

Med rätt att föda

EN GRANSKNING AV SATSNINGAR
PÅ FÖRLOSSNINGSVÅRDEN
I BUDGETPROPOSITIONEN FÖR 2018

JOHANNA ALM DAHLIN
Sveriges Kvinnolobby

© Sveriges Kvinnolobby 2017
Författare: Johanna Alm Dahlin
Statistik och data: Hanne Clivemo
Grafisk formgivning: Eva Jais
ISBN: 978-91-983631-3-5

Publikationen har tagits fram med stöd av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) men innehållet reflekterar enbart åsikterna hos författarna. MUCF kan inte hållas ansvarig för informationen i publikationen eller hur den kan komma att användas.



Innehåll

Förord	4
Sammanfattning	5
Inledning	10
Del 1: Jämställdhetsperspektivet i budgetpropositionen 2018	12
Jämställdhetspolitiken	13
Jämställdhetsbudgetering	14
Budgetanalys ur ett jämställdhetsperspektiv	14
Budgetpropositionen för 2018	15
Vilket avtryck har jämställdhet i budgetarbetet? (ordsökning)	16
Slutsats – mycket återstår för jämställdhetsintegrering	21
Del 2: Fokus: Förlossningsvården – Går pengarna till rätt saker?	24
Satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa i statsbudgeten 2018	25
Hur mycket pengar avsätts?	26
Organisering och finansiering av förlossningsvården	29
Nedslag i utvalda landsting	32
Hur ser det ut? – Läget inom förlossningsvården	34
Antalet förlossningar nu och i framtiden	35
Barnmorskebemanning – en stor och växande utmaning	36
Färre och färre förlossningsplatser	41
Personalen täcker upp för säsongsvariationer	42
Mer centraliserad förlossningsvård drabbar kvinnor utanför storstäder	44
Stora skillnader i förlossningssätt och rutiner	45
Allt för många får förlossningsskador och komplikationer	49
Allt kortare tid på BB ställer höga krav på eftervård	53
Olika grupper av kvinnor får olika vård	54
Vårdval förlossning	56
Reflektioner och förslag	58
Pengar måste styras och följas upp	58
Stärkt bemanning är en förutsättning för andra insatser	59
Förlossningsvården måste kvalitetssäkras	61
Vårdkedjan behöver utredas och nationella riktlinjer tas fram	62
Långsiktiga satsningar är avgörande för jämställdheten	63
Slutsatser	65
5 krav för en stärkt förlossningsvård!	67
Referenser	68

Förord

SEDAN 2007 gör Sveriges Kvinnolobby återkommande granskningar av statsbudgeten. Syftet är att se om regeringen lever upp till sina egna åtaganden om jämställdhet och att undersöka hur samhällets resurser fördelas. I våra granskningar djupdyker vi i olika politikområden. Genom åren har vi bland annat tittat på etablering av nyanlända, unga kvinnors och flickors livsvillkor, folkhälsopolitiken och hur ekonomiska kriser påverkar jämställdhet och kvinnors rättigheter.

Under året har Sveriges Kvinnolobby tillsammans med Barnmorskeförbundet, Födelsehuset, Födelsevrålet och Kvinnliga Läkares Förening drivit frågan om en stärkt förlossningsvård. I Almedalen 2017 överlämnade vi ett gemensamt upprop med krav på en förlossningsgaranti till Socialminister Annika Strandhäll.

I 2018 års budgetgranskning tar vi frågan vidare och djupdyker i den svenska förlossningsvården. Vi undersöker på vilket sätt satsningarna i budgeten bidrar till att stärka barnmorskors arbetsvillkor och födande kvinnors trygghet och hälsa. Syftet är att ta reda på om budgetsatsningarna går till det de är avsedda för, och i vilken mån förlossningsvården lever upp till de jämställdhetspolitiska målen, hälso- och sjukvårdslagen och andra åtaganden.

Arbetet har letts av projektledare Johanna Alm Dahlin. En arbetsgrupp med ledamöter ur Sveriges Kvinnolobbys styrelse, Margareta Rehn och Camilla Wagner, samt experterna Lena Johansson och Gertrud Åström, har bidragit med kunskap och kloka inspel. Praktikant Hanne Clivemo har varit en ovärderlig resurs i arbetet med att kartlägga och sammanställa statistik och data. Vi vill också rikta ett varmt tack till Svenska Barnmorskeförbundet och dess lokalföreningar runt om i landet.

Sveriges Kvinnolobby vill med våra budgetanalyser bidra till att samhällets resurser fördelas rättvist mellan flickor och pojkar, kvinnor och män, och till att den politik som förs leder till ett mer jämställt samhälle.

ANNA GIOTAS SANDQUIST
ordförande, Sveriges Kvinnolobby
Stockholm, december 2017

Sammanfattning

Budgetsatsningar måste riktas och följas upp

Sveriges Kvinnollobbys granskning av budgetpropositionen 2018 visar att den förlossningsvård kvinnor får idag inte i första hand styrs av deras behov, utan av yttre förutsättningar som personalbrist, tillgång till förlossningsplatser, skillnader i rutiner och arbetssätt, tid på året, var de bor, födelse- och socioekonomisk status. I stora delar av landet misslyckas landstingen och förlossningskliniker med att leva upp till kraven på att tillhandahålla den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Resultaten av granskningen visar att antalet barnmorskor inte ökar i takt med förlossningarna. Det innebär att varje barnmorska får allt fler gravida och födande kvinnor att ta hand om. Samtidigt sjunker antalet förlossningsplatser och tiden kvinnor får stanna på BB. Granskningen visar också att allt för många kvinnor drabbas av bristningar och komplikationer som skulle kunna undvikas, och att skillnader i rutiner och uppföljning varierar kraftigt runt om i landet.

De stora bristerna innebär uppenbara arbetsmiljöproblem, men också att patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet är satt ur spel. Regering och landsting misslyckas med att ge alla invånare en jämlik och behovsanpassad förlossningsvård av god kvalitet, vilket föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen och är målet för regeringens hälso- och sjukvårdspolitik.

Det är bra att regeringen gör en ansats att vända utvecklingen och i budgetpropositionen för 2018 tillskjuter ytterligare en miljard per år till förlossningsvård och kvinnors hälsa. Att man samtidigt höjer de generella statsbidragen till landstingen ger goda förutsättningar att anställa den personal som behövs. Vår granskning visar dock att landstingen hittills har misslyckats med detta, varför vi menar att ökad styrning krävs.

För att budgetsatsningarna ska gå till det de enligt regeringens och SKL:s överenskommelser är avsedda för – att förstärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön – krävs tydlig styrning och uppföljning. Annars är risken stor att medel även i fortsättningen går till tillfälliga projekt och insatser. Kraven måste också skärpas på landstingen att redovisa hur medlen använts. Bara då går att säkerställa att satsningar stärker mödra- och förlossningsvården, och bidrar till förbättrad hälsa för kvinnor och ökad jämställdhet i stort.

Medel måste öronmärkas för fler barnmorskor

Inom förlossningsvården är flera yrkesgrupper involverade och i många landsting finns behov av olika typer av personal. Utöver barnmorska ska alltid finnas tillgång till exempelvis gynekolog, barnläkare och anestesilog. Denna granskning fokuserar i huvudsak på barnmorskor då de är den bärande gruppen inom förlossningsvården som är särskilt utbildade inom området. Det är också den grupp där personalbristen är som störst. Många landsting framhåller brist på barnmorskor och pensionsavgångar som sin största utmaning. Ofta är det personalen som får bära konsekvenserna av personalbristen genom att jobba extra pass eller skjuta upp semester. Det är också vanligt att sjukhusen tar in vikarier och hyrpersonal, vilket blir dyrt och orsakar brister i kontinuitet för både personal och patienter.

Barnmorskor kan i undantagsfall ta hand om flera kvinnor i förlossningsarbete samtidigt, men vården får aldrig organiseras efter detta. För att alla kvinnor ska kunna ha en närvarande barnmorska som stöd under hela förlossningen måste vården bemannas utifrån målet om en barnmorska per födande kvinna. Det innebär att ett stort antal barnmorskor måste rekryteras.

Sveriges Kvinnolobby föreslår att medel öronmärks för bemanning av i första hand barnmorskor. En modell för detta kan vara att 80 procent av de statliga tillskotten ska användas till bemanning fram till dess att målet om en barnmorska per födande är uppnått i det aktuella landstinget. En sådan modell gör att de landsting som har störst behov automatiskt kommer att anställa flest barnmorskor. När målet uppnåtts kan resterande medel användas till andra insatser för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa.

Förutom att öka personaltätheten måste arbetsvillkoren förbättras så att fler barnmorskor vill och orkar arbeta inom förlossningsvården. Förlossningsvård är akutsjukvård vilket alltid kommer att innebära oregelbundna arbetstider och psykiska påfrestningar. Skiftarbete är en känd riskfaktor för utbrändhet och stress. Just därför är det särskilt viktigt att minska arbetsbelastningen och förbättra arbetsvillkoren så att fler vill och orkar arbeta i förlossningsvården. Sveriges Kvinnolobby anser att de försök som gjorts med arbetstidsförkortning för barnmorskor med bibehållen lön bör utvärderas. För att yrket ska bli mer attraktivt och hållbart behövs också högre löner och kontinuerlig kompetensutveckling.

Stärkt bemanning är en förutsättning för andra insatser

Istället för bemanning använder landstingen medel från budgetsatsningarna till alltifrån utbildningar och tillfälliga satsningar inom exempelvis bristningar, fosterdiagnostik, amning, kvalitetsregister, hälsa, endometriosis och aborter. Dessa insatser är förstås viktiga, men en förutsättning för att de ska få önskvärd effekt och bli långsiktiga är att grundbemanningen säkras. Så länge det inte finns tillräckligt med personal riskerar kortsiktiga projekt och utbildningar att bli verkningslösa. Med ökad bemanning går däremot att skapa tid och utrymme för andra

insatser och utbildningar som utvecklar förlossningsvården, men också att ge födande kvinnor bättre stöd och uppföljning vilket i sig motverkar onödiga komplikationer som kostar pengar.

Med fler kollegor och stärkta arbetsvillkor kan barnmorskor också ta emot och handleda studenter under den verksamhetsförlagda utbildningen, och det finns tid att överföra kompetens från erfarna barnmorskor till nyutexaminerade. Att trygga återväxten av barnmorskor är angeläget, dels för att många nyutexaminerade väljer att arbeta inom andra delar av vården, och dels för att 30 procent av alla barnmorskor väntas gå i pension de kommande sju åren.

En statlig översyn behövs för att kvalitetssäkra förlossningsvården

Uppföljningen av satsningarna och utvecklingen inom förlossningsvården och kvinnors hälsa är bristfällig. För de områden där det finns bra och jämförbar statistik över tid, till exempel bristningar, förlossningsskador och förlossningssätt, saknas utvärdering. Det görs ingen uppföljning av de stora skillnaderna i utfall och bemötande eller varför vissa landsting presterar betydligt bättre än andra. Detta gör att det inte går att veta vilka insatser som fungerar, vilket i sin tur hindrar förbättringsarbetet. Den bristande uppföljningen innebär en osäkerhet för de som arbetar inom vården och leder till att kvinnor inte får bästa möjliga vård.

För att följa upp förlossningsvården måste de nationella kvalitets- och jämförelseregistren utvärderas och utvecklas med mer och bättre statistik. Det behöver skapas nyckeltal som möjliggör uppföljning och kvalitetssäkring av landsting och enskilda förlossningskliniker. Exempel kan vara nyckeltal över antal barnmorskor/grundbemanning per födande kvinna och antalet förlossningar per förlossningsplats. Även vårdtid efter förlossning, diagnoskoder kopplade till ersättning (DRG) och kostnad per patient/vårdtillfälle (KPP) bör ingå. Sveriges Kvinnolobby föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att konstruera och följa upp nyckeltal. Detta skapar ökad insyn i förlossningsvården och bidrar till att höja kvaliteten.

Sveriges Kvinnolobby föreslår en statlig översyn av hela vårdkedjan före, under och efter förlossning. Utredningen bör resultera i nationella riktlinjer för vad som är en god och kvalitativ mödra- och förlossningsvård. Översynen bör också ta fram en långsiktig strategi för hur förlossningsvården ska organiseras, vad den får kosta och hur personalförsörjning ska säkras. Dessutom behövs en fungerande samordning som kan sprida kunskap och stötta landsting och kliniker, exempelvis vad gäller lättillgängliga och kvalitetssäkrade kunskapsstöd. Uppdraget kan förslagsvis ges till Socialstyrelsen.

Allt kortare tid på BB ställer höga krav på eftervård

En särskilt prioriterad insats bör vara att samordna vårdkedjan och stärka eftervården. Tiden som mammor och deras familjer får stanna på sjukhus efter förlossningen har minskat kraftigt och varierar i olika landsting. Sveriges Kvinnolobbys granskning tyder på att det höga

trycket på förlossningsavdelningarna, bristen på barnmorskor och det minskade antalet vårdplatser påverkar den sjunkande medelvårdtiden. Att föda barn är krävande, både fysiskt och psykiskt. Landstingen och klinikerna måste säkerställa att nyblivna mammor och deras barn får den tid för återhämtning och det stöd de behöver.

Tidig hemgång ställer krav på bra system för uppföljning, stöd och eftervård. Idag bygger eftervården till stor del på att kvinnan själv tar kontakt med vården. Att de akuta återinskrivningarna efter förlossning ökar är en indikation på att mödrar skrivs ut innan de är redo, och/eller att uppföljningen brister. Det innebär också en ojämlikhet där resurssvaga grupper drabbas. Det behöver skapas en väl fungerande organisation för uppföljning och efterkontroller så att problem och komplikationer med exempelvis psykisk hälsa, bristningar och amning upptäcks. Alla kvinnor bör kallas till efterkontroll inom två veckor efter förlossning, och därefter regelbundet efter behov. Amningsmottagningar behöver finnas i alla landsting.

Mödrahälsovården bör få ett utökat stöd för att säkerställa eftervården, och för att bättre kunna förbereda och stötta inför förlossning. Vårdkedjan måste bli bättre samordnad så att kvinnor och deras partners i största möjliga mån får träffa samma grupp av barnmorskor under graviditet, födsel och eftervård.

Jämlik mödra- och förlossningsvård måste säkerställas

Alla kvinnor som vistas i Sverige har rätt till en god och säker förlossningsvård på lika villkor. Detta behöver säkerställas för att landstingen ska följa hälso- och sjukvårdslagen. Ett särskilt fokus i överenskommelserna mellan regeringen och SKL har handlat om riskgrupper och socioekonomiskt utsatta kvinnor. Detta arbete måste stärkas genom ökad systematik och långsiktighet. Projekt som visat sig fungera väl, exempelvis kulturdoulor, tolkar och informations- och stödsatser för riskgrupper behöver få tillräckliga resurser för att kunna finnas kvar och implementeras i alla delar av landet. För att flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning ska få bästa möjliga vård och bemötande behöver vårdpersonal inom hela hälso- och sjukvården utbildas. Arbetet behövs också för att förebygga och förhindra att fler utsätts för detta brott.

För att säkerställa jämlik vård måste kvinnor i alla delar av landet under alla delar av året och dygnet ha tillgång till förlossningsplatser, rätt kompetens och personella resurser. Var du bor ska inte avgöra om du får en trygg och säker förlossning. Sveriges Kvinnolobby anser att alla kvinnor som bor mer än två timmar bort från en förlossningsklinik ska erbjudas boende på ett patienthotell när förlossningen närmar sig. Kvinnor som själva inte kan ta sig till sjukhus ska få trygg och säker transport.

Förlossningsvården är i grunden en jämställdhetsfråga

Det borde inte vara svårt att planera för en väl fungerande och säker förlossningsvård. Det finns långsiktiga demografiska prognoser som beräknar hur många barn som kommer att födas nationellt och regionalt,

liksom när grupper av barnmorskor beräknas gå i pension. Det är också väl känt vilka tider på året fler barn föds och belastningen på kliniker är högre. Det är fullt möjligt att i god tid förutse hur mycket personal och hur många förlossningsplatser som kommer att behövas och att planera vården utifrån detta.

Problemet är med andra ord inte ovisshet. Snarare verkar det handla om prioritering och vad i samhället som tillåts kosta. Forskning visar att kvinnors hälsa och sjukdomar, och den vård som kvinnor konsumerar, prioriteras lägre och får sämre ekonomiska förutsättningar. Den hårt pressade och underfinansierade förlossningsvården är ett uttryck för ett ojämnt samhälle som drabbar kvinnor i båda ändar – i yrkeslivet och som patienter.

Ett samhälle som nedprioriterar den vård som främst rör kvinnor och de yrken där nästan bara kvinnor arbetar, är inte ett jämställt samhälle. I denna rapport presenterar Sveriges Kvinnolobby fem krav för att vända utvecklingen och säkerställa barnmorskors arbetsvillkor och födande kvinnors trygghet och säkerhet.

5 krav för en stärkt förlossningsvård!

1 Sätt upp ett mål om en barnmorska per födande kvinna och finansiera och organisera förlossningsvården utifrån detta. Öronmärk de medel som behövs för att trygga barnmorskebemanning och en hållbar kompetensförsörjning. Se till att satsningar blir långsiktiga och hållbara genom permanent finansiering med tydlig styrning.

2 Genomför en statlig översyn av hela vårdkedjan före, under och efter förlossning. Ta fram nyckeltal för uppföljning och nationella riktlinjer för en kvalitativ och evidensbaserad mödra- och förlossningsvård som utgår från födande kvinnors behov och rättigheter.

3 Garantera att alla kvinnor får plats på en förlossningsavdelning i sitt landsting och i god tid får veta på vilket sjukhus. Det kräver tillräckligt många platser för förlossning året runt, i hela landet.

4 Säkerställ jämlik mödra- och förlossningsvård för alla grupper av kvinnor, i alla delar av landet. Genomför stödinsatser för riskgrupper, särskilt nyanlända och utomeuropeiskt födda kvinnor. Erbjud trygga transporter eller patienthotell när förlossningen närmar sig för de kvinnor som inte kan ta sig till sjukhus på egen hand eller bor mer än två timmar från en förlossningsavdelning.

5 Säkerställ att alla kvinnor får den tid för återhämtning och det stöd de behöver efter förlossning. Alla kvinnor ska kallas till efterkontroll inom två veckor efter förlossning, och därefter regelbundet efter behov.

Inledning

FÖRLOSSNINGSVÅRDEN har länge varit ansträngd och på senare år har larmrapporter kommit allt tätare. På flera håll i landet har förlossningsavdelningar lagts ned och kvinnor tvingats åka till andra län eller i vissa fall utomlands för att föda. Många barnmorskor vittnar om en ohållbar arbetssituation där de måste springa mellan förlossningar, och om den mentala påfrestningen av att inte kunna garantera födande kvinnors säkerhet. Under de mest kritiska tiderna på året är det vanligt att personal får täcka upp för bristerna genom att jobba extra pass eller skjuta upp sin semester, vilket också innebär ökade kostnader för landstingen.

Situationen har lett till att många barnmorskor väljer att arbeta i andra delar av vården, att gå ner i arbetstid eller att jobba som »hyrbarnmorskor«. Landstingen har svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs, och problemet förvärras av att en tredjedel av barnmorskorna väntas gå i pension under de kommande sju åren.

Svensk mödra- och förlossningsvård är i grunden bra. Sverige är ett av världens säkraste länder att föda barn i och vi har ett väl utbyggt system med mödravårdscentraler och förlossningskliniker. Men kvaliteten upprätthålls allt mer på bekostnad av de nästan uteslutande kvinnor som arbetar inom förlossningsvården. Det finns också stora skillnader i vilken vård som ges och i utfallet. Andelen kejsarsnitt, förlossningsskador och bristningar varierar påtagligt mellan olika landsting och kliniker, och det saknas enhetliga rutiner och riktlinjer. Samtidigt växer kvinnors rädsla och oro inför att föda. Kommer jag att få en plats och det stöd jag behöver?

Att ett välfärdsland som Sverige inte kan garantera barnmorskors arbetsvillkor och kvinnors hälsa och trygghet i samband med förlossning är oacceptabelt. Det finns långtgående demografiska prognoser som beräknar hur många barn som kommer att födas nationellt och regionalt, liksom vilka tider på året fler barn föds och belastningen på kliniker är högre. Det finns med andra ord all möjlighet att planera för en väl fungerande och säker förlossningsvård. Ändå görs det inte. Vad är det som gått snett?

Under våren och sommaren 2017 har opinionen växt. Nyhetsinslag, granskningar och namninsamlingar har duggat tätt. Flera stora manifestationer har ägt rum runt om i landet och BB-mottagningar har ockuperats. Protester och påtryckningar har gett resultat och i 2018 års budgetproposition presenteras efterlängtade satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Men vad går pengarna till?

