



VÄGLEDNING

Trygg hela vägen

NIO MÖJLIGHETER ATT UTVECKLA VÅRDEN FÖRE,
UNDER OCH EFTER GRAVIDITET



Sveriges
Kommuner
och Landsting

VÄGLEDNING

Trygg hela vägen

NIO MÖJLIGHETER ATT UTVECKLA VÅRDEN FÖRE,
UNDER OCH EFTER GRAVIDITET



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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-621-6
Foto: Paulina Westerlind
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: Ätta.45, 2018

Förord

Utifrån ett internationellt perspektiv håller svensk förlossningsvård en mycket hög kvalitet. Samtidigt finns utvecklingsområden, 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.

Som ett led i arbetet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, har SKL genomfört en nationell kartläggning som presenteras i huvudrapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Arbetet har genomförts under hösten 2017, under ledning av Eva Estling, samordnare för överenskommelsen vid SKL, med externt stöd från Lumell Associates.

I denna rapport, *Trygg hela vägen – Nio möjligheter att utveckla vården före, under och efter graviditet*, sammanfattar vi de viktigaste lärdomarna från kartläggningen, med fokus på möjliga vägar framåt. Vår förhoppning är att innehållet ska fungera både som inspiration och konkret vägledning vid ett fortsatt regionalt och lokalt förbättringsarbete, med målsättningen att alla blivande och nyblivna föräldrar ska känna sig trygga hela vägen – före, under och efter graviditet.

Det är samtidigt viktigt att notera att varje landsting och region har olika förutsättningar och att de möjligheter och exempel som lyfts fram inte passar för alla. Dessa ska därför inte ses som generella rekommendationer, utan snarare som en palett av möjliga vägar framåt.

Stockholm i mars 2018

Hans Karlsson

Direktör för Avdelningen vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

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).

LÄS MER!

För vidare läsning se huvudrapporten *Trygg hela vägen - Kartläggning av vården före, under och efter graviditet* på skl.se.

Innehåll

- 7 Sammanfattning

- 11 Kapitel 1. Vården före, under och efter graviditet – en välfungerande kedja eller separata länkar?
 - 11 Mycket goda resultat på flera centrala områden
 - 12 Samtidigt kvarstår viktiga utvecklingsområden
 - 12 För att möta utmaningarna behöver vi se vården före, under och efter graviditet som en sammanlänkad helhet
 - 13 I denna rapport visar vi på möjliga vägar framåt
 - 14 Vårdkedjan involverar flera olika aktörer

- 17 Kapitel 2. Nio förbättringsmöjligheter för stärkt vård före, under och efter graviditet
 - 19 Förändringsområde: Styrning och organisation
 - 19 *1. Utforma nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet*
 - 21 *2. Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan*
 - 24 *3. Stärk eftervården*
 - 26 *4. Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna*
 - 28 Förändringsområde: Innovation och arbetsätt
 - 28 *5. Skapa utrymme för en mer individanpassad vård*
 - 32 *6. Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna*
 - 38 *7. Utveckla kompetens och arbetsätt för att möta grupper med särskilda behov*
 - 44 *8. Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet*
 - 47 *9. Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbete*

- 51 Referenser



Sammanfattning

Svensk mödrahälsovård och förlossningsvård presterar överlag mycket goda resultat. Samtidigt kvarstår viktiga förbättringsområden. Under senare tid har framför allt förlossningsvården varit i fokus, inte minst i den mediala debatten. 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. I sammanhanget är det emellertid viktigt att komma ihåg att vården vid förlossningskliniker endast utgör ett steg i en vårdkedja där de olika delarna i stor utsträckning hänger samman och påverkar varandra. För att förstå och möta flera av utmaningarna behöver vi därför lyfta blicken och se hur vårdkedjan som helhet kan utvecklas.

Mot denna bakgrund har SKL genomfört en kartläggning av vården före, under och efter graviditet. Resultatet presenteras i huvudrapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Inom ramen för detta arbete identifierades även nio centrala förbättringsmöjligheter, samt ett antal konkreta exempel på hur landstingen och regionerna kan arbeta för att utveckla vårdkedjan.

I denna rapport sammanfattar vi de viktigaste lärdomarna från kartläggningen, med fokus på möjliga vägar framåt. I tillägg ges förslag på vägledande diskussionsfrågor. Vår förhoppning är att innehållet ska fungera både som inspiration och vägledning i det fortsatta regionala och lokala förbättringsarbetet.

De möjligheter och exempel som lyfts fram bygger huvudsakligen på en omfattande intervjuundersökning, där närmare 100 patienter, patient-, professions-, och verksamhetsföreträdare samt forskare och andra sakkunniga har deltagit.

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 att patienter har olika behov och förutsättningar har landstingen/regionerna och verksamheterna olika förutsättningar när det gäller utformningen av vården. De möjligheter och exempel som tas upp ska därför inte ses som generella rekommendationer. Ambitionen är i första hand att sprida kunskap och dela erfarenheter samt att inspirera till fortsatt förbättringsarbete. En startpunkt för det fortsatta arbetet kan därför med fördel vara att definiera vilka resultat som ska åstadkommas, och utifrån det identifiera eventuella behov av förbättringar 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 både patienter och professioner i hela landet uppfattar som trygg hela vägen.

Sammanfattning av identifierade förbättringsförslag: **Styrning och organisation**

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/regionerna kring utformning av ersättningsmodeller

Sammanfattning av identifierade förbättringsförslag: Innovation och arbetssätt

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 mödrhälsovården generellt, bland annat genom att komplettera med fler yrkeskategorier exempelvis fysioterapeuterExempel på riktade insatser är kulturtolkar eller kulturdoulor 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 och partners/närståendes 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?

Mycket goda resultat på flera centrala områden

Utifrån ett internationellt perspektiv presterar svensk mödrahälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård mycket goda resultat. Bland annat är Sverige ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet och högst överlevnad bland nyfödda barn (1) (2). Av de drygt 110 000 barn som föds i Sverige varje år upptäcks färre än 200 barn med allvarliga skador som uppstår vid förlossningen, det vill säga knappt två fall per 1 000 levandefödda barn (2). Sverige har också en mödrahälsovård som fångar upp i princip samtliga kvinnor tidigt i graviditeten och av patientenkäter framgår att en majoritet av kvinnorna är nöjda eller mycket nöjda med sin förlossningsupplevelse (3). På flera områden sker även en positiv utveckling. Enligt Graviditetsregistret minskade exempelvis förekomsten av bristningar av grad III och IV med 25 procent mellan 2014 och första halvåret 2017 (4).

