (för att kunna anpassa vården för de kvinnor som har, till exempel, psykiska problem eller problem med missbruk).

Strategi 4: Utveckla arbetssätten

Dagens och morgondagens kompetensförsörjningsutmaningar kan inte lösas enbart genom att tillföra ytterligare resurser utan kräver också att vårdens arbetssätt utvecklas. Det kan handla om att pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet eller att införa mentorskapsprogram för barnmorskor för att säkerställa att nyutbildade barnmorskor lotsas in i yrket på ett tryggt sätt [7]. Att utveckla arbetssätt kan även innebära att i ökad utsträckning dra nytta av de möjligheter som följer med digitalisering. Digitaliseringen kan frigöra tid genom att förenkla det administrativa arbetet – tid som kan användas för värdeskapande patientarbete. Digitaliseringen kan också skapa förutsättningar för en ökad delaktighet för patienter genom exempelvis förbättrad information i användarvänliga kanaler. Genom utvecklade arbetssätt kan därmed fler av målen uppnås, till exempel en mer personcentrerad vård och en mer säker vård.

Exempel på möjliga insatser inom strategin "utveckla arbetssätten"

- Förbättra möjligheterna till så kallad arbetsplatsrotation – det vill säga att vårdpersonal får chans att arbeta inom olika delar av vårdkedjan. Till exempel kan en barnmorska som arbetar inom förlossningsvården "rotera" och tillfälligt eller parallellt arbeta inom mödrahälsovården.
- Inför digitala lösningar som kan minska det administrativa arbetet och frigöra mer tid till patientnära arbete.
- Inför mentorskapsprogram för barnmorskor för att säkerställa att nyutbildade barnmorskor lotsas in i yrket på ett tryggt sätt.
- Inför kompetensmodell/kompetensstege för att tydliggöra olika nivåer av kompetens, till exempel för sjuksköterskor som arbetar inom neonatalvården.

Strategi 5: Stärk kunskapsstyrningen

Genom att arbeta med insatser kopplade till strategin att utveckla kunskapsstyrningen kan målet om en mer kunskapsbaserad vård nås. Att utveckla kunskapsstyrningen kan innebära att säkerställa att arbetet inom regionerna i större utsträckning utgår från befintlig kunskap och evidens. Att arbeta aktivt med de nationella programområdena och därigenom harmonisera riktlinjer är en viktig komponent i detta. Att bevaka utvecklingen av nya riktlinjer och rekommendationer samt att säkerställa en ökad följsamhet till dessa kan också leda till att vården blir mer säker och att regionala skillnader minskar. Att stärka kunskapsstyrningen kan även innebära att ta fram metoder för att förbättra uppföljningen av vårdens kvalitet liksom att underlätta för forskning.

Exempel på möjliga insatser inom strategin "stärk kunskapsstyrningen"

- Samordna kunskapsstyrningen inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.
- Satsa på klinisk forskning inom vården före, under och efter graviditet.
- Säkerställ att vårdpersonal håller sig uppdaterade kring riktlinjer och rekommendationer, genom exempelvis webbutbildning.



Hur den strategiska planen har tagits fram

I detta kapitel beskrivs hur den strategiska planen har tagits fram samt vilka som har involverats i arbetet. Vidare presenteras kriterier för mål indikatorer, strategier och insatser.

Nära dialog med patient-, professions- och verksamhetsföreträdare

En kombination av arbetssätt har använts i utvecklingen av den strategiska planen. Till exempel har litteratur- och dokumentstudier, workshops, intervjuer samt analyser av uppföljningsindikatorer genomförts. Dialog har förts med företrädare från Sveriges samtliga regioner.

En referensgrupp har involverats i arbetet (se tabell A 1 i bilaga). Referensgruppen har vid ett par tillfällen lämnat synpunkter muntligen på innehållet i och utformningen av den strategiska planen samt lämnat skriftlig återkoppling på denna vägledande rapport. Vidare har referensgruppsmedlemmarna löpande besvarat frågor från arbetsgruppen. Dessutom har intervjuer med patientföreträdare, registerhållare och övriga sakkunniga genomförts (se tabell A 2 i bilaga för en fullständig förteckning). Ibland har flera avstämningar med samma intervjuperson genomförts.