I denna rapport granskar vi regeringens budgetsatsningar och överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om förlossningsvården och följer upp dessa i utvalda landsting. Syftet är att se om de medel som avsätts används till det de är avsedda för och där störst behov finns. Rapporten är uppdelad i två övergripande delar. I den första delen undersöker vi det genomgående jämställdhetsperspektivet i budgetpropositionens finansplan för 2018, och i del två fokuserar vi på förlossningsvården.

Att stärka mödra- och förlossningsvården är en jämställdhetsfråga. Det handlar om vård som bara kvinnor tar del av, och där i stort sett bara kvinnor arbetar. Frågan rör också barnen som föds och den födande kvinnans partner – att även män involveras och tar ansvar kommer att gynna jämställdheten i familjen och på samhällsnivå. Bra och säker förlossningsvård är också en förutsättning för att regeringen och landstingen ska leva upp till målen om jämlik och jämställd hälsa, liksom till kraven i hälso- och sjukvårdslagen.

I denna rapport presenterar vi förslag för en långsiktig och hållbar förlossningsvård som säkrar personalens arbetsvillkor och födande kvinnors säkerhet. Förslagen överlämnas till ansvariga politiker på nationell och regional nivå.



**Jämställdhets-
perspektivet
i budget-
propositionen
för 2018**

Jämställdhetspolitiken

Jämställdhet har funnits som politikområde i Sverige sedan 1970-talet och utgick då främst från arbetsmarknadsfrågor. Sedan dess har jämställdhetspolitiken breddats sakpolitiskt och strategiskt, och när de jämställdhetspolitiska målen beslutades 2006 var strukturella och ojämlika maktförhållanden mellan kvinnor och män i fokus. Målen om jämställd utbildning och hälsa tillkom 2017.

Idag är det övergripande målet för jämställdhetspolitiken att **kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv**. Utifrån detta arbetar regeringen efter sex delmål.

Delmålen för jämställdhetspolitiken

- **En jämn fördelning av makt och inflytande.** Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva medborgare och att forma villkoren för beslutsfattandet.
- **Ekonomisk jämställdhet.** Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om utbildning och betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut.
- **Jämställd utbildning.** Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma möjligheter och villkor när det gäller utbildning, studieval och personlig utveckling.
- **Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.** Kvinnor och män ska ta samma ansvar för hemarbetet och ha möjligheter att ge och få omsorg på lika villkor.
- **Jämställd hälsa.** Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.
- **Mäns våld mot kvinnor ska upphöra.** Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

Sedan början av 1990-talet är jämställdhetsintegrering regeringens strategi för att genomföra jämställdhetspolitiken och nå jämställdhetsmålen. Strategin innebär att ett jämställdhetsperspektiv ska integreras i samtliga politikområden och genomsyra alla led av beslut och genomförande. Jämställdhetsfrågorna ska inte hamna i skymundan eller sidosordnas. Varje statsråd har ansvar för jämställdhet inom sina respektive områden, medan jämställdhetsministern ansvarar för att driva på, utveckla och samordna jämställdhetspolitiken.

Den 1 januari 2018 inrättas en jämställdhetsmyndighet i Göteborg i syfte att nå en strategisk, sammanhållen och hållbar styrning och ett effektivt genomförande av jämställdhetspolitiken. Myndigheten kommer att ansvara för uppföljning, analys, samordning och stöd utifrån de jämställdhetspolitiska målen, och kommer att spela en stor roll för regeringens fortsatta arbete med jämställdhetsintegrering.

Jämställdhetsbudgetering

Budgetpropositionen är regeringens viktigaste styrdokument. Där tydliggörs målsättningar och förutsättningar för vem som får vad på vilka villkor. För att ta reda på hur makt, möjligheter och resurser fördelas i samhället är det nödvändigt att granska i vilken utsträckning jämställdhetsperspektivet genomsyrar denna.

Jämställdhetsbudgetering, att jämställdhetsintegrera budgetprocesser, betyder i korthet att budgeten, precis som alla andra politiska styrdokument, ska bidra till jämställdhet mellan kvinnor och män. Jämställdhet ska genomsyra alla led av budgetprocessen, från analys, förslag och reformer till fördelning av resurser och uppföljning av verksamhetens resultat.

En förutsättning för att det ska vara möjligt att följa vart resurserna går och vilken effekt de får är att det finns könsuppdelad statistik. Enligt 14 § i förordningen om den officiella statistiken (2001:100) ska individbaserad officiell statistik vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta. Kön ska alltid vara en övergripande och genomgående indelningsgrund i statistiken, vilket betyder att alla tabeller och diagram ska redovisas uppdelade på kvinnor och män (i alla kombinationer av variabler).

Utifrån statistiken ska konsekvensanalyser göras med utgångspunkt i de jämställdhetspolitiska målen. Det betyder att man på varje departement och inom varje sakområde ska analysera potentiella effekter och konsekvenser för kvinnors och mäns situation, innan viktiga beslut fattas om mål, strategier och resurstilldelning.

Konsekvensanalyser är nödvändiga för att utläsa vilka effekter förslag och reformer får för jämställdheten, och vilka åtgärder som behövs för att rätta till skevheter. Om jämställdhetsmålen *inte* har översatts till budgetmässiga beslut ska resurser omdirigeras för att få en rättvis fördelning mellan kvinnor och män. På så sätt bidrar budgeten till jämställdhet i samhället.

Budgetanalys ur ett jämställdhetsperspektiv

De flesta budgetar och utgifter är generella till sin utformning, vilket betyder att de påverkar de flesta människor i samhället på något sätt. Men även om målen och utgifterna ser ut att vara generella eller neutrala, påverkar de olika grupper av människor på olika sätt. Det beror på att olika grupper, till exempel inrikes och utrikes födda flickor och pojkar, kvinnor och män, har olika förutsättningar och behov.

Budgetar gör ofta anspråk på att vara könsneutrala, men om mål formuleras och utgifter presenteras på ett könsblint sätt är risken stor att män och pojkar gynnas i högre utsträckning än kvinnor och flickor. Det beror på att det ekonomiska fördelningssystemet till stor del bygger på traditionella mönster där mäns behov och livsval står som norm. Större vikt läggs således vid mäns behov och aktiviteter än vid kvinnors.

För att förhindra detta är det nödvändigt att synliggöra människorna bakom siffrorna och hur resurser fördelas mellan olika verksamheter och individer. Med hur mycket pengar stödjer den offentliga resurstilldelningen kvinnor och män, flickor och pojkar? Hur möter de offentliga utgifterna olika grupper behov och prioriteringar? En effektiv metod för att synliggöra och förändra resursfördelningen är att jämställdhetsgranska budgetar. Genom att följa pengarna och verksamheternas resultat utifrån kön kan politiker och beslutsfattare ställas till svars och vi kan uppnå en högre måluppfyllelse och en mer rättvis fördelning av samhällets resurser.

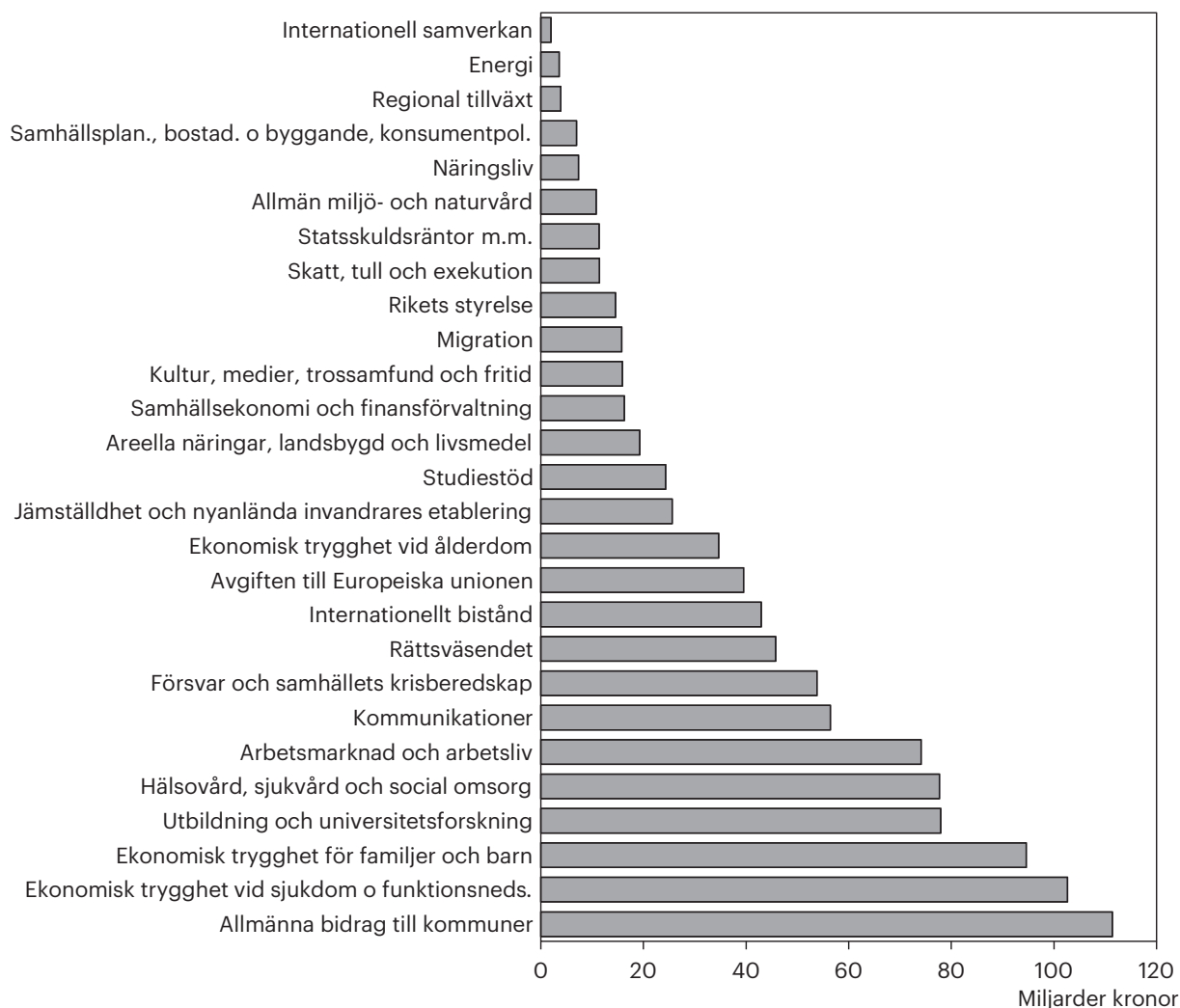
Budgetpropositionen för 2018

I budgetpropositionen stakar regeringen ut sin väg för hur samhället ska se ut och hur det ska åstadkommas. Här redovisar regeringen sitt samlade förslag till hur statens utgifter ska fördelas mellan olika verksamheter och sin beräkning av hur stora inkomsterna väntas bli.

Finansplanen är budgetpropositionens inledande kapitel och innehåller en redogörelse för regeringens ekonomiska politik samt en sammanfattning av årets budgetförslag. Statsbudgeten är uppdelad i inkomster, investeringar och utgifter. Inkomsterna får staten främst genom att ta ut skatt på medborgarnas olika aktiviteter, framför allt arbete och konsumtion. Budgetens utgifter består av samhällets kostnader för gemensamma angelägenheter. Dessa fördelas på 27 utgiftsområden där varje utgiftsområde omfattar ett eller flera saksområden. Budgeten innehåller också investeringar. Det är en utgift som i bokföringen kan spridas ut över en längre tidsperiod och som beräknas ge avkastning i framtiden i form av ökad samhällsnytta eller ekonomisk vinst.

Budgetpropositionen för 2018 – *Samhällsbygget – investera för framtiden* – lämnades till riksdagen den 20 september 2017. Statsbudgetens totala utgifter för 2018 föreslås uppgå till 999 miljarder kronor och inkomsterna beräknas till 1 043 miljarder kronor. Det innebär ett överskott på 44 miljarder kronor. Regeringen vill använda överskottet till att stärka den ekonomiska jämlikheten och att bekämpa arbetslösheten. Budgetförslaget behandlas av riksdagen i två steg. Först beslutar riksdagen om riktlinjerna för den ekonomiska politiken samt de ekonomiska ramarna för statens budget genom ett så kallat rambeslut. Det är sedan styrande för den fortsatta behandlingen där riksdagen tar ställning till hur utgifterna ska fördelas inom varje utgiftsområde, det vill säga hur mycket pengar olika verksamheter ska få. Budgetpropositionen är slutbehandlad när riksdagen har tagit ställning till förslagen för samtliga 27 utgiftsområden. I diagram 1 syns kostnaderna för de olika utgiftsområdena i 2018 års budget.

**DIAGRAM 1: UTGIFTER I BUDGETPROPOSITIONEN 2018
EFTER UTGIFTSOMRÅDEN**

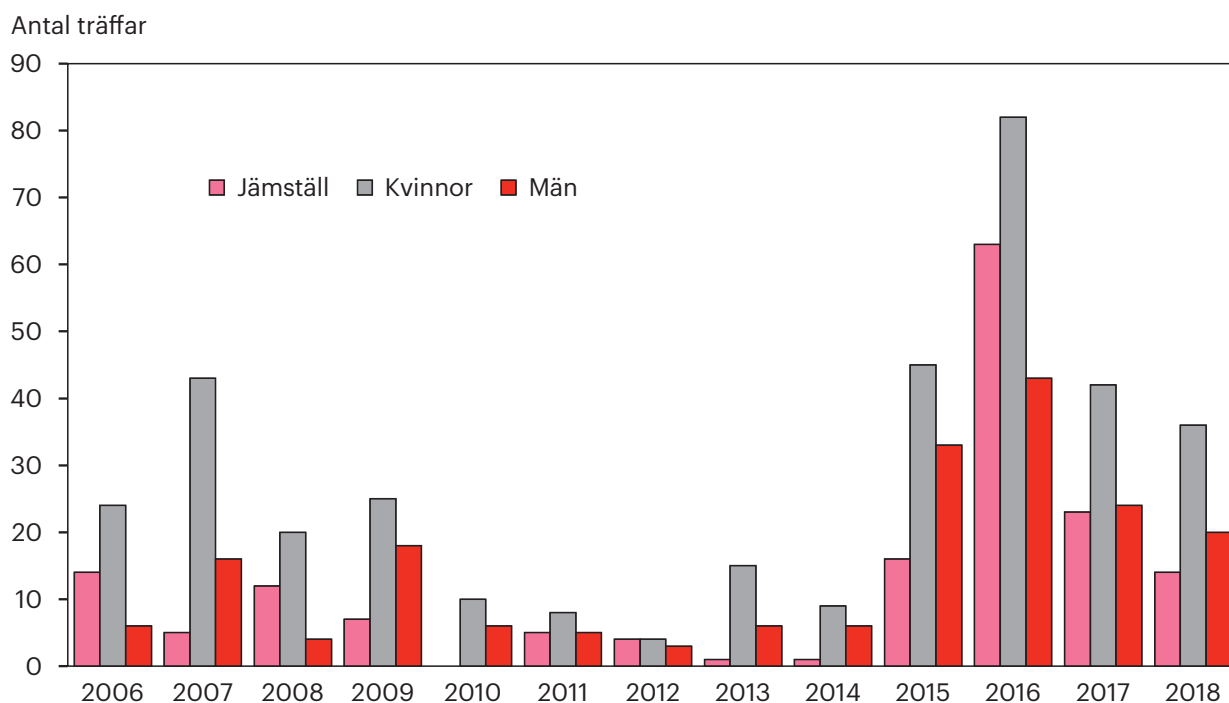


Vilket avtryck har jämställdhet i budgetarbetet? (ordsökning)

Sveriges Kvinnolobby granskar återkommande jämställdhetsperspektivets genomslag i regeringens budgetpropositioner. I detta avsnitt analyserar vi det övergripande jämställdhetsperspektivet i 2018 års finansplan. I nästa del av rapporten fördjupar vi oss i de delar av budgeten som rör förlossningsvården.

Vi använder oss av metoden ordsökning. Det innebär i korthet att undersöka hur ofta och i vilka sammanhang ord som är centrala för en jämställdhetsanalys används. På detta sätt går det att få en helhetsbild av var i budgetpropositionen regeringen gör analyser ur ett jämställdhetsperspektiv, (och var de inte gör det). De ord som använts är olika böjningsformer av »jämställdhet«, »kvinnor« och »män«.

DIAGRAM 2: JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV I FINANSPLANER 2006–2018



Av diagram 2 framgår antalet träffar på sökorden i budgetens finansplaner under åren 2006–2018 (de år Sveriges Kvinnolobby genomfört granskningar). Sökningarna är gjorda på finansplanerna utan bilagor och inkluderar inte träffar på ord som förekommer i rubriker, tabeller, diagram eller innehållsförteckningar.

Den nuvarande regeringen tillträdde hösten 2014. Deras första finansplan ingick således i budgetpropositionen för år 2015. (Budgetförslaget kom senare att fällas vid riksdagens omröstning då Alliansens budget antogs istället. I vår ordsökning har vi dock valt att granska regeringens egen finansplan.)

Det är tydligt att antalet träffar för sökorden ökat sedan den nuvarande rödgröna regeringen tillträdde. Särskilt många träffar finns i 2016 års finansplan, vilket delvis kan förklaras av att regeringen då inledde sitt arbete med jämställdhetsbudgetering och därmed dedikerade ett längre avsnitt till skrivningar om detta (26 av träffarna på ordet »jämställ« fanns i detta avsnitt). Även bortsett från detta är det dock tydligt att jämställdhetsperspektivet fick större utrymme i 2016 års finansplan än någonsin tidigare, och senare. Där förekom även sökorden »kvinnor« och »män« betydligt oftare än i tidigare och efterföljande finansplaner, vilket visar att analyser av skillnader och ambitioner att ställa dessa till rätta var mer genomgående.

Därefter har antalet träffar minskat avsevärt. I 2018 års finansplan förekommer olika former av »jämställdhet« totalt 14 gånger i löpande text. Träffarna handlar i huvudsak om arbetsmarknad, sysselsättning

och jämställt föräldraskap (8 träffar). Detta kan delvis bero på att arbetsmarknad är det område där jämställdhetspolitiken historiskt har tagit, och fortfarande i hög utsträckning tar, sin utgångspunkt. Övriga träffar i årets finansplan rör arbetet med jämställdhetsbudgetering (3 träffar), den nya jämställdhetsmyndigheten (2 träffar) och arbetet med Agenda 2030 (1 träff). Att antalet träffar på »jämställdhet« i årets finansplan är få, och att de sällan förhåller sig till andra frågor än arbetsmarknad, innebär att regeringen inte fullt ut lyckas med att integrera jämställdhet i alla politikområden och sakfrågor.

I finansplanen för 2018 ger olika former av »kvinnor« 36 träffar och av »män« 20 träffar. Även det är en påtaglig minskning jämfört med den nuvarande regeringens tidigare budgetpropositioner. Träffarna förekommer ofta gemensamt i kontexten »kvinnor och män«. När orden förekommer tillsammans är syftet ofta att uttrycka ambitioner som att »kvinnor och män ska ges samma möjligheter« eller att synliggöra ojämställdhet som att »kvinnors sysselsättningsgrad är lägre än mäns«.

Att »kvinnor« ger fler träffar än »män« kan förklaras av att kvinnor ofta lyfts fram som den minst gynnade gruppen. Att män inte nämns lika ofta gör att kvinnor framställs som undantaget medan män blir (den osynliga) normen. Detta tydliggörs av att det i årets finansplan inte finns en enda träff där »män« och »pojkar« förekommer separat från »kvinnor« och »flickor«. De jämställdhetsanalyser som görs verkar med andra ord inte resultera i insatser riktade mot män, vilket är förvånande mot bakgrund av regeringens ökade fokus på att motverka destruktiva maskulinitetsnormer och att öka mäns och pojkars delaktighet i jämställdhetsarbetet.

En övervägande majoritet av träffarna rör även för dessa sökord arbetsmarknaden, till exempel konstateras att den är könssegregerad och att löner, arbetsvillkor och arbetsmiljö är sämre i kvinnodominerade yrken. Regeringen belyser vikten av att kvinnors sysselsättningsgrad och ställning på arbetsmarknaden stärks, liksom av ett jämställt uttag av föräldraförsäkring. De skriver bland annat att: *»Förändringar som bryter undervärderingen av kvinnors arbete är centrala delar i en feministisk politik och måste åstadkommas genom såväl direkta reformer som strukturella förändringar.»* Hur detta ska gå till och vilka dessa reformer och förändringar skulle kunna vara anges dock inte. Att analyser och ambitioner inte följs av förslag och satsningar visar att regeringen inte fullt ut lyckas efterleva strategin för jämställdhetsintegrering.