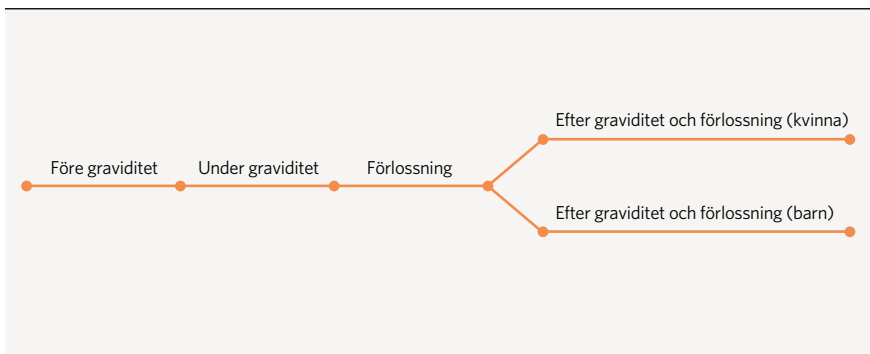
Samtidigt kvarstår viktiga utvecklingsområden

Även om vården överlag levererar mycket goda medicinska resultat finns utmaningar, och på flera områden även betydande skillnader mellan landsingen/regionerna (hädanefter används för enkelhetens skull enbart ordet landsting). Exempelvis varierar andelen kejsarsnitt från 12,1 procent till nästan 21,8 procent (5). Kompetensförsörjningen är ett annat centralt utvecklingsområde då det på många håll i landet upplevs en brist på framför allt barnmorskor, men även på specialistläkare, undersköterskor och administrativ personal (6). 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 (7)(8).

För att möta utmaningarna behöver vi se vården före, under och efter graviditet som en sammanlänkad helhet

Under de senaste åren har fokus riktats mot brister inom förlossningsvården. Samtidigt är vården vid förlossningsklinikerna endast ett steg i en vårdkedja där de olika delarna i stor utsträckning påverkar varandra (se figur 1). Förebyggande åtgärder inom mödrahälsovården kan till exempel bidra till att skapa trygghet och att färre kvinnor i onödan behöver söka sig till förlossningsvården. På samma sätt kan en stärkt eftervård exempelvis bidra till att förlossningsskador eller depression tidigare upptäcks och behandlas, vilket i sin tur kan minska söktrycket till akutsjukvården. För att förstå och möta flera av utmaningarna är det därför angeläget att se till hela vårdkedjan, och inte enbart fokusera på den vård som sker vid förlossningsklinikerna.

FIGUR 1. Illustrativ framställning av vårdkedjan - före, under och efter graviditet



I denna rapport visar vi på möjliga vägar framåt

Mot denna bakgrund har SKL genomfört en kartläggning av vården före, under och efter graviditet. Resultatet från kartläggningen presenteras i huvudrapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Inom ramen för detta arbete identifierades även nio centrala förbättringsmöjligheter, samt ett antal konkreta exempel på hur landstingen och regionerna kan arbeta för att utveckla vårdkedjan.

I denna rapport sammanfattar vi de viktigaste lärdomarna från kartläggningen, med fokus på möjliga vägar framåt. I tillägg ges förslag på vägledande diskussionsfrågor. Vår förhoppning är att innehållet ska inspirera till fortsatt regionalt och lokalt förbättringsarbete, och att rapporten även ska fungera som ett konkret stöd på vägen.

De möjligheter och exempel som lyfts fram bygger huvudsakligen på en omfattande intervjuundersökning, där närmare 100 patienter, patient-, professions-, och verksamhetsföreträdare samt forskare och andra sakkunniga har deltagit. Vi har bland annat frågat respondenterna vad de anser krävs för att skapa en mer patientcentrerad vård före, under och efter graviditet när det gäller vårdens styrning, organisation, arbetssätt och kultur. För att säkerställa att perspektiv från alla delar av landet hämtades in, intervjuades minst en verksamhetsföreträdare från varje landsting. I tillägg gjordes studiebesök på fyra platser i landet: Gällivare, Södertälje, Skövde och Linköping. Här besöktes förlossningskliniken och en av mödrahälsovårdsenheterna och i vissa fall även en barnvårdscentral. Utöver ovanstående genomfördes gruppintervjuer med nyblivna föräldrar på var och en av de fyra orterna. Vi har även genomfört en översiktlig litteraturgenomgång av tillgängliga publikationer och rapporter och analyserat statistik från exempelvis Graviditetsregistret, Socialstyrelsen och SCB.

Det är viktigt att betona att kartläggningen som rapporten och vägledningen bygger på inte gör anspråk på att ge en heltäckande bild. Det har inte varit möjligt att på djupet undersöka alla de faktorer som har betydelse för en trygg vård före, under och efter graviditet (exempelvis tillgänglighet, jämställdhet och jämlikhet). Ambitionen har i första hand varit att sammanställa och synliggöra återkommande svar, ge exempel på vad som upplevs fungera bra och vad som kan utvecklas. Det ska också noteras att vi inte har gjort någon djupare utvärdering av de olika förbättringsförslag som tas upp. (För en mer utförlig beskrivning av arbetets begränsningar hänvisas till huvudrapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*.) I denna rapport fokuserar vi heller inte på sådant som analyseras närmare i andra publikationer, såsom *Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter* (se skl.se) (6).

Notera att vi i rapporten använder ”patient” i bred bemärkelse för att beskriva någon som är i kontakt med vården före, under och/eller efter graviditet. Med andra ord används det som ett paraplybegrepp för alla målgrupper längs med hela vårdkedjan, till exempel gravida och nyförlösta kvinnor samt nyblivna föräldrar.

Vårdkedjan involverar flera olika aktörer

Kartläggningen visar att vårdkedjans steg (se figur 1) involverar en mängd olika vårdaktörer och i allmänhet kännetecknas av en relativt hög grad av standardisering. Tack vare exempelvis nationella rekommendationer, nationellt standardiserade basprogram och andra centrala riktlinjer (se till exempel SFOG:s Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa eller Barnhälsovårdens nationella program) följer vårdens insatser i stort sett samma mönster på övergripande nivå.



Under graviditeten ska exempelvis mödrahälsovården, där i stort sett alla gravida kvinnor är inskrivna, erbjuda regelbundna besök där bland annat medicinska kontroller görs. Under förlossningen föder de allra flesta kvinnor vid en förlossningsklinik, och när barnet väl är fött flyttas de flesta kvinnorna till förlossningsklinikens BB-avdelning alternativt patienthotell. Efter hemgång ansvarar kvinnokliniken vanligtvis för uppföljning i en vecka. Därefter övergår ansvaret för kvinnans hälsa till mödrahälsovården, som enligt basprogrammet ska göra ett eftervårdsbesök. Barnhälsovården har i sin tur ansvar för uppföljning av barnets hälsa från och med att det är omkring en vecka gammalt. Efter ett första besök som oftast görs i hemmet, sker regelbundna besök vid barnvårdscentraler fram till att barnet börjar förskoleklass alternativt första klass.

Trots en förhållandevis hög grad av standardisering framkommer i vår kartläggning att det finns vissa geografiska skillnader – såväl sett till vårdens innehåll som till organiseringen av vården. Resultatet från kartläggningen indikerar också att det finns vissa generella utmaningar som man upplever på flera håll i landet. Det handlar exempelvis om att samordningen mellan olika aktörer i vårdkedjan kan förbättras, att kontinuiteten mellan patienter och vårdpersonal kan stärkas och vården kan bli mer individanpassad.