Kriterier för urval av mål och indikatorer

Arbetet med målbilden för kvinnor och deras familjer i den strategiska planen har tagit utgångspunkt i de överenskommelser som tecknats mellan SKL och staten vad gäller vården före, under och efter graviditet [12] [13] [14]. Till exempel delar målbilden i den strategiska planen vision och mål med överenskommelserna. Överenskommelserna lyfter särskilt att vården före, under och efter graviditet ska bli mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik [12] [13] [14], varför dessa mål valts ut i den strategiska planen. En mer personcentrerad vård har valts ut som ett kompletterande mål i tillägg till de mål som lyfts fram i satsningen. Detta eftersom en personcentrerad vård bedöms vara avgörande för att kunna nå visionen om att alla kvinnor och deras familjer ska känna sig trygga hela vägen – före, under och efter graviditet.

För varje mål har ett till tre delmål valts ut, vilka i arbetet har utpekats som särskilt prioriterade för att kunna nå visionen och målen med satsningen. Delmålen har valts utifrån följande fyra principer:

- › Delmålen ska så långt som möjligt ha ett tydligt patientperspektiv.
- › Delmålen ska ta utgångspunkt i satsningens uttalade prioriteringar.
- › Delmålen ska utgå från områden där det finns ett särskilt utvecklingsbehov.
- › Delmålen ska gå att följa upp.

För varje delmål har tre till åtta uppföljningsindikatorer valts ut. Indikatorerna har valts på basis av att:

- › Uppföljningsindikatorerna ska spegla delmålen och i största möjliga mån utgå från ett patientperspektiv.
- › Uppföljningsindikatorerna ska belysa kvalitetsaspekter som har visat sig vara särskilt angelägna (till exempel aspekter som berör många patienter eller har stora utvecklingsbehov).
- › Uppföljningsindikatorerna ska utgå från tillgängliga data och register samt vara av hög kvalitet.

En konsekvens av att delmålen och indikatorerna ska gå att följa upp är att de områden som i dagsläget inte är möjliga att följa upp inte heller har valts ut som delmål inom ramen för detta arbete. I kapitel 3 redovisas och diskuteras de områden som exkluderats på grund av avsaknad av indikatorer. Vidare kan nämnas att uppföljningsindikatorerna rör mödrahälsovård, förlossningsvård, eftervård och neonatalvård. Det är angeläget att inkludera indikatorer för hela vårdkedjan, men det finns något skilda förutsättningar för att fånga de olika delarna i vårdkedjan, vilket även speglas i de uppföljningsindikatorer som har valts ut.

Värt att nämna är att ett relativt stort antal av de föreslagna uppföljningsindikatorerna kommer från den så kallade Graviditetsenkäten, som pilottestades i början av 2019. Graviditetsenkäten riktar sig till alla gravida och nyförlösta kvinnor i Sverige. Enkäten skickas ut tre gånger: i graviditetsvecka 25, 8 veckor efter förlossning och ett år efter förlossning. Frågorna i enkäten handlar om hur kvinnan upplever vården och den egna hälsan. På så vis innebär den en möjlighet för dem som analyserar och utvecklar vården att förstå sådant som tidigare inte varit möjligt att analysera. Resultaten från Graviditetsenkäten kommer dock inte att kunna analyseras förrän tidigast 2020, varför indikatorer från Graviditetsenkäten inte kommer att kunna följas när den strategiska planen lanseras under våren 2019.

Kriterier för urval av strategier och insatser

Vägarna framåt för vården i den strategiska planen utgörs av förslag på möjliga strategier och exempel på insatser. Som tidigare nämnts är *strategierna* valda utifrån en samlad bedömning av de kartläggningar och intervjuer som har genomförts samt utifrån principen att de ska ha en direkt koppling till ett eller flera delmål.

Kopplat till varje strategi lämnas också exempel på möjliga *insatser* för att inspirera regionernas och verksamheternas arbete framåt. Exempel på insatser som tas upp inom ramen för den strategiska planen har valts utifrån att de har direkt eller indirekt koppling till något eller flera av delmålen och svarar mot identifierade utmaningar. Breda exempel har valts framför mer specifika, och det är värt att understryka att exempelinsatserna som har valts ut är just exempel och inte heltäckande förslag. Fler insatser och inspirerande exempel finns i de tidigare kartläggningarna som SKL har gjort [6] [7] [8] [9] samt i regionernas samlade redovisningar. Vidare kommer de insatser som regionerna har rapporterat in för verksamhetsåret 2018 att kategoriseras enligt de fem valda strategierna för att ytterligare kunna fungera som inspiration och bidra till ömsesidigt lärande mellan regionerna.