En tydlig skillnad från tidigare år är att en stor del av träffarna på sökordet »kvinnor« rör etablering av nyanlända och utrikesfödda kvinnor (15 av 36 träffar). Träffarna synliggör den stora ojämställdheten i etableringen där kvinnor i betydligt lägre utsträckning har ett arbete. Regeringen uttrycker också ambitioner att ändra på detta, exempelvis genom särskilda insatser för att öka nyanlända och utrikes födda kvinnors möjligheter att lära sig svenska, få ett arbete eller driva företag. Bland annat föreslås att studieförbunden ges resurser för uppsökande och motiverande insatser riktade till nyanlända kvinnor. Man hänvisar

också till satsningar som redan genomförts, som att begränsa antalet dagar med föräldrapenning för nyanlända, samt det arbete som pågår inom Arbetsförmedlingen för att fler utrikes födda kvinnor ska arbeta eller studera.

Sveriges Kvinnollobbys granskning av 2017 års budgetproposition (*Snabbspår och stickspår*) handlade om just etablering av nyanlända och synliggjorde ojämställdheten i insatser och resurser. Rapporten visade att mindre än var fjärde subventionerad anställning gick till kvinnor och att bara 15 procent av kvinnorna hade ett jobb efter etableringsuppdraget. Det är därför välkommet att regeringen i årets budget ger uttryck för en tydlig ambition att bryta mönstret.

Men dessvärre är även förslagen i 2018 års budget otillräckliga för att åstadkomma en förändring. Satsningarna på nyanlända kvinnors etablering är för små och handlar endast om tillfälliga *arbetsförberedande* insatser. Så länge det inte finns utbildning, validering och framförallt jobb som motsvarar kvinnors erfarenheter och behov, riskerar dessa att bli verkningslösa. Viktiga insatser som behöver prioriteras är att öronmärka platser för kvinnor, exempelvis i de subventionerade anställningarna, samt att skapa vägar in i kvinnodominerade yrken och sektorer där satsningarna idag är få.

En annan brist i årets finansplan är att könsneutrala ord som »individ«, »person« och »människa« används i många sammanhang där det hade varit viktigt att särskilja kvinnor och män. Till exempel skriver regeringen att sysselsättningen ökat med omkring 200 000 *personer* sedan de tillträdde och att två tredjedelar av dessa är utrikes födda. De skriver också att arbetslösheten fortfarande är hög bland *personer* som inte gått ut gymnasiet och bland *personer* födda utanför Europa. Hur många av dessa som är kvinnor respektive män synliggörs inte. Andra skrivningar som osynliggör kön är till exempel »elever«, »personal«, »pensionärer«, »ensamstående«, »sjuka« och »arbetslösa«, vilka också är vanligt förekommande.

Att kön inte används som analytisk kategori signalerar att eventuella skillnader mellan kvinnor och män inte är relevanta att synliggöra och analysera. Det leder i förlängningen till att insatser för att åtgärda ojämställdhet saknas, och att insatser som trots allt görs utformas efter de grupper (ofta män) som utgör normen.

Ett exempel på detta är regeringens skrivningar om att valdeltagandet ska öka i de grupper som röstar i mindre utsträckning än andra, såsom *unga, utrikes födda* och *personer med funktionsnedsättning*. Trots att det är sannolikt att det inom dessa grupper finns könsskillnader analyseras inte detta. Risken är då att insatser för att öka valdeltagandet inte når de grupper som är i störst behov av dessa.

Detta blir också tydligt i regeringens skrivningar om att möjligheterna till arbete för *personer* med funktionsnedsättning ska stärkas. Inte heller här nämns att kvinnor inom denna grupp är särskilt utsatta, vilket innebär att det inte går att utläsa om kvinnor och män på lika villkor kommer att nås av de insatser som sätts in (höjningar i taket för löne-

bidragen och ökade medel till Samhall för att skapa 1 000 nya anställningar). Det leder också till att det inte finns några särskilda insatser för att stärka förankringen på arbetsmarknaden för just kvinnor med funktionsnedsättning. Detta är anmärkningsvärt då statistik och undersökningar länge visat att kvinnor med funktionsnedsättning får mindre stöd, i lägre utsträckning tar del av arbetsmarknadsinsatser och har lägre arbetskraftsdeltagande än män i samma grupp, trots att kvinnorna har högre utbildningsnivå. Att fullt ut implementera ett jämställdhetsperspektiv kräver att kvinnor och män inom olika samhällsgrupper synliggörs.

Ytterligare ett sätt att se vilket genomslag jämställdhetsarbetet har fått är att undersöka i vilken utsträckning den individbaserade statistiken i tabeller och diagram är könsuppdelad. Av de diagram i finansplanen för 2018 som berör individer innehåller fyra av totalt 11 uppgifter som är uppdelade på kön.

I många av de sju diagram som inte är könsuppdelade hade det varit högst relevant att synliggöra skillnader mellan kvinnor och män. Exempelvis är diagram 1.6 som visar arbetskraftsdeltagande bland inrikes och utrikes födda (20–64 år) inte uppdelat på kön, trots att vi vet att skillnaderna är stora.

Detsamma gäller diagram 1.7 som visar Sveriges genomsnittspoäng i PISA och 1.8 som visar andel elever som uppnått kunskapskraven i alla ämnen i årskurs 9 i förhållande till föräldrarnas högsta utbildningsnivå. Det är väl känt att pojkar presterar sämre än flickor i skolan. Att detta inte synliggörs gör att åtgärder för att bemöta problemet också saknas. Trots att regeringen förra året antog ett nytt jämställdhetspolitiskt delmål om utbildning saknas insatser för ökad jämställdhet i skolan. Istället presenteras enbart satsningar som syftar till att öka jämlikheten och minska socioekonomiska skillnader. Sveriges Kvinnolobby ser en utveckling där begreppet jämlikhet ofta används utan att det klargörs vilka ojämlikheter som ska adresseras, vilka problemen är eller hur de ska åtgärdas. Jämställdhet är ojämlikhet mellan kvinnor och män och ska synliggöras i andra kategoriseringar, det är grundtanken i den av regeringen beslutade strategin jämställdhetsintegrering. Detta kan endast göras om frågan explicit adresseras. Att arbeta mot ojämlikheter utan att synliggöra kvinnor och män, flickor och pojkar, förvärrar inte bara ojämställdheten utan kan i själva verket också förvärra den ojämlikhet som skulle minskas.

Tre av de diagram som innehåller uppgifter uppdelade på kön handlar om arbetsmarknaden; sysselsättningsgrad (diagram 1.2), arbetslöshet (diagram 1.3) och ungdomsarbetslöshet (diagram 1.4). Av alla dessa diagram går att utläsa påtagliga könsskillnader till kvinnors nackdel. För att nå ett framgångsrikt arbete med jämställdhetsintegrering måste dessa skillnader också analyseras och följas upp.

När det gäller kvinnors arbetskraftsdeltagande kommenteras problemet. Regeringen skriver att kvinnors sysselsättningsgrad måste öka och att lösningen bland annat är ett jämnare uttag av föräldraförsäkringen.

Men istället för att lämna förslag till åtgärder hänvisar man till den statliga utredning som pågår. Att det skeva uttaget av föräldraförsäkringen påverkar kvinnors förutsättningar på arbetsmarknaden är väl känt och utrett. Sveriges Kvinnolobby anser att regeringen nu måste ta nästa steg genom att föreslå att föräldraförsäkringen individualiseras och flexibiliteten i uttaget begränsas. De påtagliga skillnader som finns i ungdomsarbetslöshet, där unga kvinnor i högre grad är arbetslösa än unga män, kommenteras inte alls. Detta innebär att jämställdhetsintegreringen inte fullt ut fått genomslag.

Slutsats – mycket återstår för att leva upp till strategin om jämställdhetsintegrering

Sammantaget visar vår analys av finansplanen för 2018 att det finns flera brister i regeringens arbete med jämställdhetsbudgetering. Både antalet träffar på sökorden och andelen diagram som är könsuppdelade har minskat jämfört med tidigare år. Det finns också brister i att följa upp könsuppdelad statistik med analyser och förslag till åtgärder.

Jämställdhet uttrycks tydligt i flera övergripande mål och ambitioner, men det räcker inte att enbart konstatera att skillnader mellan kvinnor och män förekommer. En feministisk regering måste också analysera *varför*. Den jämställdhetsanalys som regeringen trots allt gör håller sig på en alltför övergripande nivå, och analyserna läggs sällan till grund för förslag och reformer. Det leder till att det inte går att utläsa hur reformarbetet påverkar olika grupper av kvinnor och män. Då går det heller inte att lägga förslag för hur ojämställdheten ska åtgärdas – de mönster som tydligt framgår återspeglas inte i budgetposter och investeringar.

I satsningar och budgetanslag behandlas alla istället som könlösa individer där män fortsätter att vara norm. Eftersom anslagen inte går att bryta ned på individnivå blir det svårt att genomföra exakta beräkningar av resursfördelningen. Det blir då också omöjligt att säga hur dessa kommer att påverka kvinnor och män, flickor och pojkar, och om de bidrar till en jämställd samhällsutveckling eller inte.

Vår slutsats är att en hel del återstår för att fullt ut implementera strategin om jämställdhetsintegrering och leva upp till de jämställdhetspolitiska målen. Resultatet blir att budgetanslag och åtgärder specifikt inriktade på att komma till rätta med ojämställdheten saknas. Sveriges Kvinnolobby efterlyser fler konkreta jämställdhetsåtgärder med specifika resultatmål.

Den särskilda jämställdhetsbilagan

Sedan 1988 innehåller budgetpropositionen en särskild bilaga, Ekonomisk jämställdhet, som innehåller information om inriktningen för jämställdhetspolitiken. Bilagan ger en överblick över kvinnors och mäns situation på arbetsmarknaden så som skillnader i arbetstid, utbildning, inkomster, yrkestillhörighet med mera.

I jämställdhetsbilagan för 2018 ges en gedigen beskrivning av hur jämställdheten ser ut inom olika områden. Det konstateras bland annat att kvinnor fortfarande har lägre löner, lägre sysselsättningsgrad, kortare arbetstid och högre sjukfrånvaro än män, och att målet om ekonomisk jämställdhet således inte är uppfyllt. Regeringen skriver att: »ett systematiskt och långsiktigt arbete krävs för att påskynda utvecklingen mot ekonomisk jämställdhet«. Vad detta konkret innebär preciseras inte.

I bilagan lyfter regeringen bland annat fram att förslagen om ändrade skatter och transfereringar bidrar till att den individuella disponibla inkomsten ökar något mer för kvinnor än för män. Det är sant att en sänkning av skatten på vissa pensioner gynnar kvinnor. Samtidigt innebär detta att skattesatsen anpassas efter tidigare regeringars jobbskatteavdrag som vi vet omfördelar pengar från kvinnor till män.

I årets bilaga skrivs mer om inkomster än tidigare och det görs jämförelser med situationen på 1990-talet. Det är bra att de stora skillnaderna och den långsamma utvecklingen mot ekonomisk jämställdhet synliggörs och att mätbara indikatorer är fler och mer omfattande. Samtidigt blir det tydligare än någonsin att kraftfulla, strukturella insatser behövs.

Då konsekventa och genomgående analyser av hur regeringens politik påverkar olika grupper av kvinnor och män saknas är det svårt att utläsa hur generella satsningar på exempelvis välfärden kommer att påverka den ekonomiska jämställdheten. Det saknas också konkreta insatser för att stärka just kvinnors ekonomiska självständighet och positioner på arbetsmarknaden. Exempel på insatser som Sveriges Kvinnolobby efterlyser är individualiserad föräldraförsäkring, rätt till heltid och stärkt garantipension. För att jämställdhetsbilagan inte ska bli ett sidoordnat alibi för en finansplan och budget som inte är jämställdhetsintegrerad krävs att den ojämställdhet som med tydlighet framkommer också används i reformarbetet.



Fokus: förlossnings- vården

Går pengarna till rätt saker?

Satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa i statsbudgeten 2018

I Sveriges Kvinnolobbys granskning av budgetpropositionen för 2018 tittar vi särskilt på det utgiftsområde som rör förlossningsvården – Utgiftsområde 9: *Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Målet för regeringens hälso- och sjukvårdspolitik, som är ett av delmålen för utgiftsområde 9, lyder:

»Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.«

Vad detta betyder beskrivs ytterligare i budgetpropositionen för 2018:

- En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där också behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcentrerad vård.
- En effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen.
- En hälso- och sjukvård av god kvalitet innebär bland annat att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap i alla delar av landet och att den ska vara jämlik.
- En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi.
- Att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.
- En vård som är tillgänglig innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och att den ges i rimlig tid och sjukvården ska vara behovsanpassad, effektiv och av god kvalitet samt jämlik, jämställd och tillgänglig.

Huvudfrågorna vi ställer oss i vår granskning av budgetpropositionen för 2018 är:

- På vilket sätt kommer förslagen och resursfördelningen i budgetpropositionen för 2018 att bidra till att stärka förlossningsvården?
- I vilken mån går budgetsatsningarna på förlossningsvård och kvinnors hälsa till det de enligt regeringens och SKL:s överenskommelser är avsedda för, det vill säga: att förstärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön.
- I vilken grad lever förlossningsvården upp till regeringens och landstingens mål och åtaganden om jämställd hälsa?
- Leder politiken inom budgetområdet (åtgärder, reformer och satsningar) till ökad jämställdhet?

Hur mycket pengar avsätts?

Kostnader för förlossningsvården är en del av utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* som är ett av de dyraste områdena i hela budgeten. I budgetpropositionen för 2018 föreslår regeringen totalt 77,7 miljarder kronor för utgiftsområdet. Av dessa utgör hälso- och sjukvårdspolitiken cirka 42,8 miljarder kronor.

Budget för anslagsområde 1: Hälso- och sjukvårdspolitik	Miljoner kronor
1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	35
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	83
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	143
1:4 Tandvårdsförmåner	6 332
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	26 582
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	7 096
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	465
1:8 Bidrag till psykiatri	1 755
1:9 Läkemedelsverket	135
1:10 E-hälsomyndigheten	146
Total budget för hälso- och sjukvårdspolitiken	42 773

Budget för anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	Miljoner kronor
Anvisat 2017	2 729
Ersättning för steriliserade	134
Ärendehantering Läkemedelsverket	10
Totalförsvärsöverenskommelse 2018	40
Patientmiljard	1 000
Personalsatsning	2 000
Rent hav: Läkemedel och miljö	5
Förlossningsvård	1 000
Barnhälsovård	137
Cellprovscreening	141
Totalt förslag/beräknat anslag	7 096

Förlossningsvården ryms inom anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* där totalt cirka 7 miljarder kronor föreslås för 2018. I budgetpropositionen för 2018 föreslås att förlossningsvården tillförs 1 miljard kronor per år under perioden 2018–2022.

Denna satsning är ett tillskott till den redan befintliga satsningen om 400 miljoner kronor per år som ska gå till att stärka förlossningsvård och kvinnors hälsa i övrigt. Satsningen inleddes 2015 och planeras pågå till och med 2019. Medlen ryms inom budgetposten »Anvisat 2017«.

I vårandringsbudgeten 2017 tillfördes ytterligare 500 miljoner kronor till den befintliga satsningen genom en tilläggsöverenskommelse (Diarienummer S2017/03585/FS). Detta tillskott delas upp i två utbetalningar, 300 miljoner kronor för 2017 och 200 miljoner kronor för 2018.

Huvuddelen av medlen fördelas till landstingen inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKL med syfte att genomföra de insatser som effektivast stärker mödravården, förlossningsvården och kvinnors hälsa. Delar av medlen används till primärvårdsinsatser för kvinnors hälsa i socioekonomiskt utsatta områden och för detta tillkommer också särskilda medel 2016–2019.

I den första överenskommelsen (Diarienummer S2015/07777/FS) konstateras att: *»Parterna är överens om att stärka bemanningen, men även kompetensförsörjningen i sin helhet, i förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa. Förbättringar inom förlossningsvården ska i första hand ske genom insatser som syftar till att förbättra bemanningssituationen.»*

I budgeten för 2018 bedömer regeringen att ytterligare medel behövs tillföras för att hantera situationen. Man konstaterar att läget är mycket ansträngt och att landstingen fortsatt har svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs för att kunna ge en god och säker förlossningsvård. Därför föreslås att den pågående satsningen tillförs ytterligare en miljard kronor per år under 2018–2022. Medlen betalas ut till landstingen efter befolkningens mängd och ska framför allt gå till att förstärka personaltätheten och att förbättra arbetsmiljön, men får även användas för insatser inom neonatalvården (vård av nyfödda barn).

I tabellen syns fördelningen av medlen årsvis. Som framgår av tabellen avslutas de pågående satsningarna 2019, och de föreslagna miljardsatsningarna 2022. Det finns ingen information om huruvida andra satsningar på förlossningsvården och kvinnors hälsa kommer att ta vid när dessa upphört.

Medel till landstingen inom ramarna för överenskommelserna, miljoner kronor

År	Förlossningsvård & kvinnors hälsa	Primärvårdsinsatser kvinnors hälsa
2015	200 (200)	-
2016	375 (400)	125
2017	673 (400 + 300)	117
2018	1 600 (400 + 200 + 1 000)	130
2019	1 400 (400 + 1 000)	130
2020	1 000	-
2021	1 000	-
2022	1 000	-

Källa: Socialdepartementet (beloppen inom parentes visar budgettillskotten från de olika överenskommelserna under aktuellt år).

I utgiftsområde 14, s. 48 skriver regeringen: »Landstingen ska för att ta del av medlen enligt överenskommelsen vidta åtgärder för att i första hand stärka kompetensförsörjningen och däribland bemanningen. Insatserna ska skapa bättre förutsättningar för ökad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet och en bättre arbetsmiljö för medarbetarna i förlossningsvården, som till övervägande del är kvinnor.«

Om det är detta medlen går till är dock svårt att säga eftersom den redovisning landstingen gör inte är särskilt omfattande. Landstingen redovisar årligen erhållna medel genom att fylla i en skriftlig webbenkät som skickas till SKL. Enkäten innehåller frågor om vilka insatser medlen använts till, varför insatsen valts och vilken nytta den medfört och/eller förväntas medföra inom förlossningsvården, eftervården och övrig hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Landstingen ska också rapportera vilka kompetensbehov de har på 1–5 års sikt, och sedan 2017 ska redovisningen även innehålla uppgifter om hur stor andel av medlen som använts till bemanning. Det finns inga krav på ekonomisk redovisning av vad olika insatser har kostat. Redovisningarna sammanfattas av SKL i en kortfattad sammanställning. Där går det dock inte att utläsa vilka insatser enskilda landsting gjort eller vilket resultat dessa haft. I vilken grad medel går till de insatser de är avsedda för och vad satsningarna faktiskt lett till är därför svårt att säkerställa.

Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys har i uppdrag att följa upp och analysera satsningarna på kvinnors hälsa (Diarienummer: S2016/06724/FS). En delrapport ska redovisas senast den 1 mars 2018 och en fördjupningsstudie av identifierade framgångsfaktorer den 1 mars 2019. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2020.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen ett samlat uppdrag om förlossningsvård och kvinnors hälsa med särskild inriktning på primärvård som ska slutredovisas senast den 31 december 2019 (Diarienummer: S2015/08111/FS, S2016/00846/FS). Socialstyrelsen har under 2016 och 2017 redovisat deluppdrag, bland annat gällande kvinnans socioekonomiska faktorerens betydelse i förlossningsvården samt kvaliteten på eftervård efter förlossning.

Som en del av budgetöverenskommelsen genomför SKL under hösten 2017 en kartläggning av hur vårdkedjan ser ut i respektive landsting och vad som kan förbättras för att möta patienternas behov. De långsiktiga målen med arbetet är att föräldrar ska känna sig trygga och uppleva kontinuitet i vårdkedjan, att minska förlossningsskador samt att attrahera personal till förlossningsvården. Detta genomförs inte på uppdrag av staten eftersom SKL inte är en myndighet utan en arbetsgivar- och medlemsorganisation för Sveriges kommuner och landsting.

SKL leder också ett projekt där alla gravida och nyblivna mammor under våren 2018 får en enkät via Vårdguidens e-tjänster 1177, med frågor om hur de upplever sin hälsa och vården innan, under och efter graviditeten. Enkäten kommer att utformas av Graviditetsregistret, Bristningsregistret och Nationell patientenkät tillsammans med patienter och professionen.

Det finns också andra budgetsatsningar som skulle kunna påverka förlossningsvården men som på grund av rapportens avgränsning inte kommer att undersökas närmare, exempelvis höjningarna av de generella statsbidragen till landstingen och satsningar på stärkt välfärd och bättre arbetsvillkor för vårdpersonal. Budgettillskotten ger landstingen goda förutsättningar att stärka förlossningsvården och anställa mer personal.

Organisering och finansiering av förlossningsvården

Staten ansvarar för att främja och ge hälso- och sjukvården goda förutsättningar i vid bemärkelse. Landstingen och även i viss mån kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering, organisation och genomförande, så även förlossningsvården.