I huvudrapporten – *”Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet”* – finns en mer heltäckande beskrivning av hela vårdkedjan och de utmaningar som observerats, och den intresserade hänvisas dit för vidare läsning.



Nio förbättringsmöjligheter för stärkt vård före, under och efter graviditet

Här presenteras möjligheter och exempel på hur landstingen kan arbeta för att utveckla vården före, under och efter graviditet. Kapitlet är indelat utifrån nio identifierade förbättringsmöjligheter (som även presenteras i huvudrapporten *Trygg hela vägen – Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*). Dessa sorteras i sin tur under två övergripande teman:

- › Styrning och organisation
- › Innovation och arbetsätt

Förbättringsmöjligheter inom temat *styrning och organisation* riktar sig främst till högre ledning, det vill säga makronivån. Möjligheterna som sorteras inom temat *innovation och arbetsätt* riktar sig i första hand till beslutsfattare och andra aktörer på verksamhetsnivå, det vill säga mesonivån (se tabell 1).

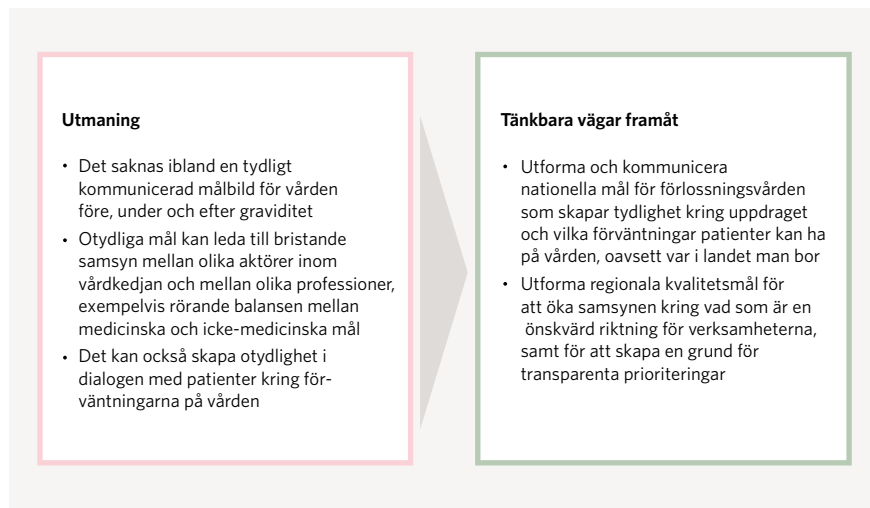
Efter varje avsnitt formuleras även ett antal diskussionsfrågor. Vår förhoppning är att dessa ska fungera som ett stöd vid förbättringsarbete.

TABELL 1. Sammanställning av identifierade förbättringsmöjligheter

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 	Makronivå
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 	Mesonivå

Förändringsområde: Styrning och organisation

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



En tydlig förbättringsmöjlighet som lyfts i arbetet är att definiera och kommunicera nationella och regionala mål för vården före, under och efter graviditet.

Vår kartläggning visar att det i vissa fall saknas en gemensam målbild – i intervjuer med verksamhetsföreträdare framkommer exempelvis att det ibland saknas samsyn mellan olika professioner och aktörer som verkar inom vårdkedjan, till exempel kring balansen mellan medicinska och icke-medicinska behov.

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 kan främja en ökad samsyn och skapa 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. Att utforma och kommunicera nationella kvalitetsmål skulle också stärka förutsättningarna för en mer jämlik vård över landet.

Kvalitetsmål kan röra såväl medicinsk kvalitet som grad av tillgänglighet och patientupplevd kvalitet. Kvalitetsregistren är en naturlig källa för att identifiera kvalitetsmått och indikatorer som kan ligga till grund för mål och uppföljning. Graviditetsregistret har tagit fram nationella målvärden som i dag används för uppföljning av vården. Eftersom registret är kopplat till de

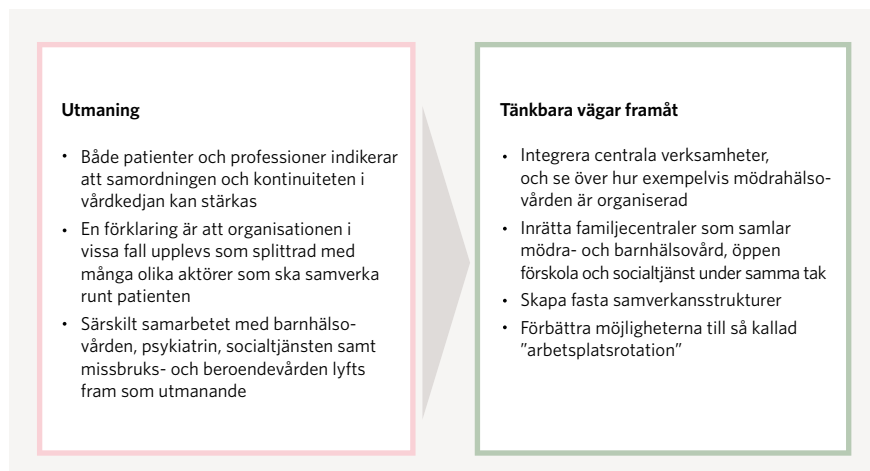
elektroniska journalsystem som används är anslutningsgraden hög; 90 procent av Sveriges förlossningar överförs automatiskt till Graviditetsregistrets statistik. Förutom en årlig rapport tillhandahåller registret även digitala resultattavlor på Graviditetsregistrets hemsida. Dessa är under uppbyggnad 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 (vardenisiffror.se) som är ett verktyg för kvalitets- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård.

Förslag på diskussionsfrågor

- › Har vi definierat kvalitetsmål som tydliggör vårdens och de enskilda verksamheternas uppdrag?
- › Speglar målen olika kvalitetsdimensioner (till exempel medicinsk kvalitet, tillgänglighet och patientupplevd kvalitet)?
- › Känner alla berörda funktioner och verksamheter till eventuella kvalitetsmål och är de accepterade?
- › Använder vi målen i dialogen med patienter, exempelvis kring förväntningar på vården?
- › Är våra mål uppföljningsbara? Använder vi resultaten för att utveckla vården?



2. Stärk de organisatoriska förutsättningarna för samverkan i vårdkedjan



Sett från ett patientperspektiv kan en välfungerande samverkan mellan olika aktörer i vårdkedjan bland annat bidra till en förstärkt samordning av vårdens insatser och en ökad kontinuitet. Det är betydelsefulla kvalitetsaspekter för de flesta patienter men kan vara särskilt viktigt för grupper med samtidiga behov av vård och stöd från flera aktörer, exempelvis kvinnor med beroendeproblematik. En välfungerande samverkan innebär inte enbart en bättre vård för den enskilda kvinnan, utan kan också skapa förutsättningar för ett mer effektivt resursutnyttjande och en ökad arbetstillfredsställelse hos professionerna.