TIPS!

Läs mer om arbetet med satsningen på skl.se. Sök på Förlossningsvård och kvinnors hälsa. Här kan du till exempel hitta senaste nytt om satsningen och tidigare rapporter.

Referenser

- [1] Förenta Nationerna (2015) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.*
- [2] Världsbanken (2018) *Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). World Development Indicators.* <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.DYN.MORT&country=> (Hämtad online januari 2019).
- [3] Socialstyrelsen (2017) *Öppna jämförelser 2016 Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning.*
- [4] Vården i siffror (2018) *Graviditet, förlossnings- och nyfödda.* <https://vardenisiffror.se/headkeyword/show/sjukdomstillstand> (Hämtad online februari 2019).
- [5] Graviditetsregistret (2018) *Årsrapport 2017.* https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_%C3%85rsrapport_2017_4.0.pdf (Hämtad online december 2018).
- [6] Sveriges Kommuner och Landsting (2017) *Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter. Kunskapsunderlag.*
- [7] Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet.*
- [8] Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Trygg hela vägen. Nio möjligheter att utveckla vården före, under och efter graviditet.*
- [9] Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Neonatalvården i fokus – Trygg hela vägen – före, under och efter graviditet.*
- [10] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa.*
- [11] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2015). *En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
- [12] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2019.*
- [13] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2019.*

- [14] Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2018) *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018–2019.*
- [15] Socialdepartementet (2015) *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa.* Regeringsbeslut S2015/07801/FS.
- [16] Socialdepartementet (2016) *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa.* Regeringsbeslut S2016/00845/FS.
- [17] Socialdepartementet (2017) *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa.* Regeringsbeslut S2017/00840FS.
- [18] Socialdepartementet (2017) *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa.* Regeringsbeslut S2017/03847/FS.
- [19] Socialdepartementet (2018) *Medel för särskilda insatser med anledning av tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2018–2019.* Regeringsbeslut S2018/02148/FS.
- [20] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.*
- [21] Socialstyrelsen (2017) *Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.*
- [22] Sveriges Kommuner och Landsting (2017) *Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling.*
- [23] A. Vikström, S.-E. Johansson och M. Barimani (2017) *Postnatal ER visits within 30 days – Pattern, risk factors and implications for care.* Journal of Clinical Nursing 27 (3-4), 769-776.
- [24] Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (2019) *Om SNQ* <https://www.med-scinet.com/pnq/about.aspx?lang=0> (Hämtad online februari 2019).
- [25] Socialstyrelsen (2009) *Nationella indikatorer för God vård. – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.*
- [26] Socialstyrelsen (2017) *Andelen kejsarsnitt och allvarliga bristningar varierar stort i landet.* <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/andel-enkejsarsnittochbristningarvarierarstortilandet> (Hämtad online januari 2019).

- [27] Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (2019) *Webbutbildningar – Säker Förlossingsvård* <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/webbutbildningar/> (Hämtad online februari 2019).
- [28] Graviditetsregistret (2017) *Årsrapport 2016*. https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_%C3%85rsrapport_2016_2.1.pdf (Hämtad online januari 2019).
- [29] Socialstyrelsen (2016) *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*.
- [30] H. Rutberg och U. Nylén (2015) *Skador i vården – skadefrekvens och skadepanorama för obstetrik och gynekologi. Markörbaserad journalgranskning 2013–2014*.
- [31] Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2016) *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*.
- [32] Socialstyrelsen (2014) *Vård av extremt för tidigt födda barn – En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor*.
- [33] Graviditetsregistret (2018) *Målvärden*. <https://www.medscinet.com/gr/malvarden.aspx> (Hämtad online januari 2019).
- [34] Svenska Neonatalföreningen (2014) *Rekommendationer för hypotermibehandling av asfyktiska nyfödda barn från BLF:s Neonatalsektion*. http://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2014/03/hypotermi_20xx.pdf (Hämtad online januari 2019).
- [35] Socialstyrelsen (2018) *Amning*. <https://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnshalsa/amning> (Hämtad online januari 2019).
- [36] Socialstyrelsen (2018) *Graviditet och förlossning*. <https://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/kvinnorshalsaochgraviditet> (Hämtad online januari 2019).
- [37] Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer, Nyförlösta personer, ungdomar och vuxna – Identifiera depression med EPDS*. <https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-var-d-vid-depression-och-angest-syndrom/2/nyforlost-personer-ungdomar-och-vuxna-identifiera-depressionmed-epds/2.15> (Hämtad online januari 2019).
- [38] Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Maskulinitet och jämställt föräldraskap. Arbete för pappors ökade delaktighet*.
- [39] Socialstyrelsen (2016) *Öppna jämförelser Jämlik vård 2015 – Kvinnors hälso- och sjukvård. Fördjupningsrapport*.
- [40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014) *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*.