Landstingen ansvarar själva för merparten av finansieringen till förlossningsvården genom skatter, andra statsbidrag och i vissa fall avgifter. I landstingens respektive budgetar och årsplaner finns inga separata budgetposter för förlossningsvården. Där ligger kostnader för exempelvis bemanning, sjuktransporter och lokaler samlade för hela hälso- och sjukvårdsområdet.

I SKL:s databas för kostnad per patient, KPP, inom förlossningsvården görs en uppskattning av de totala kostnaderna för förlossningsvården i respektive landsting och totalt i riket. Där beräknas kostnaden för varje förlossning och vårdinsatser som knyts till dessa. Under 2016 kostade förlossningsvården i Sverige cirka 3,5 miljarder kronor, vilket är en ökning jämfört med 2014 då motsvarande siffra var cirka 2,7 miljarder och 2015 då kostnaden uppskattades till 2,8 miljarder 2015 (SKL:s KPP-databas). Ökningen beror sannolikt till viss del på de budgetsatsningar på förlossningsvården som inleddes 2015, men andra faktorer kan förstås också spela in. Att antalet födda barn ökar medför till exempel ökade kostnader för bland annat personal och lokaler.

Regeringen föreslår att totalt 1,6 miljarder kronor ska fördelas till landstingen under 2018 för insatser inom förlossningsvården och kvinnors hälsa. Jämfört med 2016 innebär det en 50-procentig ökning av landstingens totala budget för förlossningsvården. Samtidigt höjs också de generella statsbidragen till kommuner och landsting. I denna rapport fokuserar vi på de specifika satsningarna på förlossningsvården och kvinnors hälsa som föreslås i budgeten för 2018, och undersöker hur dessa kan få bästa möjliga effekt.

Regleringar

Hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Målet med lagen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Lagen säger också att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska landstingen planera hälso- och sjukvård med utgångspunkt i *behovet* av vård. Lagen säger också att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Landstinget svarar för att det inom landstinget finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.

2010 infördes det fria vårdvalet. Vårdval i primärvården ger dels medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare, dels vårdgivare rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning om man uppfyller de krav respektive sjukvårdshuvudman ställer. Alla landsting ska den 1 januari 2010 ha infört vårdval i primärvården enligt bestämmelserna i lagen om valfrihetssystem, LOV (2008:962). Enligt hälso- och sjukvårdslagen får landstinget inte begränsa den enskildes vårdval till ett visst geografiskt område inom landstinget.

2015 trädde också den nya Patientlagen i kraft i Sverige (2014:821). Lagen syftar till att stärka patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen säger bland annat att patienten ska få information om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade behandlingsförloppet och risker för komplikationer. Syftet är att patienten ska kunna samtycka till vården och vara delaktig i utformandet, bland annat vad gäller behandlingsalternativ och eftervård.

Andra åtaganden

Sedan 2016 finns ett jämställdhetspolitiskt delmål om jämställd hälsa.

Målet säger att:

»Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor«. Detta mål bidrar också i sig till att uppfylla det jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv, och alla de övriga delmålen. En god hälsa hos både kvinnor och män, flickor och pojkar är en förutsättning för och möjliggör jämställdhet inom andra områden.

Det finns också internationella åtaganden på området. FN:s Kvinnokonvention anger att konventionsstaterna ska säkerställa att kvinnor och män har samma tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive familjeplanering. Både Kvinnokonventionen och den tillhörande Handlingsplanen (BPfA) säger också att länder ska säkerställa att kvinnor får lämplig vård som gör att graviditet och förlossning kan fortgå tryggt och säkert.

Nedslag i utvalda landsting

I **SVERIGE FINNS** totalt 20 landsting/regioner. För att undersöka effekten av budgetsatsningarna gör vi nedslag i tre utvalda landsting. Syftet är att synliggöra regionala skillnader i hur medel används, men också gemensamma mönster och utmaningar. Landstingen presenteras nedan och har valts ut med hänsyn till olikheter i bland annat geografi, politiskt styre, organisering av vården och befolkningsmängd. Vi återknyter till dessa landsting löpande i granskningen. Informationen till rapporten har i första hand hämtats från statistikdatabaser, landstingens redovisningar och planer för förlossningsvården, men också genom telefon- och mailkontakt med landsting, myndigheter och Svenska Barnmorskeförbundets lokalföreningar.

Information om utvalda landsting

	Norrbottnens läns landsting	Landstinget i Värmland	Stockholms läns landsting	Riket
Antal förlossningskliniker	2	1	5	45
Befolkning	250 000	300 000	2 300 000	10 000 000
Andel kvinnor 15–49 år (av alla kvinnor & män)	23 %	20 %	24 %	22 %
Antal födda barn	2 500	2 900	29 500	117 500
Storlek	98 000 km ²	17 500 km ²	6 500 km ²	447 500 km ²
Största stad	Luleå	Karlstad	Stockholm	Stockholm
Politiskt styre	S, V, Mp	M, C, L, Mp, Kd, SiV*	M, L, C, Kd	S, Mp
Total kostnad för förlossningsvården	77 miljoner	89,5 miljoner	1 miljard	3,5 miljarder
Tillskott från budgetsatsningar 2018	36 miljoner	40 miljoner	328 miljoner	1,6 miljarder
Kostnad per vårdtillfälle/ förlossning	31 000 kr	31 000 kr	37 000 kr	32 000 kr
Kostnadsandel för kejsarsnitt	26,5 %	34,0 %	34,0 %	29,5 %

*SiV – Sjukvårdspartiet i Värmland

Källor: SCB (befolkningsstatistik; land- och vattenareal); SKL (verksamhetstabeller; KPP-databas); landstingens webbsidor. Siffrorna för befolkning, andel kvinnor, antal födda barn och kostnader för förlossningar avser 2016. Övrig information avser 2017. Siffrorna som avser landstingens tillskott från budgetsatsningarna är baserade på tidigare fördelning utifrån befolkningsmängd, samt en preliminär fördelning av budgetsatsningen under 2018 som presenterats av Socialdepartementet.

Kostnader per förlossning

Som framgår av informationsrutan varierar kostnaderna per patient vid förlossning i olika landsting. Siffran visar den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle för förlossning inklusive kejsarsnitt (SKL:s KPP-databas, innerfall).

Stockholm sticker ut i förhållande till Värmland och Norrbotten, men också jämfört med riket i stort. Några faktorer som kan påverka kostnaden är vårdtidens längd och hur många kejsarsnitt som görs eftersom dessa är dyrare. Skillnader kan också bero på att kostnaderna för bemanning varierar i landstingen, bland annat beroende på antalet inhyrda barnmorskor och att vissa sjukhus/kliniker tar emot mer komplicerade förlossningar, vilket innebär högre kostnader. De allra dyraste fallen har dock exkluderats ur mätningen i syfte att visa en »normal« genomsnittskostnad per sjukhus. Skillnaderna mellan landstingen vad gäller kostnader per förlossning och vårdtillfälle behöver analyseras och följas upp. Även ersättningsnivåerna kopplade till olika diagnoskoder (DRG) behöver ses över och granskas ur ett jämställdhetsperspektiv.

Hur ser det ut?

Läget inom förlossningsvården

DIAGRAM 3: FÖDDA, RIKET, 1960–2016, PROGNOIS 2017–2030

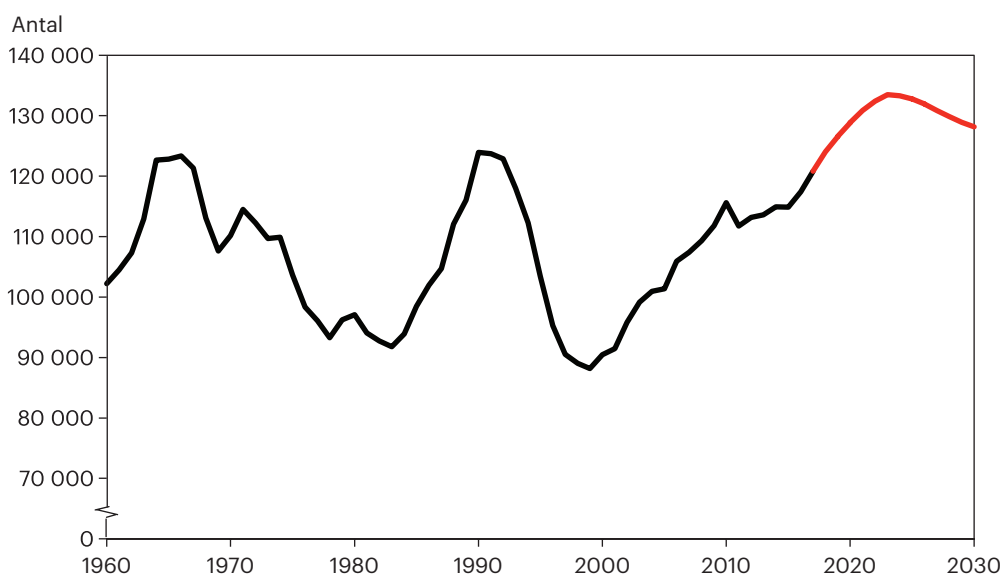
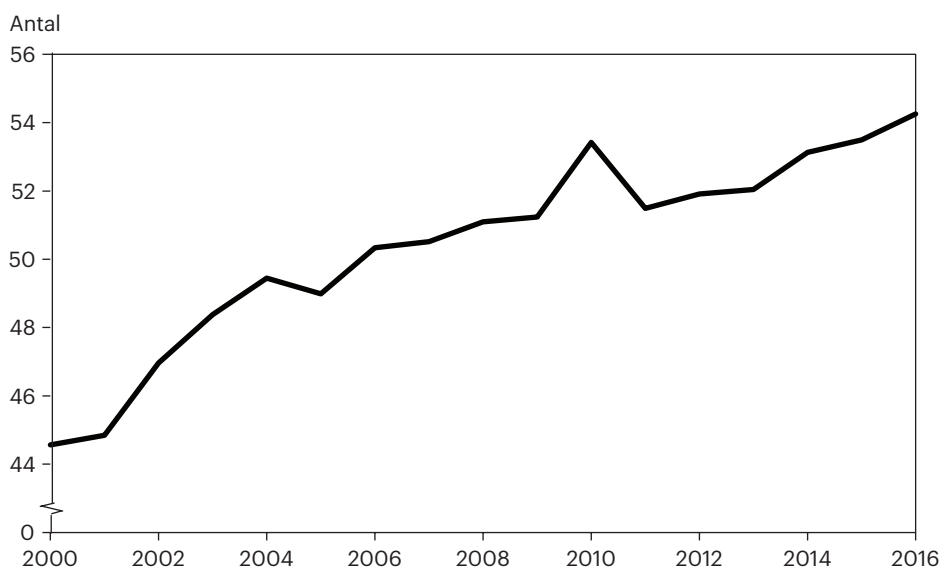


DIAGRAM 4: FÖRLOSSNINGAR PER 1 000 KVINNOR (15–49 ÅR), RIKET, 2000–2016



Källor diagram 3 och 4: SCB:s och Socialstyrelsens statistikdatabaser.

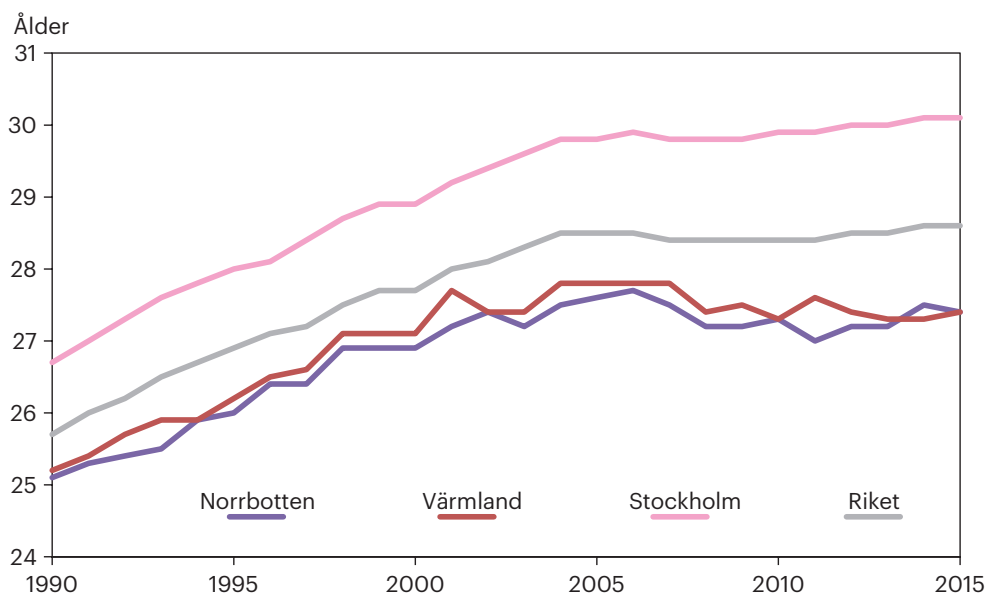
Antalet förlossningar nu och i framtiden

Under 2016 föddes drygt 117 000 barn i Sverige. Som framgår av diagram 3 har antalet barn som föds varierat över tid, vilket till stor del påverkas av ekonomisk, politisk och demografisk utveckling.

Antalet förlossningar ökar i absoluta tal, men det sker också en ökning i antalet förlossningar per 1 000 kvinnor (diagram 4, åldersgrupp 15–49 år). Under 2016 var antalet förlossningar drygt 54 per 1 000 kvinnor i fertil ålder, jämfört med knappt 45 stycken år 2000. År 2016 födde en kvinna i genomsnitt 1,85 barn.

Enligt SCB:s prognoser kommer förlossningarna fortsätta att öka under de närmsta åren, som en följd av befolkningstillväxt och åldersstruktur (diagram 3). Tillgången till statistik och prognoser för barnafödandet gör att det finns goda förutsättningar för att planera förlossningsvården på lång sikt.

DIAGRAM 5: MEDELÅLDER FÖR FÖRSTFÖDESKOR, RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 1990–2015



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

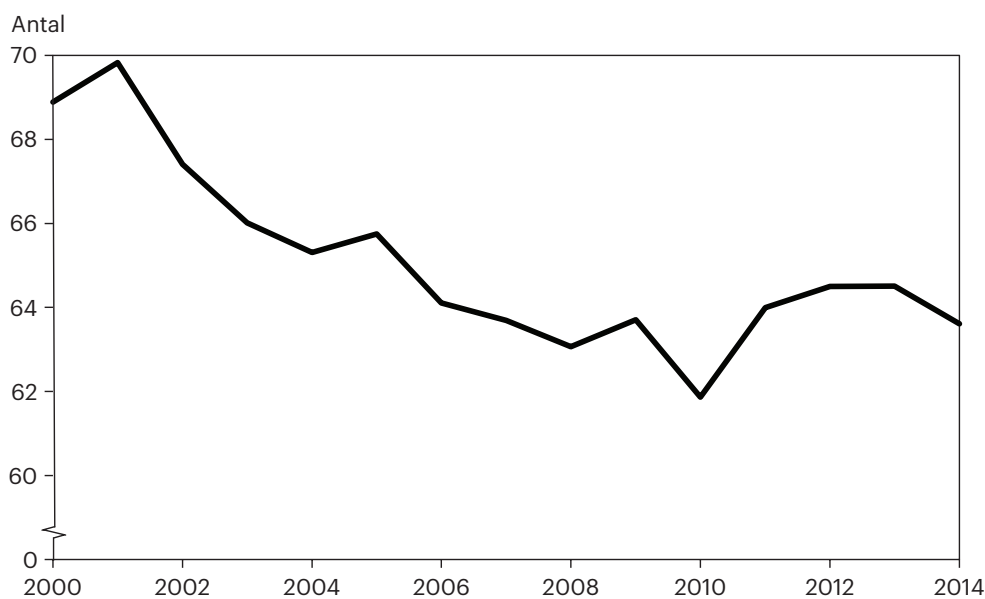
Även snittåldern för när kvinnor får sitt första barn har ökat, men mest i storstadsregionerna. Genomsnittsåldern för förstföderskor i hela landet är 28,6 år. Äldst är förstföderskorna i Stockholm, 30,1 år, och yngst är de i Kalmar län, 27,3 år. I Norrbotten och Värmland ligger snittåldern på 27,4 år (Socialstyrelsen, 2015).

Barnmorskebemanning – en stor och växande utmaning

Samtidigt som antalet födda barn ökar är bemanningen inom förlossningsvården en påtaglig utmaning. Förutom barnmorskor arbetar till exempel gynekologer/obstetriker, undersköterskor, sjuksköterskor, narkosläkare, barnläkare, kirurger och administrativ personal inom förlossningsvården. I många landsting finns behov av mer personal inom flera av dessa grupper, i synnerhet undersköterskor. I denna granskning fokuserar vi i huvudsak på barnmorskor eftersom de är den bärande gruppen inom förlossningsvården med särskild utbildning och kompetens om just förlossningar och kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa.

Det är också den grupp där problemet med kompetensförsörjning är som störst. I Socialstyrelsens enkätundersökningar rapporterar 15 av 21 landsting att barnmorskettillgången är otillräcklig. Endast tre landsting anser att de har balans mellan tillgång och efterfrågan. Även till SCB uppger 7 av 10 arbetsgivare att de har brist på barnmorskor och att behovet kommer att öka under de kommande tre åren (Arbetskraftsbarmetern SCB, 2016).

DIAGRAM 6: BARNMORSKOR PER 1 000 FÖRLOSSNINGAR, RIKET, 2000–2014



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Enligt Socialstyrelsens senaste statistik fanns cirka 7 250 sysselsatta barnmorskor i den privata och offentliga hälso- och sjukvården år 2014. Både antalet barnmorskor och antalet förlossningar har ökat under de senaste 15 åren, men barnmorskorna har inte ökat i samma utsträckning som förlossningarna. Diagram 6 visar att antalet barnmorskor i förhållande till antalet förlossningar har minskat successivt sedan slutet av 2000-talet. År 2014 gick det drygt 64 barnmorskor per 1 000 förloss-

ningar, jämfört med år 2000 då motsvarande siffra var 69. Då prognosen är att antalet födda barn kommer att fortsätta öka under de kommande åren, kommer kurvan sannolikt fortsätta falla så länge inte antalet barnmorskor ökar avsevärt.

För denna studie är dock siffrorna över antalet barnmorskor missvisande av flera skäl. En påtaglig brist är att det inte går att se vilka barnmorskor som arbetar specifikt inom förlossningsvården, och vilka som arbetar inom exempelvis mödravård eller gynekologisk slutenvård och öppenvård. I siffrorna inkluderas också barnmorskor som arbetar inom helt andra verksamheter, vilket många gör. I Socialstyrelsens arbets-tidsundersökning 2015 uppgav 11 procent att de arbetar som något annat än barnmorska, exempelvis som sjuksköterska eller distrikts- och skolsköterska.

Även om vi inte kan veta hur många av de sysselsatta barnmorskorna som arbetar inom just förlossningsvården, visar diagram 6 att antalet barnmorskor inte ökar i samma takt som förlossningarna. Det betyder att barnmorskor i genomsnitt fått fler förlossningar att ta hand om, vilket förstås också innebär en högre arbetsbörda för de barnmorskor som arbetar inom exempelvis mödravården.

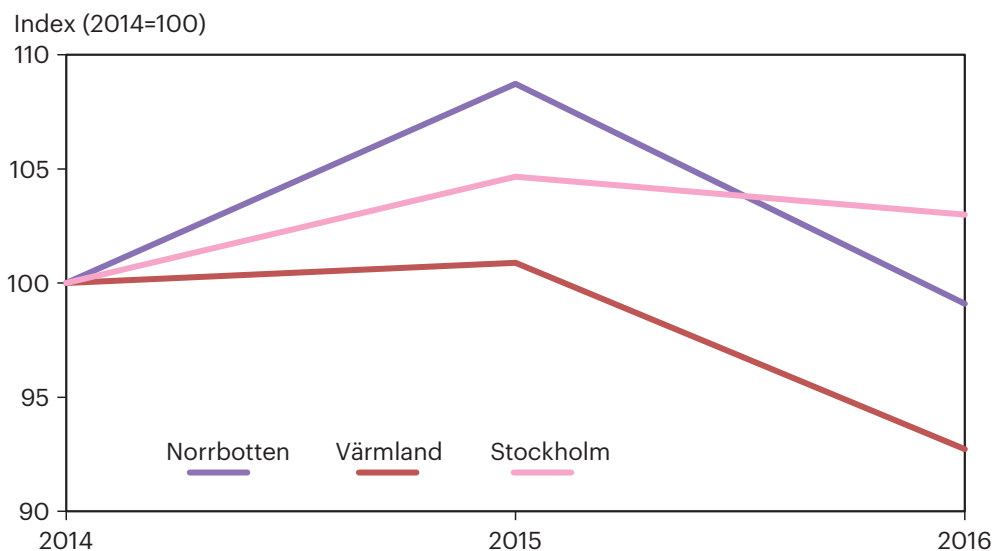
Av statistiken framgår heller inte att många barnmorskor arbetar deltid. 23 procent av barnmorskorna uppger att de arbetar deltid, och bland barnmorskor som är 45 år eller yngre är siffran så hög som 28 procent (Socialstyrelsen, 2015). En stor förklaring är att förlossningsvården med dess tunga arbetsförhållanden och oregelbundna arbetstider ofta är organiserad efter deltidsarbete. Att under dessa förhållanden arbeta heltid är påfrestande och gör att skiftarbetande anställda inte alltid hinner få sin lagstadgade dygnsvila.