I vår kartläggning har det framkommit att samverkan inom och bortom vårdkedjan kan förbättras på olika sätt. Intervjuade patienter bekräftar i viss mån att de upplevt glapp mellan de olika stegen i vårdkedjan, till exempel mellan mödrahälsovården och förlossningsvården. Verksamhetsföreträdare beskriver utmaningar kopplade till en i vissa fall splittrad vårdstruktur, exempelvis då patientens behov kräver samverkan med andra vårdgivare och aktörer, såsom psykiatrin eller socialtjänsten.

Det finns flera framgångsrika exempel på hur förutsättningarna kan stärkas för en verksamhetsnära samverkan runt patienten. En möjlighet är att i högre grad integrera centrala verksamheter och se över hur exempelvis mödrahälsovården är organiserad. I intervjuer framkommer att en sådan lösning bland annat underlättar framtagandet av gemensamma målformuleringar, strategier och rutiner, liksom gemensamma utvecklingsarbeten och samordning av vårdinsatser. En annan möjlig väg framåt är samlokalisering, det vill säga att samla olika verksamheter under "samma tak". Genom att placera verksamheter som har ett gemensamt uppdrag gentemot patienterna i samma eller

närliggande lokaler, kan kontakten och därmed samverkan mellan dessa underlättas. Exempel på samlokaliserade verksamheter som beskrivs som särskilt framgångsrika är familjecentraler.

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

Verksamhetsföreträdare

”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 specialisläkare som jobbar för hela kliniken. Vårdkedjan är mer tät, med samma pm, samma lednings-system och en bra kommunikation.”

Verksamhetsföreträdare

Familjecentraler ska innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med fokus på förebyggande arbete (10). 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. Tanken är att tillgängligheten till stöd och insatser för föräldrar ska öka, och att dessa ska utformas utifrån familjens behov (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 1. ”Från botten mot toppen” med Capio Wasa barnavårdscentral i Södertälje

I likhet med andra barnavårdscentraler i områden med förhållandevis låg socioekonomi, befann sig Capio Wasa barnavårdscentral 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” (14).

En rad åtgärder gjorde denna förändringsresa möjlig. Exempelvis bildades en egen enhet för BVC och mödrahälsovården och en enhetsledare utsågs för denna. En administratör tillsattes för att möjliggöra att sköterskornas arbetstid användes mer effektivt och en mapp med skriftliga lokala rutiner upprättades, bland annat för att frigöra mer tid till patientarbete, möjliggöra enhetliga arbetssätt och för att underlätta introduktion av arbete för nyanställda.

Enligt enhetschefen var en avgörande förändring bildandet av en familjecentral. I februari 2017 blev 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.

En annan strategi är att skapa en fast samverkansstruktur mellan berörda aktörer i vårdkedjan. Det finns flera exempel på hur en sådan samverkansstruktur kan se ut. I Västerbotten startades 2005 ett generellt hälsofrämjande arbete, som kallas Salutsatsningen. Syftet är främjad hälsa hos barn och unga bland annat genom att tidigt stärka föräldraskapet och föräldrarnas psykiska och fysiska hälsa. Målet med satsningen är att länet ska ha "världens bästa hälsa" år 2020. Satsningen riktar sig till den gravida kvinnan och hennes partner, och sedan till barnet upp till arton år. Det genomförs i samverkan mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, öppen förskola, grundskola, gymnasium, elev- och ungdomshälsa samt folktandvård. Med hälsoformulär och hälsosamtal som stöd arbetar vårdpersonalen med att främja goda levnadsvanor hos föräldrarna. I Stockholms län finns ett etablerat samarbete mellan socialtjänst, psykiatri, kvinnokliniken, mödrahälsovård och barnhälsovård. Teamen finns i varje stadsdel i Stockholms stad och i varje kommun i Stockholms län och bildas utifrån lokala förutsättningar. De träffas ungefär en gång i månaden för att diskutera relevanta ärenden.

Ytterligare ett sätt att stimulera samordning och samverkan inom vårdkedjan är att öppna upp för möjligheten till så kallad "arbetsplatsrotation" – det vill säga att vårdpersonal får chans att arbeta inom olika delar av vårdkedjan. Exempelvis kan en barnmorska som verkar inom förlossningsvården "rotera" och tillfälligt eller parallellt arbeta inom mödrahälsovården. Detta kan bidra till en ökad förståelse för de olika verksamheterna samt stegen i vårdkedjan, och bidra till kortare kontaktvägar mellan olika vårdgivare. En sådan lösning kan även locka fler barnmorskor att arbeta inom förlossningsvården där det i dag finns betydande kompetensförsörjningsproblem på flera håll i landet. Det finns flera exempel på där denna typ av arbetsplatsrotation fungerar väl. I Gävleborg arbetar till exempel en läkare vid mödrahälsovården parallellt på kvinnokliniken, vilket beskrivs som ett framgångsrikt koncept.

"Överläkaren inom mödrahälsovården tjänstgör någon dag i veckan på kvinnokliniken, vilket bidrar till att kunskapsöverföringen däremellan fungerar så bra."

Verksamhetsföreträdare

Förslag på diskussionsfrågor

- Har vi organisatoriska förutsättningar och strukturer för verksamhetsnära samverkan på alla nivåer?
- Har vi etablerade (formella eller informella) kontaktvägar mellan olika aktörer och verksamheter inom och bortom vårdkedjan?
- Vilka är för- och nackdelarna med så kallad arbetsplatsrotation? Vilka förutsättningar måste finnas på plats för att det ska vara en ändamålsenlig lösning?

3. Stärk eftervården



Eftervården är central för att säkerställa att patienternas eventuella medicinska och icke-medicinska komplikationer och besvär efter förlossningen fångas upp och behandlas i tillräcklig utsträckning och i rätt tid. En ändamålsenlig eftervård kan också bidra till att patienter söker vård på rätt nivå, och därigenom minskar söktrycket till akutsjukvården.

Inom ramen för vår kartläggning har det framkommit att det finns ett behov av att stärka eftervården på olika sätt. Intervjuade patienter beskriver till exempel att eftervården varit otillräcklig då man inte fått frågor om sina förlossningsskador i samband med besöket hos mödrahälsovården, eller att man inte fått chans att lyfta fram andra besvär såsom oro eller nedstämdhet.

"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

"Efter förlossningen glöms mamman bort, och allt fokus är på barnet. Detta är en jämställdhetsfråga, då kvinnor som föder barn snarare betraktas mer som en 'bärare' av barnet."

Patientföreträdare

Ett sätt att stärka eftervården är att ge mödrahälsovården ett utökat ansvar. Konkret skulle det kunna innebära att mödrahälsovårdens basprogram utökas så att det innefattar fler insatser efter förlossningen och under en längre tidsperiod. Tankarna ligger i linje med förslagen om en förstärkt primärvård som presenteras i den statliga utredningen *God och nära vård* (11). Flera respondenter menar att mödrahälsovårdens ansvar borde sträcka sig ungefär ett år efter förlossningen, istället för att som nu endast innefatta ett eftervårdsbesök. Mamman skulle då kunna erbjudas uppföljande besök både precis efter förlossningen, men också när det gått lite längre tid. Besöken skulle kunna erbjudas inom mödrahälsovården eller i form av hembesök av barnmorskan, vilka i sådana fall skulle kunna utföras tillsammans med barnavårdscentralen. 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 den nyblivna mamman och partnern stöd i övergången till föräldraskapet och säkerställa att fysiska och psykiska besvär identifieras och behandlas. Det skulle också kunna ge en ökad tydlighet om var hon kan vända sig vid behov av vård och stöd. Ett utökat ansvar för mödrahälsovården kan också bidra till att färre söker sig till slutenvården, vilket många annars kan göra vid problem efter förlossningen.