BILAGA

TABELL A 1. Referensgrupp för arbetet

Namn	Organisation
Anna Bärtås	Ordförande, Svenska Barnläkarföreningen
Béatrice Skiöld	Ordförande, Svenska Neonatalföreningen
Emily Wallstedt	Patientföreträdare, BB-marschen Jönköping
Eva Uustal	Ordförande, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG); Registerhållare, Bristningsregistret
Malin Wallismo	Patientföreträdare, BB-marschen Jönköping
Masoumeh Rezapour Isfahani	Ordförande, Nationellt programområde kvinnosjukvård och förlösning
Mia Ahlberg	Ordförande, Svenska Barnmorskeförbundet
Mia Fernando	Patientföreträdare, Baking Babies
Olof Stephansson	Registerhållare, Graviditetsregistret
Simon Rundqvist	Ordförande, Nationellt programområde barn och ungdomars hälsa

TABELL A 2. Intervjupersoner inom arbetet

Namn	Organisation
Axel Ros	Överläkare länssjukhuset Ryhov i Jönköping
Charlotta Luthander	Karolinska Institutet (KI)
Christel Hellgren	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Emma Lindgren	Socialstyrelsen
Hanna Sjöberg	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Helena Wigert	Riksföreningen för Barnsjuksköterskor
Inga-Maj Andersson	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Ingrid Frisk	Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
Karin Christensson	Patientföreträdare
Karin Rydin	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Karl Rombo	Svenska Prematurförbundet
Kerstin Petersson	Graviditetsregistret

Lis Munk	Vårdförbundet
Maria Ann Nordén	Region Värmland
Maria Branting	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Mikael Norman	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ)
Pelle Gustafson	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF)
Sylvia Määttä	Västra Götalandsregionen
Vidar Vetterfalk	Män för jämställdhet (MÄN)
Ylva Malmquist	Nationellt programområde barn och ungdomars hälsa, Socialstyrelsen
Agneta Andersson	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Carina Gyllner Bergmark	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Carin Renger	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Elin Shaffer	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Hanna Lind	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Harald Grönqvist	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Klas Hyllander	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Mikael Malm	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Strategier för kvinnors hälsa

- FÖRE, UNDER OCH EFTER GRAVIDITET

Vården före, under och efter graviditet i Sverige visar mycket goda medicinska resultat. Samtidigt finns det viktiga utvecklingsområden. Mot denna bakgrund pågår sedan 2015 en nationell satsning för att förbättra vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa. Som en del i denna satsning har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram en strategisk plan för att stödja regionernas fortsatta arbete. Den strategiska planen presenteras i denna vägledande rapport *Strategier för kvinnors hälsa – före under och efter graviditet*.

Denna vägledning vänder sig till dig som är beslutsfattare eller som arbetar med förbättrings- och utvecklingsarbete inom vården före, under och efter graviditet. Vår förhoppning är att den strategiska planen ska hjälpa till att peka ut områden som är särskilt prioriterade inom satsningen och underlätta i den egna analysen av vilka strategier och insatser som bör stå i fokus på hemmaplan. Vi hoppas att detta stöd ska kunna komma till användning i hela landet och bidra till ett accelererat förbättringsarbete i linje med vår gemensamma vision – Trygg 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 978-91-7585-774-9

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