Deltidsarbete är vanligt också i de landsting vi granskat. I Stockholm arbetar uppemot hälften av länets barnmorskor deltid (Landstingsrevisorererna, 2017). Värmland har som policy att bara anställa heltidstjänster men de som vill har rätt att arbeta deltid, vilket många gör. Exempelvis väljer många äldre barnmorskor att minska sin arbetstid för att orka arbeta till pensionen. Även i Norrbotten är det vanligt med deltidsarbete, ofta mellan 75 och 85 procent.

Inom förlossningsvården är en heltid sällan 40 timmar. Ofta är en schemalagd heltid mellan 34 och 38 timmar, och ibland ännu lägre för de som jobbar natt. Många av de vi varit i kontakt med i landstingen menar att arbetstiden behöver ses över och efterfrågar en generell arbetstidsförkortning med bibehållen lön inom förlossningsvården. Detta för att förbättra arbetsmiljön men också för att underlätta rekryteringen av nya barnmorskor. Arbetstidsförkortning och schemaändringar ses över på flera håll i landet, bland annat finns sådana förslag i Stockholm.

Att det inte finns tillgång till överskådlig och jämförbar statistik är en stor brist som gör det svårt att följa utvecklingen inom förlossningsvården över tid. Det försvårar också uppföljningen av regeringens satsningar och innebär en påtaglig risk att resurser och insatser riktas fel.

DIAGRAM 7: UTVECKLING AV ANTAL BARNMORSKOR I RELATION TILL ANTAL FÖRLOSSNINGAR, UTVALDA LANDSTING, 2014–2016



Källa: Baseras på siffror som SLL (exkl. BB Sophia och BB Stockholm), LiV och NLL själva rapporterat. För SLL inkluderas alla månadsavlönade barnmorskor anställda på sjukhusen, även de som inte enbart arbetar med förlossningsvård. För LiV och NLL avses barnmorskor inom både förlossningsvård och gynekologisk vård på sjukhusen/klinikerna

För att få en mer rättvisande bild har vi bitt landstingen själva rapportera hur många av deras barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården. Då landstingen sammanställer och presenterar uppgifter på olika sätt bör de inte jämföras med varandra. Däremot går det att följa utvecklingen i de enskilda landstingen. Som framgår av diagram 7 har antalet barnmorskor i förhållande till antalet förlossningar inte ökat i något av landstingen sedan budgetsatsningarna inleddes år 2015. Tvärtom syns en minskning för samtliga.

Bristen på barnmorskor är ett nationellt problem. Många landsting rapporterar att det är svårt att behålla erfarna barnmorskor och att många väljer att lämna förlossningsvården på grund av hög arbetsbelastning och stress. Det är också svårt att attrahera blivande barnmorskor till förlossningsvården då det inte upplevs vara en attraktiv arbetsplats (Budgetpropositionen 2018).

Den pressade och ansträngda situationen inom förlossningsvården är ingen nyhet. Enligt en enkätundersökning som Mittuniversitetet genomförde 2013 visade var tredje barnmorska tecken på utbrändhet och lika många hade övervägt att lämna yrket. Som främsta orsaker uppgavs hög arbetsrelaterad stress, underbemanning och brist på resurser.

Att landstingen misslyckats med att erbjuda rimliga arbetsvillkor och löner styrks av det faktum att barnmorskor väljer att arbeta i Norge eller på timvikariat och via bemanningsbolag. Det sistnämnda är ett relativt nytt fenomen som verkar öka. Detta blir mycket kostsamt för landsting-

en då en inhyrd barnmorska kostar mellan en och en halv till två gånger så mycket som en anställd. Tillfällig personal innebär också en försämrad kontinuitet på arbetsplatsen och för patienterna.

Inom de kommande åren väntas dessutom stora pensionsavgångar. Drygt hälften av barnmorskorna i Sverige är 50 år eller äldre, och mer än en femtedel är över 60 år. Enligt Socialstyrelsens prognos kommer antalet barnmorskor att öka med 16 procent under 2014–2030, men pensionsavgångarna väntas under samma period bli betydligt större. I en stor del av landstingen kommer uppemot 30 procent av barnmorskorna att gå i pension innan år 2024 (Budgetpropositionen 2018).

Detta gäller även de tre landsting vi valt att granska som alla rapporterar att pensionsavgångar och kompetensöverföring är den största utmaningen just nu. Värmland har arbetat för att stärka bemanningen av barnmorskor de senaste åren, men många äldre barnmorskor arbetar deltid och det finns ett stort behov av kunskapsöverföring. I dagsläget finns inga rutiner för detta. Värmland rapporterar att de överlag har låg omsättning på barnmorskor, men att det delvis kan bero på att det i princip inte finns några alternativa arbetsgivare om man inte är beredd att flytta från länet.

Även i Norrbotten är pensionsavgångar och kompetensbortfall ett stort problem, men också yngre barnmorskor slutar eller väljer att arbeta inom andra delar av vården. Det är framförallt svårt att rekrytera barnmorskor till Gällivare sjukhus där man inte når upp till den beslutade bemanningen om 16 barnmorskor (i dagsläget finns bara 9). För att lösa situationen tar man in pensionerade barnmorskor, hyrpersonal och vikarier. Det är också vanligt att ordinarie personal får ta extra arbetspass när kollegor är sjuka eller borta av andra skäl. På Sunderby sjukhus är situationen bättre men även där tas tillfällig personal in.

I Stockholm använder man 20 miljoner kronor från budgetsatsningen under år 2017 till introduktion och mentorskap för nyutexaminerade barnmorskor. Trots att det där finns en relativt stor grupp utbildad och erfaren personal har man på grund av den pressade situationen svårt att attrahera och behålla nyblivna barnmorskor i förlossningsvården. Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har framhållit att den ökade personalomsättningen och den höga andelen deltidsarbetande barnmorskor behöver ses över så att den framtida kapaciteten kan säkras.

För att överföra kompetens från erfarna barnmorskor till nyutexaminerade behöver tid frigöras för handledning. Det behövs också för att kunna ta emot och handleda studenter på ett bra sätt. Regeringen har uppdragit åt högskolorna att utöka antalet startplatser på Barnmorskeutbildningen. Utbildningen har de senaste åren byggts ut och sedan 2015 är målet att utöka utbildningen ytterligare med 250 nya platser per år.

På grund av det ansträngda läget inom förlossningsvården saknas dock tid och resurser för att ta emot och handleda studenter, vilket gör

att högskolorna inte når upp till målet. Universiteten uppger att de skulle kunna öka antalet platser för den teoretiska delen av utbildningen, men att det inte går så länge vården inte har möjlighet att ta emot fler studenter i den verksamhetsförlagda utbildningen. En starkt grundbemanning av barnmorskor är därför en förutsättning för att kunna trygga återväxten av barnmorskor och säkra den framtida kompetensförsörjningen. Det är också en förutsättning för att säkerställa en kvalitativ utbildning och för att behålla barnmorskor i yrket.

För att skapa en rimligare arbetsbelastning och säkerställa att alla kvinnor har en barnmorska som stöd under hela förlossningen måste vården bemannas och organiseras utifrån detta. Sveriges Kvinnolobby anser att ett mål bör sättas upp om en barnmorska per födande kvinna. Det innebär att ett stort antal barnmorskor behöver rekryteras. Med en tryggad grundbemanning går det också att skapa en ökad hållbarhet och kontinuitet under hela året, även de ofta kritiska sommarmånaderna, och att ha täckning för sjukskrivningar och föräldraledighet.

Förlossningsvård är akutsjukvård vilket alltid kommer att innebära oregelbundna arbetstider och psykiska påfrestningar. Skiftarbete är en känd riskfaktor för utbrändhet och stress. Just därför är det särskilt viktigt att förbättra bemanning och arbetsvillkor så att fler vill och orkar arbeta. De satsningar som gjorts på arbetstidsförkortning med bibehållen lön bör utvärderas. För att barnmorskeyrket ska bli mer attraktivt och hållbart krävs också högre löner och kontinuerlig kompetensutveckling.

DIAGRAM 8: GENOMSNITTLIGT ANTAL FÖRLOSSNINGAR PER FÖRLOSSNINGSPLOTS I RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 2006–2016

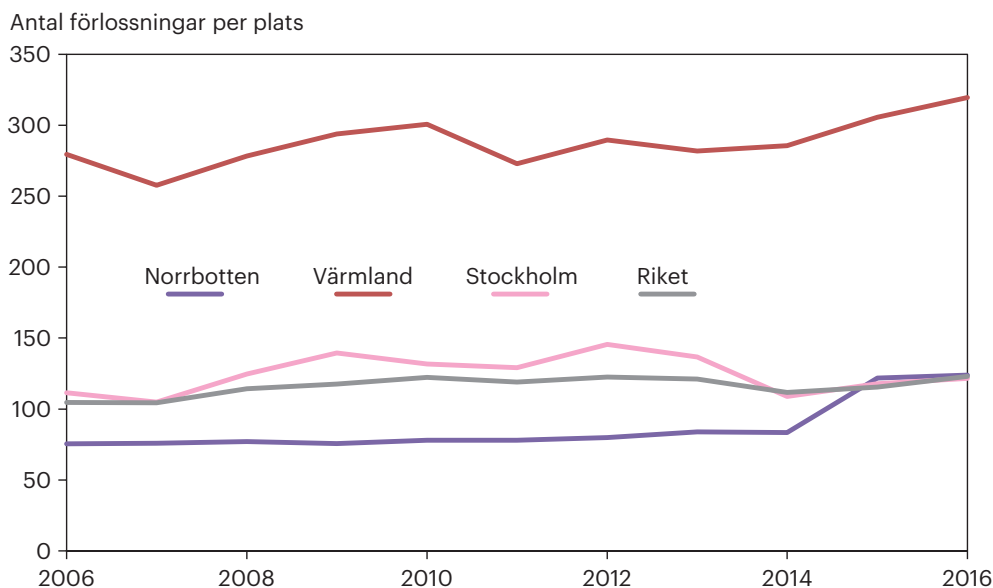
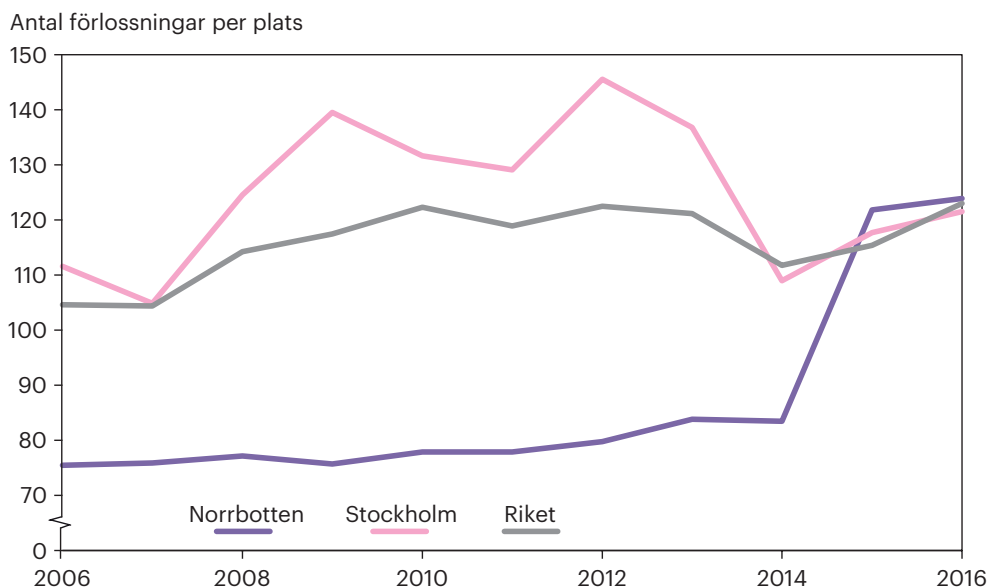


DIAGRAM 9: GENOMSNITTLIGT ANTAL FÖRLOSSNINGAR PER FÖRLOSSNINGSPLOTS I NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING OCH RIKET, 2006–2016



Källor diagram 8 och 9: SKL:s verksamhetstabeller, samt SCB:s och Socialstyrelsens statistikdatabaser. Med förlossningsplatser avses genomsnittligt antal disponibla vårdplatser inom förlossningsvården.

Färre och färre förlossningsplatser

Att antalet förlossningar ökar ställer också krav på högre kapacitet på förlossningskliniker och sjukhus, men utvecklingen pekar i motsatt riktning. 2016 fanns cirka 955 disponibla förlossningsplatser i landet, vilket kan jämföras med 986 platser år 2006. Det betyder att det 2016 gick i genomsnitt 123 förlossningar på en förlossningsplats. Tio år tidigare var antalet förlossningar per plats 104,5.

Diagram 8 visar utvecklingen i de landsting vi valt att granska och visar att antalet förlossningar per plats legat relativt stabilt över tid. Idag ligger Stockholm (122 stycken) och Norrbotten (124 stycken) ungefär i linje med riksgenomsnittet (123 platser).

I Värmland ser antalet förlossningar per plats ut att vara betydligt högre än i övriga landsting. Detta beror på att kvinnor i Värmland efter förlossningen flyttas till särskilda BB-platser för eftervård om behov finns, eller till ett patienthotell om allt gått bra, vilket inte fångas upp av statistiken. Systemet verkar enligt de barnmorskor vi varit i kontakt med fungera bra, men det finns en önskan om att patienthotellet ska bemannas. Eftervårdsenheterna bemannas i dagsläget endast på dagtid och på patienthotellet finns inga barnmorskor alls. Anledningen är att det inte finns tillräckligt många barnmorskor att rekrytera. Om

kvinnorna eller barnen behöver hjälp får de vända sig till sjukhusets BB-avdelning.

I Norrbotten har antalet förlossningsplatser minskat kraftigt de senaste två åren (från 29 platser 2014 till 20 platser 2016). Minskningen beror på att nio vårdplatser försvann när BB- och gynavdelningarna på Sunberby sjukhus slogs ihop 2014. Samma år öppnades ett patienthotell. Från och med våren 2017 har hotellet också drygt åtta BB-vårdplatser och är bemannat med barnmorskor på dagtid. På helger är hotellet stängt och nattetid finns ingen barnmorska på plats. Hotellet är uppskattat av patienterna men kan enligt Barnmorskeförbundet i Norrbotten leda till en ökad belastning på förlossningsavdelningen där mer vårdkrävande patienter placeras.

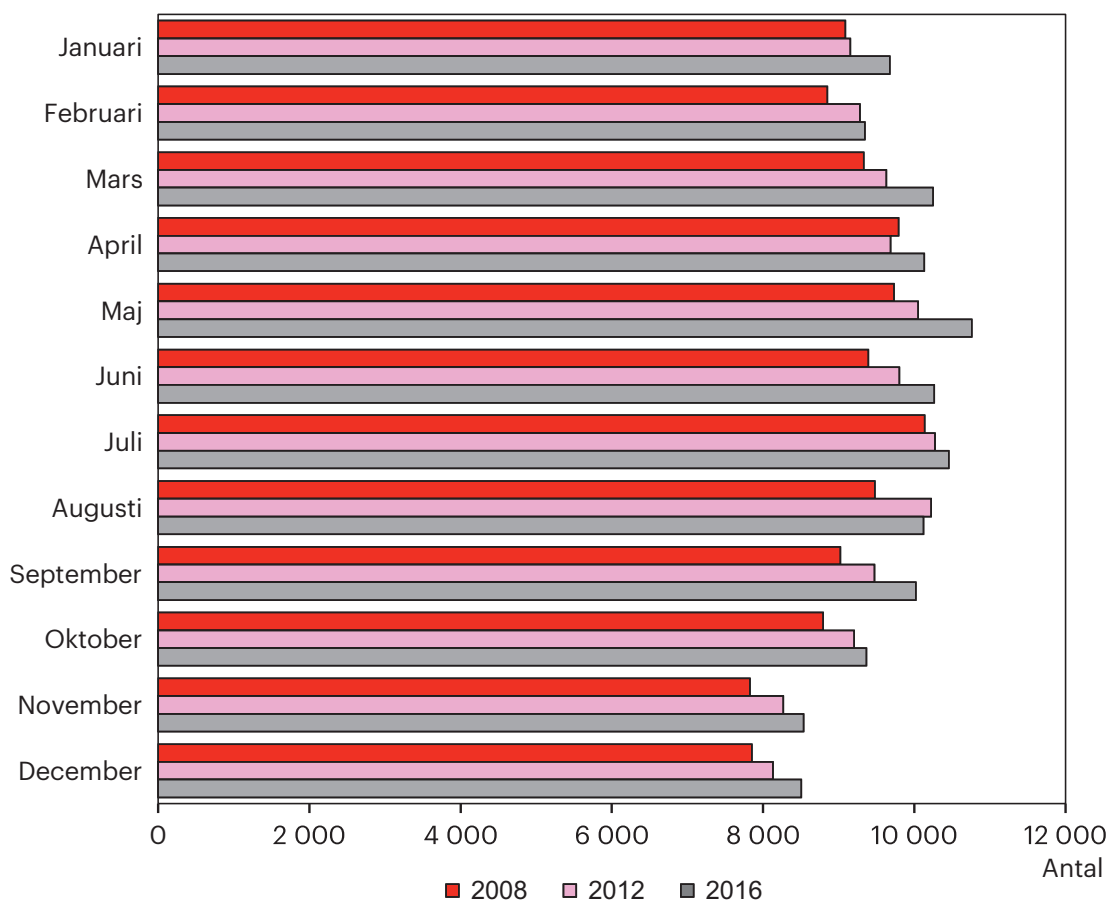
I Stockholm gick antalet förlossningar per plats ned 2012–2014 men har därefter börjat öka igen. Sannolikt kommer siffrorna att fortsätta öka på grund av att BB Sophia med kapacitet för 4 000 förlossningar om året avslutade sin verksamhet under våren 2016. Övriga enheter har byggt ut sina verksamheter för att kunna ta emot fler, men når ännu inte upp i motsvarande antal platser. För att bemöta platsbristen planerar landstinget att bygga ut S:t Görans sjukhus med en BB-avdelning. Projektet har försenats flera gånger på grund av överklaganden och tros vara i drift först år 2022. Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har i en rapport konstaterat att det finns en osäkerhet vad gäller den lokalmässiga kapaciteten framöver. De har också framhållit att ökad bemanning är en förutsättning för fler förlossningsplatser.

Sveriges Kvinnolobby anser att en prioriterad insats för landsting och sjukhus måste vara att säkerställa tillräckligt med förlossningsplatser året runt. Eftersom förlossningsvård är akutsjukvård går det aldrig att veta exakt hur många som kommer att föda samma dag. Därför behövs en överkapacitet för toppar, både vad gäller vårdplatser och personal.

Personalen täcker upp för säsongsvariationer

Bristen på både förlossningsplatser och barnmorskor är påtaglig i stora delar av landet och särskilt under sommaren då antalet förlossningar är cirka 30 procent fler. Under sommarmånaderna är det ofta svårt att få ihop en hållbar bemanning, och problemet förstärks av att allt fler barn föds under dessa månader (tabell 10).

TABELL 10: ANTAL FÖDDA EFTER MÅNAD OCH ÅR, RIKET



Källa: SCB:s statistikdatabas.

När det inte finns plats på den förlossningsklinik där kvinnan och hennes eventuella partner bett att få föda hänvisas de till ett annat sjukhus. Oftast sker hänvisningen inom samma landsting, men ibland till ett närliggande. Antalet hänvisningar till andra sjukhus än det förvalda har ökat från 1 461 under 2008, till 2 036 under 2016 (SVT). Problemet är som störst under sommarmånaderna och i storstadsregionerna. Sommaren 2017 blev var tionde kvinna i Stockholm och Skåne hänvisad till annat sjukhus än det förvalda, vilket är en markant ökning jämfört med tidigare år (SVT).

De stora säsongsvariationerna i antalet förlossningar ställer höga krav på flexibilitet inom förlossningsvården, vilket många landsting har svårt att leva upp till. Ofta är det personalen som får bära bördan genom att jobba extra pass eller sprida ut och skjuta upp sin semester. Det förekommer också att barnmorskor erbjuds extra betalt för att arbeta under sommaren.