En annan möjlig (och kompletterande) väg framåt för att stärka eftervården, är att på andra sätt öka tillgängligheten till vård och stöd som ofta efterfrågas efter förlossningen. Ett exempel på sådan verksamhet är de återbesöksenheter eller öppenvårds-BB som bland annat finns i Sörmland, Kronoberg och Jämtland/Härjedalen. Hit kan nyblivna mammor vända sig efter förlossningen med olika frågor, exempelvis om amning. I Stockholms läns landsting pågår ett utvecklingsarbete där mödrahälsovården kontakter alla kvinnor två veckor efter förlossningen för att uppmuntra till och underlätta inbokning av eftervårdsbesök. På andra håll bokar barnmorskorna vid mödrahälsovården in eftervårdsbesöket redan innan förlossningen äger rum.

Förslag på diskussionsfrågor

- › Är uppdrag och organisation för eftervården ändamålsenligt utformad hos oss?
- › Har vi kompetens och ändamålsenliga arbetssätt för att identifiera och följa upp olika typer av komplikationer och besvär efter förlossning?

4. Se över och utveckla styr- och ersättningsmodellerna



Den samlade styrningen, där ersättningssystemet är en del, spelar en betydande roll för såväl vårdens utformning som utfall. Den ekonomiska styrningen kan till exempel utformas på ett sådant sätt att den premierar ökad tillgänglighet eller ett särskilt vårdinnehåll.

I kartläggningen har framkommit att den ekonomiska styrningen inte alltid upplevs fungera optimalt. Exempelvis lyfter några verksamhetsföreträdare att tillämpningen av vissa ersättningsmodeller kan innebära minskat utrymme för att anpassa och skraddarsy vården som ges under graviditeten utifrån kvinnans behov. Vissa verksamhetsföreträdare är till exempel kritiska till att använda besöksersättning inom mödrahälsovården. Detta då det finns risk för skeva incitament som inte nödvändigtvis gynnar patienten – särskilt inte patienter med komplexa behov.

”Vi får samma ersättning per besök som andra barnvårdscentraler i länet, trots att vi befinner oss i ett av Sveriges mest utsatta områden.”

Verksamhetsföreträdare

”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



Eftersom landstingen tillämpar olika ersättningssystem finns det sannolikt goda möjligheter för de som identifierat problem kopplade till den ekonomiska styrningen att låta sig inspireras av andra vid en eventuell översyn eller utveckling av befintliga system. Samlade analyser kan med fördel göras kring hur olika styr signaler, såsom ersättningsmodeller, lagstiftning, riktlinjer och uppföljning påverkar varandra. I vissa fall har de styrmedel som gäller för en viss verksamhet utformats vid olika tidpunkter, av olika aktörer och med olika syften. Detta kan ibland försvåra en överblick kring hur den samlade styrningen påverkar verksamheten i stort. Sammanfattningsvis är det centralt att olika styr signaler kompletterar varandra, och tillsammans skapar en god balans som leder att patienten får den vård hen behöver.

Förslag på diskussionsfrågor

- › Hur förhåller sig den ekonomiska styrningen till den övriga styrningen av vården före, under och efter graviditet hos oss?
- › Uppnår den ekonomiska styrningen och ersättningsmodellen önskade styreffekter? Hur kan vi anpassa styrningen för att minska eventuella negativa eller oönskade effekter i verksamheterna?

Förändringsområde: Innovation och arbetssätt

5. Skapa utrymme för en mer individanpassad vård



En individanpassad vård innebär inte bara en god vård för den enskilda patienten, det är en också en förutsättning för ändamålsenlig fördelning av resurser utifrån olika behov. Med en alltmer heterogen patientgrupp ökar kraven på vårdens förmåga att anpassa sina insatser utifrån olika patienters behov och förutsättningar.

Inom ramen för vår kartläggning har det framkommit att förutsättningarna för en mer individuellt anpassad vård före, under och efter en graviditet kan förbättras i flera avseenden. I intervjuerna lyfter till exempel vårdpersonal fram att det inte alltid finns utrymme för att lyssna in och ställa frågor till patienten på ett sätt som är nödvändigt för att fånga upp individuella förutsättningar. Intervjuad vårdpersonal beskriver också att den relativt höga graden av standardisering i vården, som förvisso har stora fördelar, kan begränsa utrymmet för individanpassning i hela vårdkedjan.

”Det finns en attityd inom förlossningsvården att ’one size fits all.’”

Patientföreträdare

”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

För att skapa utrymme för en mer individanpassad vård krävs ett systematiskt arbete med exempelvis bedömning av risker hos patienter och arbetssätt som säkerställer att de begränsade resurserna fördelas efter behov. Det finns flera exempel på hur dessa delar kan utvecklas. Vid inskrivning på förlossningskliniken görs ofta en bedömning av riskfaktorer hos patienten 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. Det handlar också om att säkerställa att de som förväntas behöva mer vård och stöd, ska få det från början.

Ett annat sätt att anpassa vården utifrån patientens bedömda risknivå är att utforma vårdteamen på basis av yrkeskompetens, kunskap 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, dels till ett förtydligande av förväntningar och krav på den enskilda medarbetaren. I förlängningen kan det enligt intervjuade bidra till en känsla av trygghet och öka motivationen. Teamarbetet med olika kompetenser som arbetar med varandra, breddar även den gemensamma kompetensen och ger en ökad samsyn på de medicinska och icke-medicinska målen för vården.

Även efter förlossningen finns det stora möjligheter att anpassa vården och fördela resurser till dem med störst behov. Vissa förlossningskliniker strävar 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 tillgodoses i hemmet. Hemgång kan då ske ungefär 6–12 timmar efter förlossning. Tanken är att patienter inte ska vårdas inom slutenvården längre än vad de behöver, samtidigt som upplägget innebär ökat utrymme för en mer flexibel och individanpassad eftervård. De sjukhus som erbjuder BB-vård i hemmet gör en uppföljning av patienten genom återbesök på sjukhuset, hembesök och/eller telefonuppföljning. På sjukhuset 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 tydlig uppföljning på hennes egna villkor. I Uppsala finns verksamheten ”BB på väg” som är tänkt att ersätta långa vårdtider (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 2. 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 mödrahälsovård 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.