Förlossningskliniker som lagts ned 2000–2017

Ort	År
Torsby	2000
Bollnäs	2000
Kiruna	2001
Kalix	2001
Piteå	2002
Lidköping	2003
Motala	2005
Ljungby	2007
Mora	2009
Stockholm	2016 (Södra BB och BB Sophia)
Sollefteå	2017
Mölnadal	2017

Källa: Lindström, 2017

Mer centraliserad förlossningsvård drabbar kvinnor utanför storstäder

I dagsläget finns totalt 45 förlossningskliniker i landet. Sedan år 2000 har tretton förlossningsenheter lagts ned. De allra flesta var placerade på landsbygden. Det händer också att sjukhus stänger ner sin förlossningsavdelning under delar av året. Orsaken är ofta bristande resurser eller personal. I vissa fall bedömer man att kompetensen på sjukhusen är viktigare än närheten för den som ska föda. Det är till exempel lättare att rekrytera läkare och sjuksköterskor med specialistkunskap till större orter. Att personalen genomför fler förlossningar innebär också en ökad kompetens i sig.

Att förlossningskliniker lagts ned innebär att många kvinnor tvingas resa långt för att föda. I sex svenska län kan kvinnor ha uppemot 30 mil till närmsta förlossningsklinik (Dalarna, Jämtland, Norrbotten, Värmland, Västerbotten och Västernorrland). Dessa sex län täcker två tredjedelar av Sveriges yta.

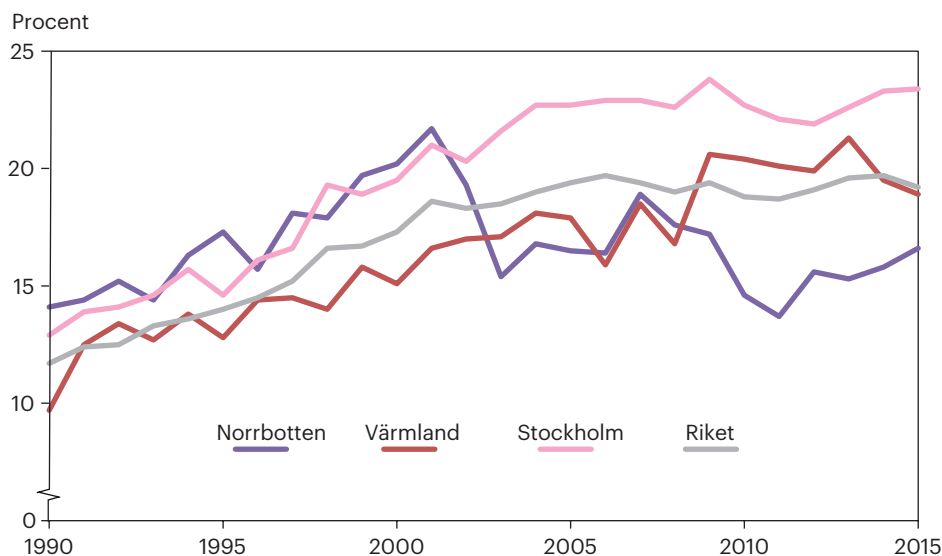
De senaste åren har flera fall uppmärksammats där kvinnor tvingats föda på väg till sjukhus, men statistik över detta saknas i Sverige. Även om få förlossningar sker i transporter är risken för allvarliga skador betydligt större och det förekommer att barn inte överlever (Ovaskainen et. al., 2015). Förutom medicinska risker skapar det en känsla av otrygghet hos blivande föräldrar. För att öka tryggheten och minska riskerna anser Sveriges Kvinnolobby att kvinnor som bor långt från en förlossningsklinik ska erbjudas plats på ett patienthotell i närheten när förlossningen närmar sig. Kvinnor som inte själva kan ta sig till sjukhus ska alltid få lämplig och säker transport.

Stora skillnader i förlossningsätt och rutiner

Kejsarsnitt, inducerade förlossningar och förlossningsrädsla

På nationell nivå har andelen födslar genom kejsarsnitt ökat över tid och idag utgör de ungefär 19 procent av alla förlossningar bland förstfödorskor. De flesta kejsarsnitten är akuta (11,5 %), men ökningen gäller både akuta och planerade snitt. Variationerna mellan olika landsting och kliniker är stora även här. Av de landsting vi granskat ligger Stockholm högst på cirka 23,5 procent, vilket också är högst i hela landet, medan Värmland ligger på drygt 19 och Norrbotten runt 16,5 procent (Socialstyrelsen).

DIAGRAM 11: ANDEL AV FÖRLOSSNINGAR SOM ÄR KEJSARSNITT (AKUTA OCH PLANERADE), FÖRSTFÖDERSKOR, RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 1990–2015



Källor diagram 11: Socialstyrelsens statistikdatabas.

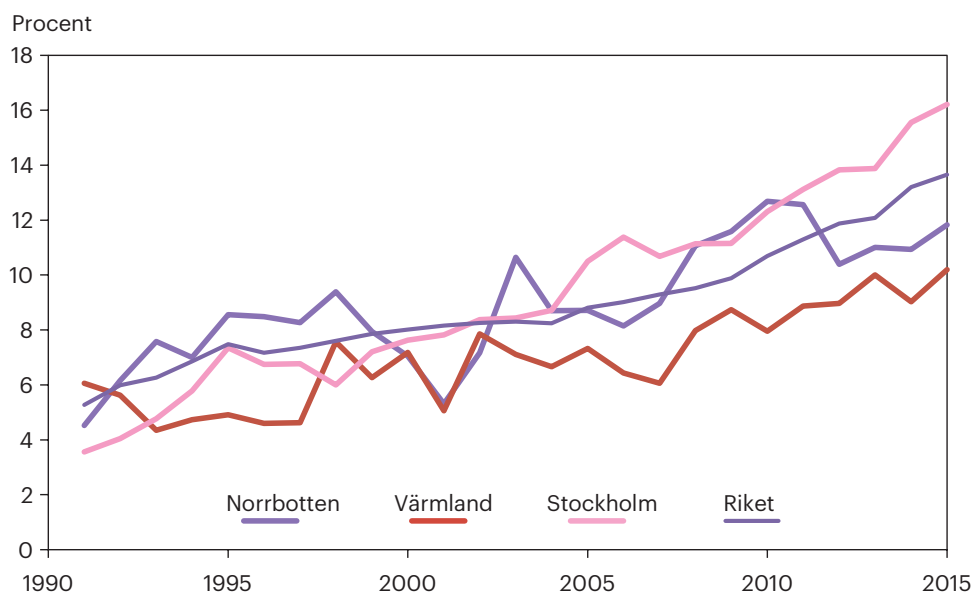
Ökningen i antalet snitt tros bland annat bero på att kvinnor som föder barn är äldre, har högre BMI och att majoriteten av flerbarnsförlossningarna och förlossningarna där barnet ligger i säte nu sker med kejsarsnitt. Att de planerade snitten ökar kan också bero på att allt fler gravida kvinnor känner oro inför sin förlossning, till exempel för att inte få plats eller för att drabbas av komplikationer. Att andelen planerade kejsarsnitt är högst i Stockholm där förlossningsvården är hårt pressad tyder på detta (9 % för förstfödorskor och 15 % för omfödorskor). Forskning har även visat att utlandsfödda kvinnor oftare lider av förlossningsrädsla, en grupp som också har en högre andel kejsarsnitt (Ternström et. al., 2015). Rädsla inför förlossningen kan också uppstå till följd av en tidigare svår förlossningsupplevelse. Att Norrbotten har en lägre andel kejsarsnitt beror på att man under flera år arbetat aktivt med utbildning, förändrade rutiner och uppföljning.

Kejsarsnittsfrekvensen ska inte ses som ett kvalitetsmått för förlossningsvården, men tendensen att fler vill genomföra planerade kejsarsnitt är oroande. Jämfört med en vaginal förlossning är ett kejsarsnitt förenat med större risker, bland annat för infektioner och blodproppar. Det kan också leda till komplikationer vid kommande vaginala förlossningar, exempelvis kan livmodern spricka i äret. För barnet innebär det ökad risk för till exempel andningssvårigheter, astma och diabetes.

De stora variationerna mellan landsting och sjukhus tyder på att det finns god potential att påverka utvecklingen. Flera landsting har med goda resultat arbetat för att minska de kejsarsnitt som går att undvika, bland annat genom kontinuerligt stöd under förlossning. Det är viktigt att fler ser över kejsarsnittsfrekvensen så att snitt kan undvikas i de fall det går. Spontan vaginal förlossning är förknippat med bäst förväntat hälsoutfall och med lägst resursutnyttjande. Målet bör vara att endast genomföra kejsarsnitt som inte kan undvikas, vilket bland andra WHO rekommenderar. Ökad bemanning och fler förlossningsplatser leder också till att kvinnor känner sig tryggare inför sina förlossningar, vilket kan minska antalet planerade kejsarsnitt.

De instrumentella förlossningarna, som görs med sugklocka eller förlossningstång, har minskat de senaste åren. Det beror i första hand på ökad information och kunskap om riskerna för skador för både kvinnan och barnet. Instrumentella förlossningar är också ofta en traumatisk upplevelse för föräldrarna som man helst vill undvika.

DIAGRAM 12: ANDEL AV FÖRLOSSNINGAR SOM ÄR INDUCERAD START, FÖRSTFÖDERSKOR, RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 1991-2015



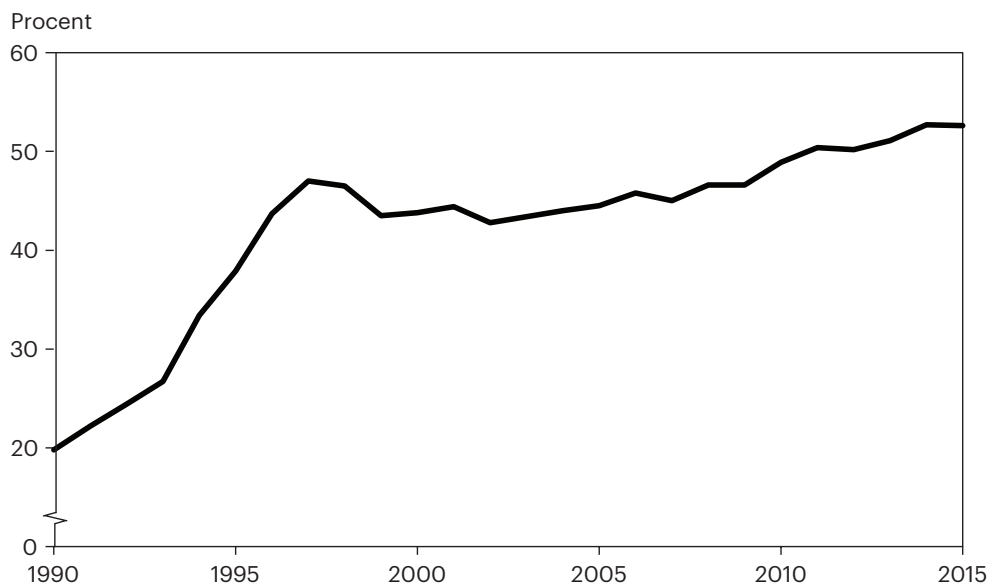
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

De inducerade förlossningarna, där förlossningen »sätts igång«, har ökat kraftigt sedan 90-talet. Även här ligger Stockholm högst och har den kraftigaste ökningen över tid. Orsakerna till induktion är i de flesta fall medicinska och beror till exempel på att kvinnan gått över tiden, havandeskapsförgiftning, diabetes eller tillväxthämning hos fostret. Men en förlossning kan också induceras på grund förlossningsrädsla. Med induktion går det att planera tidpunkten för förlossningen, vilket kan ge en känsla av trygghet och på så sätt minska rädslan för smärta, för att tappa kontrollen eller för att inte bli sedd. Huruvida det ökande antalet inducerade förlossningar är ett uttryck för att kvinnor inte får tillräcklig förberedelse inför och stöd under förlossningar behöver ses över.

Kvinnor som har förlossningsrädsla, vilket många gravida har, har rätt att få hjälp och stöd, exempelvis genom extra samtal med barnmorska eller hjälp från psykiater. Vilket stöd som ges och informationen om detta varierar påtagligt runtom i landet och påverkas också av socioekonomiska faktorer.

Sveriges Kvinnolobby anser att förekomst och behandling av förlossningsrädsla behöver utvärderas och nationella riktlinjer tas fram. Man bör också utreda om det finns ett samband mellan oro och rädsla, och intresset för hemförlossning. Idag finansierar två svenska landsting, Västerbotten och Stockholm, assisterade hemförlossningar enligt vissa kriterier för kvinnor som bedöms ha låg risk för komplikationer. I övriga landsting får kvinnan/familjen själva stå för kostnaden. Gruppen som väljer planerad hemförlossning är liten men har vuxit något de senaste åren. I Stockholm ökade antalet ansökningar från 59 stycken 2015 till 81 under 2016. Av det totala antalet förlossningar i länet utgör det mindre än 0,3 procent (0,2 procent 2015). Sveriges Kvinnolobby anser att man bör följa utvecklingen och undersöka om ökningen kan bero på att fler kvinnor känner oro och rädsla inför sin förlossning, till exempel för att inte få plats på den klinik de önskar eller för att inte få det stöd de behöver. Grundläggande för att säkerställa kvinnors trygg- och säkerhet är att det finns tillräckligt många barnmorskor och förlossningsplatser.

DIAGRAM 13: ANDEL SOM FÅR RYGGBEDÖVNING (EPIDURAL), FÖRSTFÖDERSKOR, RIKET, 1990–2015



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Ryggbedövning

Ryggbedövning, så kallad epiduralanestesi (EDA), är den näst vanligaste farmakologiska smärtlindringen i Sverige efter lustgas. Bedövningen ges av narkosläkare och blockerar de nerver som förmedlar smärta från livmodern och bäckenbotten. Kvinnans medvetande påverkas inte vilket gör att hon kan behålla kontrollen över förlossningen.

Skillnaderna i användning av ryggbedövning i landet är stora och sträcker sig från cirka 37 till 63 procent. Det generella mönstret är att användandet ökat över tid. Det kan bero på att antalet komplicerade förlossningar med stora barn blivit fler, men också på trender och skillnader mellan sjukhus vad gäller vådrutiner, policys och attityder, liksom tillgången på narkosläkare. Även arbetsbelastning kan spela in. När belastningen är stor och barnmorskor tvingas ta hand om flera kvinnor samtidigt kan det underlätta med effektiv smärtlindring eftersom barnmorskan då inte har lika stor möjlighet att ge kvinnan annat stöd (Socialstyrelsen, 2016).

I hela riket får ungefär hälften av förstföderskorna ryggbedövning. Det har samtidigt blivit vanligare att man blandar bedövningsmedel med morfinpreparat, vilket gör att kvinnan inte blir lika bedövad i benen och kan vara uppe och gå. Av de landsting vi granskat har Stockholm och Norrbotten högst andel kvinnor som får epidural, bägge runt 63 procent (2015). I Norrbotten har andelen ökat med mer än 30 procentenheter de senaste 15 åren (31 % år 2002). Enligt både Barnmorskeförbundet och landstinget i Norrbotten kan ökningen vara ett tecken på att det inte finns tillräcklig tid att stötta föderskan på annat sätt. Att barnmorskor är tvungna att ta hand om flera födande samtidigt innebär minskad närvaro

i förlossningsrummen. Förändringar i normer och att kvinnor själva efterfrågar epidural i högre utsträckning kan också spela in. För Värmland har andelen legat mer stabilt över tid och låg år 2015 på cirka 44 procent (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Det finns inga nationella riktlinjer för smärtlindring eller för vad en optimal nivå för användning av epidural bör vara, det är upp till varje förlossningsklinik och avgörs från fall till fall. Det finns ingen forskning som tydligt visar om ryggbedövning ger en bättre förlossningsupplevelse eller inte. Klart är dock att de stora skillnaderna mellan landsting och kliniker behöver analyseras och följas upp, och att vissa landsting kan behöva se över sin praxis.

Allt för många får förlossningsskador och komplikationer

Ett annat sätt att få en indikation av läget inom förlossningsvården är att titta på hur olika typer av skador och komplikationer i samband med förlossning varierar över tid och regionalt. Nästan varannan kvinna som fött vaginalt får någon form av förlossningsskada, till exempel urininkontinens, framfallsbesvär, avföringsläckage eller problem med sexlivet. Enligt kartläggningar går utvecklingen i vissa avseenden åt fel håll (SKL, 2016; Socialstyrelsen, 2017). Exempelvis ökar andelen nyförlösta mammor som måste återinskrivas akut, andelen förlossningsskador och andelen barn med dåliga apgar-poäng (en poängskala som visar hur barnet mår efter förlossningen). Socialstyrelsen beskriver förändringarna som förhållandevis små, men oroväckande.

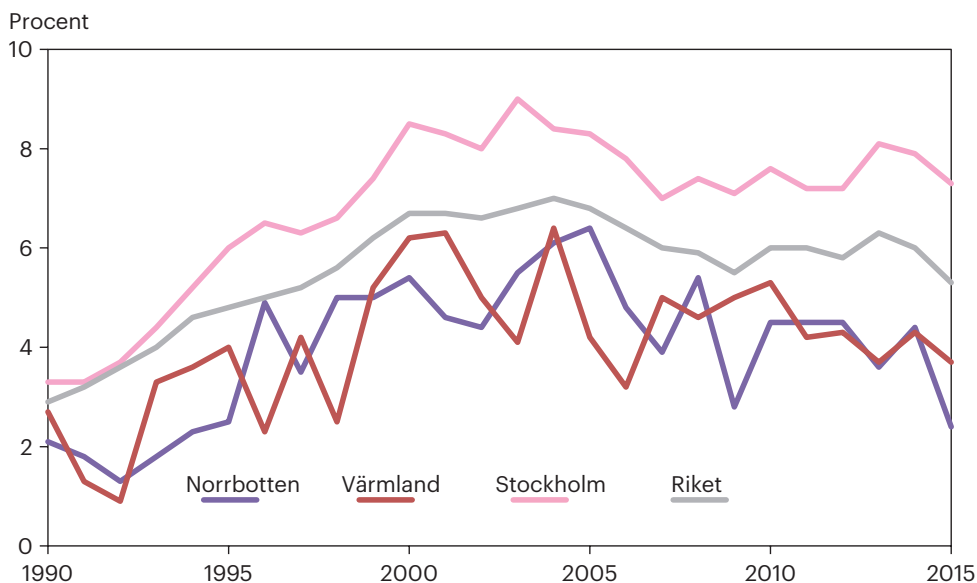
Inom detta område finns en hel del statistik att tillgå, men det saknas till stor del utvärderingar av vad som påverkar komplikationer och hur de kan förebyggas. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering saknas ofta kunskap om behandling av förlossningsskador, och de metoder och behandlingar som finns har inte utvärderats på ett tillförlitligt sätt (SBU, 2016).

Bristningar

En vanlig förlossningsskada är bristningar i underlivet och bäckenbotten. Dessa delas in i fyra grader. Första och andra gradens bristningar omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och klassas ofta som lindriga. Ungefär 80 procent av förstfödorskor får ytliga bristningar (Socialstyrelsen).

Tredje gradens bristning omfattar också hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning även tarmslemshinnan. 2 000–2 500 förstfödorskor drabbas varje år av allvarigare former av bristningar (grad 3–4) och 4–8 procent av förstfödorskor får bristningar i ändtarmens ringmuskel, så kallade sfinkterrupturer (Vården i siffror, 2017). Oftast läker skadorna och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte upptäcks och behandlas på rätt sätt kan dock leda till långvarigt lidande och besvär som underlivssmärter och avföringsinkontinens.

DIAGRAM 14: ALLVARLIGA BRISTNINGAR VID FÖRLOSSNING (GRAD 3-4) FÖRSTFÖDERSKOR, RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 1990-2015



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Bristningarna har minskat något de senaste tio åren, men antalet och graden av dessa varierar kraftigt mellan olika landsting och sjukhus och från år till år. Förlossningsskador och bristningar är ett område där de flesta landsting rapporterar att de behöver öka kompetensen genom utbildningar (SKL, 2017).

I diagram 14 syns utvecklingen vad gäller allvarliga bristningar (grad 3-4) för förstföderskor i de landsting vi granskat och för riket. 2015 drabbades 7,3 procent av förstföderskorna i Stockholm av allvarliga bristningar jämfört med 2,4 procent i Norrbotten och 3,7 procent i Värmland. För riket är siffran 5,3 procent.

Att Stockholm ligger högt i förhållande till övriga landet kan ha flera förklaringar. Kända riskfaktorer är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning och hög belastning på förlossningskliniker kan också påverka (Socialstyrelsen, 2016). Det pressade läget kan till exempel göra att man påskyndar förlossningar med värkstimulerande läkemedel, vilket kan orsaka fler förlossningsskador.