Tillämpning av hemgång kort tid efter förlossningen är dock omdiskuterat och har på vissa håll i landet fått stor uppmärksamhet. Ett exempel var när Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen införde så kallad ”tidig hemgång” som förstahandsalternativ för friska omföderekor under våren 2017. Målsättningen var att ungefär 20 procent av friska omföderekor 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. Enligt den systematiska uppföljning som görs av

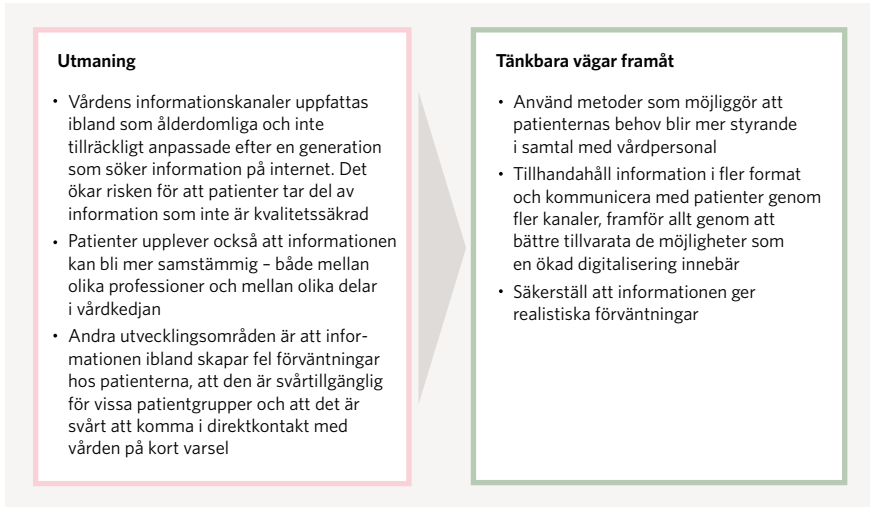


patienters uppfattning av förlossningsvården i termer av bemanning, trygghet och delaktighet under förlossningen via patientenkäter, är de patienter som gått hem tidigt i hög grad nöjda. I linje med detta uppger flertalet av de patienter som vi intervjuat, och som har erfarenhet av BB-vård i hemmet, 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. Det är endast en begränsad andel av patienterna som går hem tidigt och det ska ses som ett erbjudande. Flera av de verksamhetsföreträdare som arbetar med BB-vård i hemmet lyfter även vikten av att man redan under graviditeten ger kvinnan och hennes partner balanserad information om vad de kan förvänta sig av tiden efter förlossningen, för att de ska kunna förbereda sig och för att minska eventuell oro.

Förslag på diskussionsfrågor

- › Har vi ändamålsenliga rutiner och verktyg för att identifiera patienternas individuella förutsättningar och behov inom vården före, under och efter graviditet?
- › Har vi kompetens och arbetssätt som gör det möjligt att anpassa vården utifrån patienternas individuella förutsättningar, preferenser och behov?

6. Utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna



Information och kommunikation är centrala dimensioner av en patientcentrerad vård och ofta en förutsättning för att patienten ska känna sig trygg och kunna vara delaktig – inte minst före, under och efter en graviditet då kvinnan och hennes partner ställs inför många val och beslut. Tryggheten kan också öka om patienterna är förberedda på vad som kan hända och varför, särskilt vid akuta situationer. Det är också viktigt att informationen är utformad på ett sätt som skapar realistiska förväntningar på vården och på vad patienten själv kan påverka. Vården behöver också skapa goda förutsättningar för dialog med patienten där hon får chans att själv lyfta angelägna frågor.

Vår kartläggning indikerar att vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienter kan förbättras på olika sätt. Intervjuade patienter pekar exempelvis på att en stor del av informationen förmedlas muntligen, vilket gör att den är lätt att glömma bort eller feltolka. Även tidpunkten för när informationen ges är viktig. Kommer den för tidigt finns en risk att den glöms bort, och kommer den för sent är den inte längre hjälpsam. Detta kan vara en svår balansgång, till exempel efter en förlossning där det finns mycket att förmedla till den nyblivna mamman eller de nyblivna föräldrarna. Samtidigt kan det vara svårt att ta in viktig information i det skedet. En annan återkommande kommentar är att informationen från vården inte är tydligt samlad och lättillgänglig för alla. Informationskanalerna beskrivs även som ålderdomliga, och att informationen inte alltid är samstämmig genom hela vårdkedjan.

”Vi måste vara uppmärksamma 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?”

Professionsföreträdare

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

Verksamhetsföreträdare

”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 barnavårdscentralen sa de något helt annat och då blev jag jätterädd att jag hade gjort fel. Jag visste inte vem jag skulle lita på.”

Patient

Flera saker kan göras för att utveckla vårdens informationsspridning till och kommunikation med patienterna. Exempelvis finns det metoder som möjliggör att de nyblivna föräldrarnas behov av information blir styrande för vad som tas upp i vårdmötet, snarare än att förutbestämda checklistor eller frågebatterier ligger till grund för dialogen. I Storbritannien har till exempel barnmorskornas professionsorganisation tagit fram en ”informationsmeny” där en lång rad ämnen står listade. Den gravida kvinnan får listan vid inskrivningen i 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 det diskuterats. Idén med detta arbetssätt baseras på att patienten inte tar till sig mycket av all den information som ges – särskilt inte om hon mest sitter och väntar på att det ämne hon egentligen vill prata om ska dyka upp. Informationsboken ”Grattis till barnet” som Region Norrbotten har tagit fram till nyblivna föräldrar, är ett liknande exempel. Föräldrarna kan där, för varje område som ingår i boken, kryssa i det som de vill prata mer om under besöken vid mödrahälsovården. På detta sätt behöver inte föräldrarna 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 föräldrarna anser är mest angelägna.

Ett annat sätt att anpassa förmedlingen av information är att tillhandahålla olika delar i olika format. Ett exempel är från Linköping, där mödrahälsovården erbjuder gemensamma storföreläsningar för samtliga blivande föräldrar kring de frågor som många undrar över. Det bidrar till en samstämmighet, genom att alla gravida kvinnor erbjuds samma information. I Skövde, Falun och på flera andra platser erbjuds motsvarande storföreläsningar av förlossningskliniken.

Digitala lösningar för att kommunicera med patienter öppnar upp för en större individanpassning, men innebär också en möjlighet att utöka mängden information. Samlad och enhetlig information, exempelvis genom funktioner som 1177 Vårdguiden, kan också bidra till att öka samstämmigheten mellan olika delar i vårdkedjan och mellan olika vårdprofessioner. Det i sin tur kan bidra till att vårdkedjan upplevs som mer sammanhållen. Digitala lösningar kan även användas för att upprätta direktkontakt mellan patienter och vårdgivare. I Skåne har en direkttelefon-linje till en erfaren barnmorska inrättats, bland annat för att patienter ska kunna ställa frågor vid behov. Ett liknande upplägg med digitala verktyg, såsom en chat eller motsvarande, skulle också kunna användas för att uppfylla samma syfte.



På flera håll i landet har applikationer för mobiltelefoner utvecklats för att ge patienterna den information de behöver under och efter graviditet och förlossning. 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/barnmorskemottagningar 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. 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).

EXEMPEL 3. 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.

Det finns också landsting som har tagit fram webbsidor som samlar lokal-anpassad information för gravida och nyblivna föräldrar. Ett exempel på en sådan är ”Bebis i Norr” av Region Norrbotten (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 4. ”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 mödrahälsovård och barnhälsovård, 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.

Metoder för att minska risken för missförstånd mellan patient och personal i vårdmötet kan också prövas, exempelvis ”Förstå mig rätt” som bygger på så kallad Teach back-metodik (18)(19). 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.



Förslag på diskussionsfrågor

- › Använder vi informationskanaler som är anpassade utifrån patienternas behov och preferenser?
- › Är informationen som patienterna tar del av kvalitetssäkrad och samstämmig genom hela vårdkedjan och bidrar den till att skapa realistiska förväntningar hos patienterna?
- › Tillhandahåller vi rätt information vid rätt tillfälle?
- › På vilka sätt kan förbättrad information och dialog stärka patienternas förutsättningar att vara delaktiga i vården?

7. Utveckla kompetens och arbetssätt för att möta grupper med särskilda behov



Precis som inom all hälso- och sjukvård, finns det inom vården före, under och efter graviditet, vissa patientgrupper som har särskilda behov. Exempel på sådana grupper är nyanlända, personer med missbruks- eller beroendeproblematik, kvinnor med stor förlösningsrädsla eller övervikt och/eller fetma. För att möta deras behov krävs både kompetens och anpassade arbetssätt.

Vår kartläggning visar att den allmänna medvetenheten kring olika gruppers skiftande behov generellt har ökat över tid. Samtidigt pekar resultaten på att det ofta saknas kunskap om hur arbetet ska anpassas utifrån detta.

De senaste åren har allt fler insatser riktats mot patientgrupper med särskilda behov, vilket bland annat ses i SKL:s rapport (17): Redovisning av insatser och utmaningar inom överenskommelsen – ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlösningsvården och stärkta insatser för kvinnors hälsa (sök på skl.se). I vissa fall drivs utvecklingsarbeten i projektform och i andra fall har projekten övergått i ordinarie verksamhet. Vissa av projekten och verksamheterna följs upp vilket ger möjlighet till strukturerad utvärdering av resultat och effekter.

Flera landsting har infört stöd till nyanlända kvinnor genom kulturtolkar eller kulturdoulor, vilka fungerar som stödpersoner åt kvinnan under graviditet och förlösning. Tanken är att doulan, åtminstone delvis, ska dela språk och kulturell bakgrund med kvinnan. Flera intervjupersoner lyfter att kulturdoulor bidrar till en ökad trygghet både för vården och för den födande genom sin särskilda förståelse för patientens bakgrund och situation (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 5. Nystartad trettonspråkig kulturdoulaverksamhet 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 mödravårdscentraler/barnmorskemottagningar, 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 både vården och om samhället i stort. Haga-teamet i Göteborg är ett exempel på hur anpassade insatser kan utformas till patienter med missbruks-/beroendeproblematik (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 6. I Göteborg finns samordnar Hagateamet mödrahälsovård och barnhälsovård för att stödja familjer med missbruks-/beroendeproblematik

Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga i Göteborg är en resursenhet inom mödrahälsovård och barnhälsovård 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. Mödra-barnhälsovårdsteamet 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 Mödra-barnhälsovårdsteamet hembesök hos den nyblivna mamman inom en vecka. Barnets hälsa och utveckling följs därefter av teamets sjuksköterska och barnläkare fram tills dess att barnet är sex månader. Därefter sker en personlig överlämning till den reguljära barnvårdscentralen av en sjuksköterska. Alla barn, vars mamma vårdats vid Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga, följs upp av en sjuksköterska från teamet vid ett års ålder. Barn som påtagligt exponerats för alkohol, droger eller skadliga läkemedel under fostertiden följs upp av teamets barnläkare fram till skolåldern.

Det finns också exempel på verksamheter som är inriktade på att stödja föräldrar med psykisk ohälsa och deras barn (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 7. 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 Malmös 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, måste 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 barnvårdscentralen. 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.

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 samlat rikta insatser till gravida med fetma genom bland annat fysisk aktivitet på recept (FaR). Vid behov ges även stöd av fysioterapeut, dietist eller psykolog.

En annan patientgrupp med behov av särskilt stöd är kvinnor med förlossningsrädsla. För att förebygga och behandla detta finns, utöver konventionella så kallade Aurorasamtal, 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 kvinnor med förlossningsrädsla. Det pågår även del forskning kring effektiviteten i de stödsamtal som i dag ges mot förlossningsrädsla samt dagens metoder för att identifiera patienter med behov av stöd. Ny forskning har också visat att patienter, genom att sysselsätta sig med spel efter en traumatisk förlossningsupplevelse, får färre men av denna (se fallbeskrivning). På kort sikt har positiva effekter konstaterats, men det saknas fortfarande uppföljning på längre sikt än en månad.

EXEMPEL 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, vars syfte var att mildra symptomen.

I studien från 2017 (15) 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.

Förslag på diskussionsfrågor

- › Har vi rätta kompetenser för att möta patientgrupper med särskilda behov? I vilka delar av vårdkedjan behöver vi stärka kompetensen?
- › Har vi etablerade arbets sätt och rutiner för att möta patientgrupper med särskilda behov?
- › Följer vi kontinuerligt upp resultaten av förändrade arbets sätt för att möta patientgrupper med särskilda behov?

8. Pröva kompletterande vårdmodeller för ökad kontinuitet



En välfungerande samordning och kontinuitet i relationen mellan patient och vårdpersonal är en viktig kvalitetsaspekt, särskilt för grupper med komplexa behov.

I kartläggningen har både intervjuade patienter och professionsföreträdare beskrivit att det i vissa fall finns glapp mellan de olika stegen i vårdkedjan. Det handlar exempelvis om att informationsöverföringen och kommunikationen mellan de olika stegen i vården före, under och efter graviditet kan stärkas. Vissa professionsföreträdare menar att det skulle ge högre tillfredsställelse med arbetet att få följa en och samma individ genom vårdkedjan och dessutom bidra till mer varierande arbetsuppgifter.

I flera landsting prövas kompletterande vårdmodeller där en eller flera barnmorskor ansvarar för och vårdar samma kvinna under både graviditet och förlossning. Inspirationen kommer från de anglosaxiska länderna, där det är vanligt med så kallade Team midwifery eller Caseload midwifery-modeller. Det övergripande syftet med dessa vårdmodeller är att öka kontinuiteten för patienten längs med vårdkedjan. Genom att tillvarata den tillit och de band som knutits mellan kvinnan och barnmorskan under graviditetsmånaderna, är tanken att tryggheten hos kvinnan kan öka.

Effekterna av Team midwifery, Caseload midwifery och andra liknande modeller för ökad barnmorskekontinuitet har ännu inte utvärderats i större skala 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 födande med ryggbedövning. När det gäller påverkan på



barnadödlighet och kejsarsnittsfrekvens är resultaten inte entydiga, och inga säkra slutsatser har kunnat dras utifrån befintliga studier.