De stora variationerna beror också på att kriterier för hur man fastställer graden av förlossningsskada varierar, och på skillnader i rutiner. Det finns i dag varken nationella rekommendationer för diagnostik eller riktlinjer för hur uppföljning och eftervård ska bedrivas. Forskningen på detta område är eftersatt och underfinansierad, liksom i stort när det gäller graviditet, förlossning och kvinnors hälsa.

Samtidigt kan utbildningsinsatser för personal göra stor skillnad. Till exempel kan dolda bristningar i ändtarmens ringmuskel upptäckas i tid om en ultraljudsundersökning görs direkt efter förlossning. Om en

bristning sys kort efter förlossningen minskar också risken för framtida komplikationer. Efter att vårdpersonal har undervisats i att förlösa långsamt och att hålla emot vid förlossningen har man funnit färre skador på ändtarmens ringmuskel (SBU, 2016). På grund av tidspress och bristande kunskap och resurser är detta inte alltid implementerat i verksamheten. Även uppföljningen och eftervården skiljer sig i olika delar av landet.

Enligt SKL:s kartläggningar anser de flesta landsting att man behöver öka kompetensnivån kring bristningar. Det handlar inte bara om att förebygga, utan även att upptäcka, åtgärda och förbättra omhändertagandet av patienten på förlossningen och efter hemgång när en skada har inträffat. Alla tre landsting vi granskat har använt medel från satsningen till att öka kompetensen på området. Enligt Norrbotten har ett förändrat arbetssätt under de senaste åren med utbildning, kontinuerlig träning och planering av verksamheten gett resultat. I Värmland pågår ett aktivt arbete med utbildningar, och i Stockholm satsar man under 2017 på att bli duktigare på att upptäcka, sy och följa upp bristningar.

Det är bra att det finns en medvetenhet om problemet och att arbete pågår i många landsting, men Sveriges Kvinnolobbys granskning visar att behovet av enhetliga riktlinjer är stort. Skillnaderna i bristningar i olika delar av landet är orimligt stora och innebär att vården inte är jämlik för alla kvinnor. Det görs ingen uppföljning av de stora skillnaderna i utfall och bemötande eller varför vissa landsting presterar betydligt bättre eller sämre än andra. Detta gör att det är svårt att veta vilka insatser som fungerar bra respektive dåligt vilket i sin tur hindrar förbättring. Sveriges Kvinnolobby anser att skillnaderna bör utredas och enhetliga riktlinjer för dokumentation och behandling behöver tas fram. En förutsättning för att det ska gå att frigöra tid till förebyggande och uppföljande arbete är mer personal och resurser. Det möjliggör också för personalen att ge födande kvinnor bättre stöd vilket i sig motverkar onödiga komplikationer.

Depression

Varje år drabbas 8–15 procent, eller cirka 10 000 nyblivna mödrar, av depression under eller efter förlossning. Det kan till exempel bero på tidigare ohälsa, bristande stöd från partner, ekonomiska problem eller andra stressande livshändelser och olika graviditetskomplikationer. Kvinnor som upplever sig isolerade på grund av annan kulturell bakgrund löper också större risk att hamna depression efter förlossning (SBU, 2016).

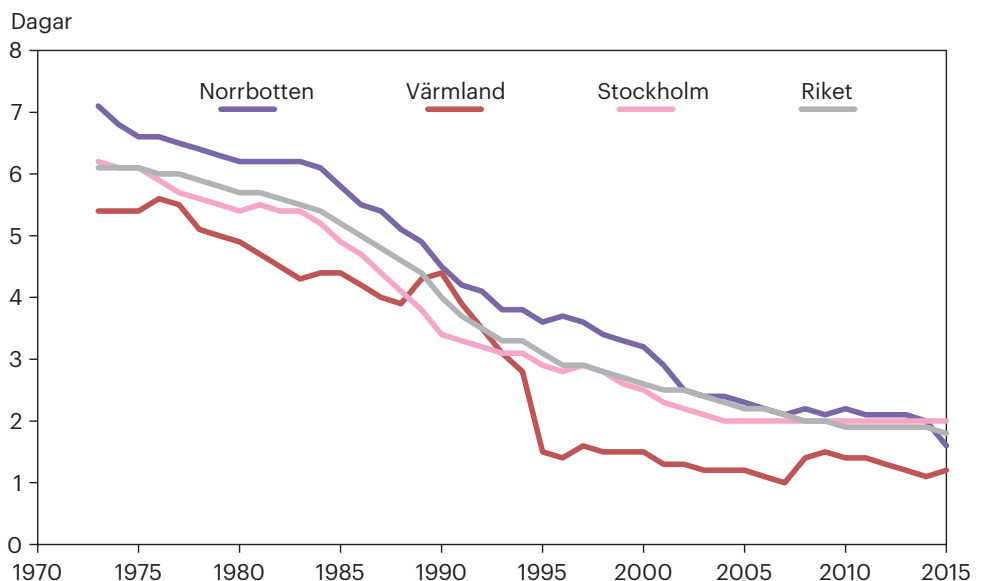
Enligt SBU kan antalet som drabbas av depression minska drastiskt med hjälp av psykosocial- eller psykologisk terapi i slutet av graviditeten eller kort efter förlossningen. Detta hjälper kvinnan och kan också minska riskerna för negativ påverkan på barnet.

Trots att terapi visat sig effektiv saknar ungefär två tredjedelar av sjukhusen skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa

hos kvinnor efter förlossning. Det finns till exempel stora variationer i hur många kvinnor som behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten eller som får stödåtgärder vid förlossningsrädsla. Vart femte sjukhus ger ingen information alls till kvinnor om var de ska vända sig om de upplever symptom på depression (Socialstyrelsen, 2017).

De allt kortare vårdtiderna vid förlossningar försvårar arbetet med att identifiera kvinnor som drabbats eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Detta ställer höga krav på mödra- och barnhälsovården att fånga upp kvinnorna. Sveriges Kvinnolobby ser ett stort behov av ökad kunskap om förlossningsdepression och hur den kan förebyggas och behandlas. Mödravården bör få utökade resurser för att arbeta med detta i hela landet. Kvinnor med annan kulturell bakgrund än svensk är en särskild riskgrupp som måste prioriteras.

DIAGRAM 15: MEDELVÅRDTID VID VAGINAL FÖRLOSSNING, RIKET OCH UTVALDA LANDSTING, 1973–2015



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas. Diagrammet visar antalet vård dagar i medel vid vaginal förlossning från barnets födelse till dess att kvinnan skrivs ut från sjukvården.

Allt kortare tid på BB ställer höga krav på eftervård

Hur länge mammor och barn får stanna på sjukhus efter att barnet är fött har minskat kraftigt de senaste decennierna och Sverige har nu den kortaste snitttiden inom EU (OECD, 2015). 2015 låg medelvårdtiden på 1,8 dygn efter vaginal förlossning och 3 dygn efter kejsarsnitt. I mitten av 70-talet var medelvårdtiden ungefär 6 dygn vid vaginal förlossning och 9 vid kejsarsnitt.

Även i våra utvalda landsting syns en tydlig minskning över tid för Stockholm som 2015 låg på 2 dygn och Norrbotten som låg på 1,6 dygn.

Faktorer som avstånd till sjukhus, uppföljning i hemmet, patienthotell eller annan eftervård påverkar vårddiderna. Skillnaderna beror sannolikt också på variationer i resurstillgång och olika vårdtraditioner (Socialstyrelsen, 2017).

Att Värmland länge haft en lägre medelvårdtid (1,2 dygn år 2015) kan bero på att kvinnor och deras familjer där flyttas till ett patienthotell efter förlossningen om de inte är i behov av eftervård. Enligt Landstinget i Värmland stannar mammorna ytterligare en tid på patienthotellet.

Även Norrbotten har ett patienthotell dit familjen flyttas om förlossningen gått bra utifrån givna kriterier. Sedan våren 2017 har hotellet även BB-vårdplatser och är bemannat med barnmorskor på dagtid. Det är också dit familjen återvänder för uppföljande undersökningar och provtagningar efter tidig hemgång.

I vissa delar av Stockholms landsting finns koncept med hemma-BB där personal genomför eftervård via öppenvård och hembesök, och i anslutning till vissa sjukhus finns även patienthotell. Detta innebär enligt landstinget större valfrihet för kvinnor, att BB-kapacitet frigörs samt effektivare och mindre kostsam vård.

Att vårddiden minskar måste inte vara ett problem i sig, men i kombination med hög arbetsbelastning kan det leda till att kvinnor inte får tillräckligt med stöd och uppföljning. Tidig hemgång ställer höga krav på bra system för eftervård, vilken idag är bristfällig.

Enligt Socialstyrelsen söker 12 procent av nyförlösta kvinnor i Stockholm vård vid en akutmottagning inom ett par veckor tiden efter förlossningen, bland annat på grund av blödningar eller bröstkomplikationer. Det är också vanligt att söka stöd för amning, men trots att var fjärde ammande kvinna får problem som kan medföra smärta eller infektion har inte alla landsting amningsmottagningar (Socialstyrelsen, 2017). Av de landsting vi granskat har Stockholm särskilda mottagningar, men inte Värmland och Norrbotten.

Att de akuta återinskrivningarna ökar kan vara en indikation på att mödrar skrivs ut innan de är fysiskt och mentalt redo för hemgång eller att uppföljningen brister. Enkät svar från vårdgivare visar att de kortare vårddiderna gör att man inte alltid hinner upptäcka amningsproblem eller symptom på psykisk ohälsa (SKL). Forskning visar att återbesöken är vanligare för kvinnor som inte fått någon rutinkontroll efter förlossning, och att de akuta besöken skulle kunna förebyggas genom tidig och kvalificerad uppföljning via mödravården (Vikström et al. 2017).

Skillnaderna mellan landstingen är stora både vad gäller vårddider och återinskrivningar. Det finns också stora variationer och brister i vården av kvinnor efter förlossning. Trots att allt fler kvinnor drabbas av nedsatt hälsotillstånd upp till ett år efter förlossning är det bara var tredje sjukhus som alltid följer upp kvinnors hälsa efter hemgång, och det dröjer cirka 6–12 veckor innan mödrahälsovården gör någon uppföljning. Det är också otydligt var kvinnor som upplever problem ska vända sig (Socialstyrelsen, 2017).

Sveriges Kvinnollobbys granskning tyder på att det höga trycket på förlossningsavdelningarna, bristen på barnmorskor och det minskade antalet vårdplatser påverkar den sjunkande medelvårdtiden. Att föda barn är krävande, både fysiskt och psykiskt. Landstingen och klinikerna måste säkerställa att alla nyblivna mammor får den tid för återhämtning och det stöd de behöver efter förlossning.

Vissa former av ohälsa och problem, till exempel diabetes och depression, visar sig över tid och kan inte åtgärdas direkt på sjukhuset. Det är därför viktigt att eftervården och stöd- och vårdformer efter hemgång från sjukhus byggs ut och utvecklas. Sveriges Kvinnolobby anser att alla kvinnor bör kallas till efterkontroll inom två veckor efter förlossning, och därefter regelbundet efter behov. Mödrahälsovården bör få ett utökat stöd för att säkerställa detta, och även för att bättre kunna förbereda och stötta inför förlossning. Det är också viktigt att vårdkedjan mellan förlossnings- och mödravård stärks och samordnas för att säkerställa kontinuitet i vården.

Olika grupper av kvinnor får olika vård

Inom ramarna för de pågående budgetsatsningarna pågår olika insatser riktade till riskgrupper, bland annat kartläggs socioekonomiska faktorer betydelse för förlossningsvård och eftervård. I en rapport som Socialstyrelsen tagit fram framgår att graviditets- och förlossningsvården uppvisar ett sämre resultat för unga och lågutbildade kvinnor, samt kvinnor med utomeuropeiskt ursprung. Dessa kvinnor löper högre risk att drabbas av komplikationer och får mindre stöd och information.

Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara är en liten men särskilt utsatt riskgrupp. De drabbas oftare av bristningar, har mer problem med övervikt och deras barn är oftare dödfödda eller dör under den första levnadsveckan. Risken för perinatal död eller för tidig födsel är också större för barn till asylsökande kvinnor.

I flera landsting pågår arbete för att bemöta detta. Exempelvis tillhandahåller vissa landsting stödpersoner (s.k. kulturdoulor) eller förlossningstolkar för kvinnor som inte talar svenska eftersom det visat sig minska risken för komplikationer. Både Stockholm och Värmland har genomfört sådana projekt men i liten skala. Även i Norrbotten ser man ett behov och har börjat titta på möjligheten att ta in doulor. Det finns också särskilda projekt riktade mot gravida kvinnor som utsatts för könsstympning då dessa lider av större komplikationer vid och efter förlossning. I Stockholms landsting har man genomfört ett mindre projekt i Botkyrka för att förbättra kunskapen och behandlingen för kvinnor som är könsstympade, men också för att nå ut med information om att könsstympning är förbjudet i Sverige.

Kunskap om och satsningar riktade till riskgrupper varierar kraftigt i olika landsting. Många projekt är tillfälliga och inte integrerade i den ordinarie verksamheten. Under de senaste 30 åren har andelen mödrar födda utanför Sverige ökat från drygt 10 till 27 procent, och en fortsatt

ökning väntas (SKL, 2016). För att säkerställa att alla gravida och födande kvinnor får samma stöd och trygghet anser Sveriges Kvinnolobby att vårdens arbetssätt behöver förbättras och systematiseras. Det behövs mer informationsmaterial på olika språk och kompetenshöjande insatser för personal om kulturella skillnader. Arbete som visat goda resultat, exempelvis kulturdoulor och förlossningstolkar, behöver erbjudas på lika villkor i alla landsting.

Doulor och stödpersoner kan vara viktiga för kvinnor som har behov av extra stöd till exempel på grund av kulturella eller språkliga skillnader, att de är ensamstående eller har funktionsnedsättningar. Det finns också förslag om att satsa på doulor för att minska oro och förlossningsrädsla bland kvinnor generellt. Detta är en relativt ny företeelse inom svensk förlossningsvård som funnits längre i länder som inte har samma tradition av utbildade barnmorskor. Sveriges Kvinnolobby anser att stödpersoner kan vara en bra extra resurs, men aldrig får ersätta en bristande barnmorskebemanning. Målet måste vara att säkerställa en grundbemanning av barnmorskor som gör att alla födande kvinnor kan få det stöd och den trygghet de har rätt till.

För att flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning ska få bästa möjliga vård behövs ökad kunskap och samordning inom hela hälso- och sjukvården. De klassificeringskoder som finns för könsstympning verkar inte användas i tillräcklig utsträckning och könsstympning ingår inte i de journaluppgifter som rapporteras till Medicinska födelseregistret. Detta behöver ses över så att vården kan utvärderas och förbättras. Arbete behövs också för att förebygga och förhindra att fler utsätts för detta brott. Eftersom mödra- och förlossningsvården möter den största andelen av dessa kvinnor bär de ett särskilt ansvar. Särskilda resurser behöver avsättas så att all personal kan utbildas. Kunskap om kvinnlig könsstympning, liksom bemötande och behandling av utsatta kvinnor, bör även ingå i alla grundutbildningar och berörda specialistutbildningar.

Även äldre och överviktiga kvinnor lyfts fram som riskgrupper för komplikationer. Övervikt (BMI över 25) och fetma (BMI över 30) ökar bland befolkningen i stort och så även bland gravida. De senaste 20 åren har antalet gravida som är överviktiga vid inskrivningen hos mödravården ökat från cirka 25 till 40 procent. Detta innebär ökade risker för både mamman och barnet under graviditet och förlossning. Bland annat ökar risken för diabetes, högt blodtryck, havandeskapsförgiftning och blodpropp (SKL, 2016).

I SKL:s kartläggningar framkommer att många landsting vill se mer insatser på området och mer information till kvinnor om vikt, matvanor och motion. 16 av 21 landsting redovisar att de använt tidigare satsningar för att bland annat utbilda kvinnor om hälsosam kost, erbjuda fysiska aktiviteter, eller projekt riktade mot hälsosamma levnadsvanor (SKL). Det är förstås bra att gravida får information om förbättrad hälsa, men det är viktigt att ansvaret inte enbart läggs på kvinnor. De flesta som skaffar barn lever i ett parförhållande eller en familj där man sannolikt har liknande livsstil och kosthållning. För att förändra levnadsvanor och

minska risken för övervikt måste informationen riktas till alla blivande föräldrar. Annars är risken att kvinnor skuldbeläggs och hålls ansvariga för problem som egentligen är strukturella.

Detta gäller även frågan om stigande ålder bland föderskor. Medelåldern hos alla kvinnor som föder barn är drygt 30 år, och mer än var femte födande kvinna är idag över 35 år. Även detta framhålls som bidragande till ökande komplikationer och risker för bland annat missfall, för tidig födsel, havandeskapsförgiftning och dödföddhet (SKL, 2016). Flera landsting ser behov av mer information om riskerna med att skaffa barn senare i livet. Sveriges Kvinnolobby anser att även denna information måste riktas till både kvinnor och män. Par tenderar att vara i liknande ålder när de skaffar barn, oftast är mannen till och med äldre. Detta behöver man ta hänsyn till i informationsatsningar.

Vårdval förlossning

Den 1 januari 2009 införde den borgerliga alliansen vårdval för förlossningsverksamhet i Stockholms läns landsting. Sedan dess kan vårdgivare som vill bedriva förlossningsverksamhet fritt etablera sig, så länge de godkänns av hälso- och sjukvårdsnämnden. Samma krav gäller för såväl privat som landstingsdriven verksamhet.

Syftet med införandet av vårdvalet var att öka tillgängligheten och kvaliteten genom ökad konkurrens och en större mångfald av vårdgivare. Förhoppningen var att födande kvinnor skulle få fler alternativ att välja på. Möjligheten att välja förlossningsklinik har dock funnits sedan 1992.

2016 infördes en planerad maximal kapacitetsnivå för varje förlossningsenhet som innebär att om den valda förlossningsenheten redan uppnått maximal kapacitet under aktuell vecka får föräldrarna välja en annan enhet. Enligt Stockholms läns landsting förväntas detta leda till en jämnare fördelning av förlossningar mellan enheterna, förbättrade förutsättningar för att planera verksamheten och ett minskat behov av hänvisningar.

Forskare från Karolinska institutet som utvärderat effekterna av *Vårdval förlossning* har sett att var femte kvinna i Stockholms län inte fick föda på den klinik hon valt. På grund av den otillräckliga förlossningskapaciteten i länet råder det i praktiken mindre valfrihet och tillgänglighet än innan vårdvalet infördes. Enligt dem har vårdvalet också lett till att klinikerna konkurrerar om personal, vilket förvärrar planeringen av verksamheterna (Mazzocato et. al., 2017). Även Landstingsrevisorerna i Stockholm har kritiserat att vårdvalet lett till ökad personalrörlighet som orsakat kompetensförluster och stress bland medarbetarna. Den främsta orsaken till personalomsättningen anses vara omflyttningar i samband med etableringen av BB Sophia 2014 och nedläggningen två år senare. Även Södra BB som stängdes 2016 kan ha orsakat omflyttning av personal.

Landstingsrevisorerna menar också att den nuvarande konstruktionen av vårdvalet orsakar brister i samverkan mellan förlossningsvård

och mödravård. Idag omfattas dessa av två olika vårdvalssystem och två olika ersättningsmodeller. Enligt avtal upphör förlossningsvårdens ansvar efter sju dagar, men det finns inga krav på hur och när mödrahälsovården ska ta kontakt med kvinnan efter förlossning. I praktiken kan det dröja 6–8 veckor innan uppföljande besök erbjuds. Att patienten kan välja olika ställen för vård under graviditet, förlossning och eftervård skapar ett glapp i vården och kan leda till att ingen känner sig ansvarig. Det gör att kvinnor inte får bästa möjliga stöd och uppföljning vid komplikationer. Att uppnå kontinuitet i vårdkedjan ställer höga krav på samverkan mellan de olika vårdvalsaktörerna, vilken idag brister (Lands- tingsrevisorerna, 2017). Även Kommissionen för jämlik hälsa skriver i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47) att vårdvalet inneburit att vårdkedjan har försvagats och samverkan försvårats.

Ersättning inom *Vårdval förlossning* utgår per förlossning och beroende på förlossningsmetod, svårighetsgrad och komplikationer. Detta innebär att om antalet förlossningar ökar på en enhet ska motsvarande ökad ersättning utgå. Syftet är att förlossningsenheterna ska kunna öka bemanningen om antalet förlossningar ökar. De låga ersättningarna har lyfts fram som en orsak till den ansträngda situationen i Stockholm. På grund av dessa anses klinikerna inte ha råd att anställa fler barnmorskor, trots att behovet är stort.