Ett vanligt argument mot dessa modeller är att det riskerar att påverka patientsäkerheten negativt eftersom varje barnmorska genomför färre förlossningar och därför får svårare att upprätthålla sin ”förlossningskompetens”. Dessutom framhålls av vissa att arbets sättet försvårar möjligheterna att bygga välfungerande team – något som beskrivs som centralt för en välfungerande förlossningsvård. En annan tänkbar nackdel är obekväma arbetsförhållanden för barnmorskor med jourberedskap, och att modellerna på kort sikt kan bidra till ökade kostnader. Caseload-modellen har genom en forskningsstudie i Danmark prövats utifrån ett medarbetarperspektiv, och där upplevde personalen att de positiva aspekterna övervägde.

I de svenska försöksverksamheterna har flera positiva resultat rapporterats. I Uppsala drevs till exempel ett projekt där en grupp gravida kvinnor med förlossningsrädsla fick vård av fåtal ansvariga barnmorskor under hela graviditeten och förlossningen. Alla kvinnor som deltog i projektet var nöjda, bland annat då det bidrog till en ökad trygghet att ha en etablerad relation med barnmorskan som deltog vid förlossningen.

En liknande vårdmodell prövas nu i Sollefteå, se fallbeskrivning.

EXEMPEL 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 mödrahälsovården, och delar på huvudansvaret för vården av några gravida kvinnor. Under graviditeten ges kvinnorna mödrahälsovård 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 mödrahälsovården, 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 mödrahälsovård. 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.

"Det kändes tryggt att ha min barnmorska bakom mig under hela bilresan, eftersom det var ganska långt."

Patient

"I detta projekt hinner du lära känna en barnmorska som vet hur du tänker och som också förlöser dig. Då behöver barnmorskan på förlossningen inte läsa på om detta precis innan du föder. Man är ju så himla utsatt och känslig under sin förlossning, och det är jättestor skillnad när det är någon man känner och verkligen litar på som står där."

Patient

Förslag på diskussionsfrågor

- › För vilka av våra patientgrupper är kontinuitet en särskilt viktig kvalitetsdimension?
- › Vilka potentiella för- och nackdelar finns med modeller såsom Team midwifery och Caseload midwifery i vårt landsting?
- › Vilka andra förändringar av arbetssätten skulle kunna leda till en ökad kontinuitet i relationen mellan patienter och vårdpersonal?

9. Involvera patienterna och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbete



Genom att mer systematiskt och i högre grad involvera patienter och deras partner/närstående i verksamhetsutveckling, ökar möjligheterna att identifiera relevanta förbättringsområden (12) (13). Det blir då också lättare att prioritera och finna lösningar på de problem som patienter upplever.

Trots att det finns mycket som talar för att vården kan utvecklas för att bättre svara mot patienternas behov, indikerar kartläggningen att det i vissa fall saknas en strukturell förståelse för vilka behov som är viktigast att bemöta och hur de förändras över tid. Det finns flera inspirerande exempel på hur patienter i högre utsträckning och på mer innovativa sätt kan involveras i förbättringsarbetet. Ett intressant exempel är då Skaraborgs sjukhus Skövde byggde om sin neonatalavdelning (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 10. 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 (13). 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.



Ytterligare ett exempel på hur patienter kan involveras på ett konstruktivt sätt är så kallad tjänstedesign (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 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 försäkra 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.

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.

Det är även angeläget att hitta sätt att ta med patientperspektivet i systematisk uppföljning och utvärdering av vården. Ett aktuellt exempel på hur detta kan göras är den Graviditetsenkät som är under utveckling för att lanseras under 2018 (se fallbeskrivning).

EXEMPEL 12. Graviditetsenkäten: tre enkäter som belyser olika skeden i vårdkedjan

Under 2018 lanseras Graviditetsenkäten. Alla kvinnor i Sverige som är gravida eller nyligen har fött barn kommer att få besvara enkäten för att ta reda på hur vården upplevs 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.patientkat.se.

SKL utformar enkäten tillsammans med Nationell Patientenkät, Bristningsregistret, Graviditetsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Resultaten från undersökningen kommer att presenteras öppet och transparent.

Enkäten fylls i vid tre tillfällen: i mitten av graviditeten, efter förlossning samt ungefär ett år efter förlossning. På detta sätt fångar den kvinnans upplevelse i olika skeden av vårdkedjan. (16)

Förslag på diskussionsfrågor

- Har vi ändamålsenliga metoder för att fånga patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter (1) på enskilda verksamheter och (2) på hela vårdkedjan?
- Använder vi resultaten som grund för att identifiera och prioritera mellan olika förbättringsförslag?
- På vilka sätt involverar vi patienter och deras partner/närstående i förbättrings- och utvecklingsarbetet?

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. Förenta Nationerna, 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. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015. Socialstyrelsen, 2017.
6. SKL – Sveriges Kommuner och Landsting. Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter (se skl.se). SKL, 2017.
7. 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.
8. Myndigheten för vård- omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016.
9. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen, 2014.
10. Föreningen för familjecentralers främjande. [www.familjecentraler.se](http://familjecentraler.se). [Online] <http://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral/>.
11. Statens offentliga utredningar SOU 2017:53. God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild. Fritzes, 2017.
12. Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. Designing quality of care – contributions from parents. *Journal of Clinical Nursing*. 2015, Vol 25 , pp 742–751.
13. Gustavsson, S. Improvements in neonatal care using experience-based co-design. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2014, Vol. 27 pp427–438.
14. SLL – Stockholms läns landsting. [www.sll.se](http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2017/Vinnare-av-Patientsakerhetspriset-2017/). [Online] <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2017/Vinnare-av-Patientsakerhetspriset-2017/>.
15. Horsch, A, et al. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*. 2017, Vol. 94, pp. 36–47.

16. SKL – Sveriges kommuner och landsting skl.se. [Online] <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossningsvard-kvinnorshalsa/graviditetsenkatens.13922.html>.
17. SKL – Sveriges kommuner och landsting skl.se [Online] https://skl.se/download/18.19982e0615ce1877e706bf88/1498822640029/Sammanfattning_av_landstingens_redovisningar_kvinnors_halsa_2017.pdf
18. Kunskapscentrum för jämlik vård, ”www.vgregion.se,” [Online]. Available: <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/forsta-mig-ratt/>.
19. Surround Health, ”www.surroundhealth.net” [Online]. Available: <http://surroundhealth.net/Topics/Education-and-Learning-approaches/Health-literacy/Articles/The-Teach-Back-Method.aspx>.

VÄGLEDNING

Trygg hela vägen

NIO MÖJLIGHETER ATT UTVECKLA 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 ett led 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 denna vägledning, som är ett komplement till huvudrapporten, sammanfattar vi de viktigaste lärdomarna från kartläggningen, lyfter nio förbättringsområden samt ett antal konkreta exempel på hur landstingen och regionerna kan arbeta för att utveckla vårdkedjan. Tanken är att vägledningen ska kunna användas som ett konkret diskussionsunderlag i syfte att förbättra i den egna verksamheten.

Både rapport och vägledning finns att nå via skl.se.

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

ISBN 978-91-7585-621-6
Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se
Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 | skl.se