I augusti 2017 meddelade den moderatledda alliansen i landstinget att de förstärker förlossningsvården med 120 miljoner kronor under 2018 för att ersättningen till förlossningsklinikerna ska kunna höjas i två steg. Avsikten är att möjliggöra en ökad grundbemanning under hela året (Hälso- och sjukvårdsnämnden SLL, 2017). Detta välkomnas av kliniker och professionen. Det finns dock inga krav på att just barnmorskor ska anställas. Medel kan också användas för att anställa annan personal, till exempel läkare och undersköterskor.

Sveriges Kvinnolobby anser att *Vårdval förlossning* inte bör få fortsätta i sin nuvarande form. Vårdvalet har inte lett till ökad valfrihet för födande kvinnor. Istället bidrar det till att förstärka intrycket av att vården är bättre på vissa ställen, samtidigt som det inger en falsk uppfattning av att kunna välja. Att det idag i själva verket finns färre enheter att välja på och minskad kontinuitet i vårdkedjan har skapat en osäkerhet bland både medarbetare och födande kvinnor. Att bygga hälso- och sjukvård på detta sätt är inte hållbart och har gjort att det blivit svårare att planera förlossningsvården långsiktigt.

Reflektioner och förslag

Pengar måste styras och följas upp

Samtliga landsting uppger i sina rapporteringar till SKL och regeringen att bemanning inom förlossningsvården är en stor utmaning, framförallt vad gäller barnmorskor, undersköterskor och/eller administrativ personal. Landstingen anger att de har svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs för att kunna ge en god och säker förlossningsvård.

Det är mot denna bakgrund regeringen i budgetpropositionen för 2018 föreslår att ytterligare 1 miljard per år ska tillföras de pågående satsningarna på förlossningsvård och kvinnors hälsa. I överenskommelserna mellan regeringen och SKL, liksom i budgetpropositionen för 2018, uttrycks tydligt att de medel som avsätts till förlossningsvården och kvinnors hälsa i första hand ska gå till att stärka bemanning och kompetensförsörjning. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ökad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet men också en bättre arbetsmiljö för de som arbetar inom förlossningsvården.

Men trots att den ansträngda situationen inom förlossningsvården varit känd sedan länge, och trots att landstingen själva rapporterar att behovet är stort, visar SKL:s sammanfattningar av landstingens svar att bara drygt hälften av medlen gått till bemanning. De regionala skillnaderna är stora där vissa landsting har använt 90 procent av pengarna till personal, medan andra använt under 10 procent. Eftersom ingen information ges specifikt för de olika landsting går det inte att se om det är de landsting som har störst behov av bemanning som också använt störst andel medel till detta.

Inom förlossningsvården är flera yrkesgrupper involverade och i många landsting finns behov av personal inom flera av dessa. Utöver barnmorska är det viktigt att det alltid finns tillgång till gynekolog, barnläkare och anestesilog. I denna granskning har vi i huvudsak fokuserat på barnmorskor då de är den bärande gruppen inom förlossningsvården som är särskilt utbildade inom just detta område. Det är också den grupp där personalbristen är som störst. Enligt landstingens redovisningar har drygt 124 barnmorsketjänster tillsatts med medel från överenskommelsen. Siffrorna är dock osäkra på grund av stora bortfall i rapporteringen och att vissa landsting inte redovisat barnmorskor separat för förloss-

ningsvården. Förutom barnmorskor har landstingen anställt sjuksköterskor, undersköterskor, obstetriker/gynekologer, läkare och administrativ personal. Av SKL:s sammanfattning går inte att utläsa vilka landsting som anställt vilken typ av personal (SKL, 2017).

Landstingen räknar själva med att ungefär 640 fler barnmorskor behöver anställas de kommande fem åren (SKL, 2017). Vår granskning visar att mycket återstår för att åstadkomma detta. För att nå målet och säkerställa att medel går till det de är avsedda att göra – att förstärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön inom förlossningsvården – är Sveriges Kvinnolobbys övertygelse att medel måste öronmärkas för just detta. Kraven måste skärpas på landstingen att använda medel till bemanning, i första hand av barnmorskor. Att stöden nu är fria att använda som landstingen själva vill innebär en påtaglig risk för att de går till annat än bemanning. Samtidigt som förlossningsvården får ett stort tillskott höjs också de generella statsbidragen till landstingen. De har med andra ord goda förutsättningar att anställa.

Även om barnmorskor i undantagsfall kan ta hand om flera kvinnor i förlossningsarbete samtidigt är det viktigt att vården inte organiseras efter detta. För att alla kvinnor ska kunna ha en närvarande barnmorska som stöd under hela förlossningen måste vården bemannas och organiseras utifrån målet om en barnmorska per födande kvinna. Det innebär att ett stort antal barnmorskor behöver rekryteras.

Sveriges Kvinnolobby föreslår att medel öronmärks för bemanning av i första hand barnmorskor. En modell för detta kan vara att 80 procent av de statliga tillskotten ska användas till bemanning fram till dess att målet om en barnmorska per födande är uppnått i det aktuella landstinget. En sådan modell gör att de landsting som har störst behov automatiskt kommer att anställa flest barnmorskor. När landstinget har uppnått målet kan resterande medel användas till andra insatser för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa. Det måste också säkerställas att medel går till just anställningar och inte till att exempelvis ersätta medarbetare som arbetar extra pass eller skjuter upp sin semester för att täcka upp för bristerna i bemanning på kort sikt.

Stärkt bemanning är en förutsättning för andra insatser

Redovisningarna till SKL visar att landstingen använt medel till en rad olika områden både inom förlossningsvården och vad gäller kvinnors hälsa i stort. Hur stor andel av medlen som använts till vad går inte att utläsa, men vad landstingen väljer att satsa på varierar kraftigt. Pengar används till alltifrån utbildningar, tillfälliga projekt och informations-satsningar inom exempelvis fosterdiagnostik, amning, kvalitetsregister, psykisk ohälsa och depression, endometrios och medicinska aborter. Många har genomfört hälsofrämjande satsningar inom reproduktiv hälsa eller för att förebygga övervikt och minska tobaks- och narkotikaanvändning. Vissa har använt medel till att standardisera journalföringen i syfte att underlätta det administrativa arbetet. Flera har också satsat på

att utöka studieplatser och studiemedel, eller att förbättra lärandemiljöer och förutsättningar för mentorskap inom barnmorskeyrket (SKL, 2017).

Dessa insatser är förstas viktiga, men en förutsättning för att de ska få önskvärd effekt är att grundbemanningen säkras. Så länge det inte finns tillräckligt med personal riskerar kortsiktiga projekt och utbildningar att bli verkningslösa. Det finns också risk att projekten tär på den redan pressade verksamheten. Vissa landsting använder inte alla pengar från tillskotten eftersom det inte går att frigöra tid för barnmorskor och annan personal. Med ökad bemanning går det däremot att skapa tid och utrymme för andra insatser och utbildningar som utvecklar förlossningsvården, men också att ge födande kvinnor bättre stöd och uppföljning vilket i sig motverkar onödiga komplikationer som kostar pengar.

Med fler kollegor och stärkta arbetsvillkor kan barnmorskor också ta emot och handleda studenter under den verksamhetsförlagda utbildningen, och det finns tid att överföra kompetens från erfarna barnmorskor till nyutexaminerade. Att trygga återväxten av barnmorskor är angeläget, dels för att många nyutexaminerade väljer att arbeta inom andra delar av vården, och dels för att 30 procent av alla barnmorskor väntas gå i pension de kommande sju åren (SCB). Behovet av antalet platser på barnmorskeutbildningen behöver ses över och tid måste frigöras till handledning under den verksamhetsförlagda utbildningen.

Förutom att öka personaltäteten måste arbetsvillkoren förbättras så att fler barnmorskor vill och orkar arbeta inom förlossningsvården. Som det ser ut idag väljer allt fler att arbeta i andra delar av vården, i Norge eller som timvikarier. Förlossningsvården är akutsjukvård vilket alltid kommer att innebära oregelbundna arbetstider och psykiska påfrestningar. Skiftarbete är en känd riskfaktor för utbrändhet och stress. Just därför är det särskilt viktigt att minska arbetsbelastningen och förbättra arbetsvillkoren så att fler vill och orkar arbeta. Sveriges Kvinnolobby anser att de försök som gjorts med arbetstidsförkortning för barnmorskor med bibehållen lön bör utvärderas och att normen för heltid behöver ses över. För att yrket ska bli mer attraktivt och hållbart behövs också högre löner och kontinuerlig kompetensutveckling.

Eftersom inga krav ställs på landstingen att ekonomiskt redovisa vad medlen använts till är det svårt, om inte omöjligt, att undersöka om satsningar haft önskvärd effekt och var förbättringsbehoven finns. För att satsningarna ska gå att följa måste det finnas krav på att landstingen ska inkomma med ekonomisk redovisning av hur medlen använts. Det måste också göras ordentliga utvärderingar av de satsningar som genomförs och vilka resultat dessa får. Detta är förutsättningar för att landstingen ska kunna leverera en säker förlossningsvård och leva upp till sina åtaganden i hälso- och sjukvårdslagen.

Förlossningsvården måste kvalitetssäkras

Uppföljningen av satsningarna och utvecklingen inom förlossningsvården och kvinnors hälsa är bristfällig. Det saknas jämförbar statistik för landstingen på avgörande områden, till exempel över antalet barnmorskor. De siffror som finns att tillgå avser alla sysselsatta barnmorskor, och synliggör inte vilka som arbetar specifikt inom förlossningsvården, vilka som arbetar deltid eller är tillfälligt tjänstlediga. Det saknas också statistik över förlossningar som sker utanför sjukhusen, både vad det gäller planerade hemförlossningar med barnmorska och oplanerade/ icke-assisterade förlossningar där barn föds på väg till sjukhus.

För de områden där det finns bra och jämförbar statistik över tid, till exempel bristningar, förlossningsskador och förlossningssätt, saknas utvärdering. Skillnaderna i bristningar och graden av dessa varierar kraftigt mellan olika landsting och sjukhus. En del av förklaringen är att kriterier för hur graden av förlossningsskada fastställs varierar, men det beror också på skillnader i rutiner. Det görs ingen uppföljning av de stora skillnaderna i utfall och bemötande eller varför vissa landsting presenterar betydligt bättre eller sämre än andra. Det gör att det inte går att veta vilka insatser som fungerar bra respektive dåligt vilket i sin tur hindrar förbättring. Den bristande uppföljningen innebär en osäkerhet för de som arbetar inom vården och leder till att kvinnor inte får bästa möjliga evidensbaserade vård.

För att skapa en bättre organisation krävs en gemensam målbild för mödra- och förlossningsvården. Det handlar dels om vad som är eftersträvaransvärda resultat i termer av målvärden och dels om vad som ska ingå i vården. Dessutom behövs enhetliga riktlinjer för hur och vad som ska dokumenteras så att det blir möjligt att använda resultaten för jämförelser.

För att följa upp förlossningsvården måste de nationella kvalitets- och jämförelseregistren utvärderas och utvecklas med mer och bättre statistik. Det behöver skapas nyckeltal som möjliggör uppföljning och kvalitetssäkring av landsting och enskilda förlossningskliniker. Exempel kan vara nyckeltal över antal barnmorskor/grundbemanning per födande kvinna och antalet förlossningar per förlossningsplatser. Även vårdtid efter förlossning, diagnoskoder kopplade till ersättning (DRG) och kostnad per patient/vårdtillfälle (KPP) bör ingå. Sveriges Kvinno-lobby föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att konstruera och följa upp nyckeltal. För att följa upp kan landsting rapportera in resultat och siffror årsvis, uppdelat på olika kliniker. Resultat och nyckeltal bör publiceras öppet. Detta skapar ökad insyn i förlossningsvården och bidrar till att höja kvaliteten.

Vårdkedjan behöver utredas och nationella riktlinjer tas fram

Förlossningsvård ingår i en kontinuerlig kedja av vård i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Det är över 70 år sedan denna kedja senast utreddes (SOU 1945:50). Det är välkommet att SKL under hösten 2017 genomför en kartläggning av vårdkedjan, men för att säkerställa att kvinnor får bästa möjliga vård behövs en statlig översyn som ser över hur vården bättre kan samordnas och hänga ihop.

En sådan utredning bör resultera i enhetliga riktlinjer och rekommendationer för vad som är en god och kvalitativ förlossningsvård. En långsiktig nationell strategi bör tas fram för hur förlossningsvården ska organiseras, vad den får kosta och hur personalförsörjning ska säkras. Utredningen bör också se över och klargöra vilket ansvar staten respektive landstingen ska ha för förlossnings- och mödravården. Vidare behövs en väl fungerande samordning som kan sprida kunskap och stötta landstingen i deras arbete, exempelvis vad gäller lättillgängliga och kvalitetssäkrade kunskapsstöd. Detta uppdrag kan förslagsvis ges till Socialstyrelsen.

En särskild prioriterad insats inom ramarna för översynen bör vara att stärka och samordna kedjan av vård innan, under och efter förlossning. En väl fungerande mödrahälsovård lägger grunden till förlossningsvården. Barnmorskor som möter kvinnan och hennes partner innan förlossningen har en betydande roll i att ge stöd och förebygga komplikationer hos både mamma och barn. En kvinna som fått förbereda sig inför sin förlossning och föräldraroll har större möjlighet att få en positiv upplevelse. På grund av bristande resurser finns det idag inte alltid tid till att ge kvinnor det stöd de behöver. Kvinnan möter ofta olika barnmorskor och vårdenheter före, under och efter graviditeten, och de är dåligt samordnade.

Tiden som mammor och deras familjer får stanna på sjukhus efter förlossningen har minskat kraftigt de senaste decennierna och varierar i olika landsting. Sveriges Kvinnolobbys granskning tyder på att det höga trycket på förlossningsavdelningarna, bristen på barnmorskor och det minskade antalet vårdplatser påverkar den sjunkande medelvårdtiden. Att föda barn är krävande, både fysiskt och psykiskt. Landstingen och klinikerna måste säkerställa att nyblivna mammor och deras barn får den tid för återhämtning och det stöd de behöver.

Tidig hemgång ställer dessutom höga krav på bra system för uppföljning, stöd och eftervård. Idag bygger eftervården till stor del på att kvinnan själv tar kontakt med vården. Att de akuta återinskrivningarna efter förlossning ökar är en indikation på att mödrar skrivs ut innan de är redo, och/eller att uppföljningen brister. Det innebär också en ojämlikhet där resurssvagare grupper drabbas.

Det behöver skapas en väl fungerande organisation för uppföljning och efterkontroller så att problem och komplikationer med exempelvis psykisk hälsa, bristningar och amning upptäcks. Alla kvinnor bör

kallas till efterkontroll inom två veckor efter förlossning, och därefter regelbundet efter behov. Amningsmottagningar behöver finnas i alla landsting och informationen om dessa öka. Mödrahälsovården bör få ett utökat stöd för att säkerställa eftervården, och för att bättre kunna förbereda och stötta inför förlossning. Vårdkedjan måste bli bättre samordnad så att kvinnor och deras partners i största möjliga mån får träffa samma lilla grupp av barnmorskor under graviditet, födsel och eftervård. Det skulle också innebära att barnmorskor får möjlighet att använda sin fulla kompetens och växla mellan olika arbetsuppgifter och i tempo, vilket även kan skapa en bättre arbetsmiljö.

Alla kvinnor som vistas i landet har rätt till en god och säker förlossningsvård på lika villkor. Detta behöver säkerställas för att landstingen ska följa hälso- och sjukvårdslagen. Ett särskilt fokus i överenskommelserna har handlat om riskgrupper och socioekonomiskt utsatta kvinnor. Detta arbete måste stärkas genom ökad systematik och långsiktighet. Projekt som visat sig fungera väl, exempelvis kulturdoulor, tolkar och informations- och stödinsatser för riskgrupper behöver få tillräckliga resurser för att kunna finnas kvar och implementeras i alla delar av landet. För att flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning ska få bästa möjliga vård och bemötande behöver vårdpersonal inom hela hälso- och sjukvården utbildas. Arbete behövs också för att förebygga och förhindra att fler utsätts för brottet.

För att säkerställa jämlik vård måste också kvinnor i alla delar av landet under alla delar av året och dygnet ha tillgång till vårdplatser, rätt kompetens och personella resurser. Var du bor ska inte avgöra om du får en trygg och säker förlossning eller inte. Sveriges Kvinnolobby anser att alla kvinnor som bor mer än två timmar bort från en förlossningsklinik ska erbjudas boende på ett patienthotell när förlossningen närmar sig. Kvinnor som själva inte kan ta sig till sjukhus ska alltid få trygg och säker transport.

Långsiktiga satsningar är avgörande för jämställdheten

Det borde inte vara svårt att planera för en väl fungerande och säker förlossningsvård. Det finns långtgående demografiska prognoser som beräknar hur många barn som kommer att födas nationellt och regionalt, liksom när grupper av barnmorskor beräknas gå i pension. Det är också väl känt vilka tider på året fler barn föds och belastningen på kliniker är högre. Det är fullt möjligt att i god tid förutse hur mycket personal och hur många förlossningsplatser som kommer att behövas och att planera vården utifrån detta. Detta vet vi så pass långt i förväg att vi också kan planera hur många platser som behövs på barnmorskeutbildningen och hur många handledare som krävs för den verksamhetsförlagda utbildningen.

Problemet är med andra ord inte ovisshet. Snarare verkar det handla om prioritering och vad som tillåts kosta. Det är svårt att inte tänka att det handlar om kvinnors värde och att situationen antagligen hade

varit en annan om det varit män som födde barn. Många studier visar att mannen är norm inom hälso- och sjukvården. Forskning utförs oftare på män och undersökningar och behandlingar utformas efter dem. Kvinnors hälsa och sjukdomar, och den vård som kvinnor konsumerar, prioriteras lägre och får sämre ekonomiska förutsättningar. Med tanke på hur många som är gravida och föder barn, och hur många som i stort berörs av förlossningsvården, är det anmärkningsvärt att det saknas forskning och uppföljning inom avgörande områden.

Sveriges Kvinnolobbys tidigare budgetgranskningar har visat att det i tider av ekonomisk kris ställs högre krav på sparsamhet på kvinnodominerade områden och sektorer. En förklaring till att fler barnmorskor inte anställs kan vara att kostnader binds upp över lång tid. När finansieringen tar slut måste kliniker själva kompensera för att de dragit på sig ökade kostnader i form av till exempel ökad bemanning och högre löner. Det finns också en rädsla att bättre villkor och löner inom förlossningsvården ska spilla över på annan vård och att förbättringar ska krävas inom andra verksamheter och yrkesgrupper. För att undvika detta satsar man istället på förändringar i arbetsrutiner, tillfälliga projekt och utbildningsinsatser.

Detta synliggör en djupt rotad föreställning där traditionellt kvinnodominerade yrkesgrupper, exempelvis sjuksköterskor, undersköterskor och barnmorskor, betraktas som ett kollektiv som ska hållas nere. Redan 1945, i den senaste statliga utredningen av förlossningsvården, konstaterades: »*En viktig orsak till den oroväckande bristen på barnmorskor anser utredningen vara de otillfredsställande lönerna.*« Det är anmärkningsvärt att värdediskrimineringen av kvinnors arbete fortfarande i hög grad präglar den svenska arbetsmarknaden och särskilt vård- och omsorgssektorn.

För att stärka förlossningsvården och säkra bemanningssituationen behövs en långsiktig plan för finansiering. De pågående budgetsatsningarna och överenskommelserna mellan regeringen och SKL upphör år 2022. Det finns ingen information om eventuella tillskott till förlossningsvården efter detta.

Sveriges Kvinnolobby anser att en permanent finansiering av förlossningsvården måste säkerställas. Man behöver också undersöka om det alltid är rimligt att medel fördelas baserat på befolkningens mängd, eller om det istället bör göras på antalet förlossningar. Det kan också vara så att landsting i glesbygd med långa avstånd behöver extra medel för att upprätthålla kliniker eller för att säkerställa transporter och patienthotell för de som behöver. Budgetsatsningar ska alltid följa med tydliga krav på att anställa den personal som krävs för att leverera en säker, kvalitativ och tillgänglig mödra- och förlossningsvård som lever upp till hälso- och sjukvårdslagen. På detta sätt kan onödiga kostnader för till exempel hyrbarnmorskor eller för att kompensera övertidsarbete och uppskjuten semester också undvikas.

Slutsatser

Mycket återstår för att leva upp till mål och lagar

Vår granskning visar att mycket återstår för att leva upp till **målet för regeringens hälso- och sjukvårdspolitik**, som är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Vilken vård kvinnor får styrs till stor del inte av deras behov, utan av yttre förutsättningar som personalbrist, brist på förlossningsplatser, skillnader i rutiner och arbetssätt, vilken tid på året de föder, var de bor, deras födelseland eller hur deras socioekonomiska status ser ut. Detta innebär att regering och landsting misslyckas med att ge invånare en jämlik och behovsanpassad förlossningsvård.

Mycket återstår också för att förlossningsvården ska leva upp till målet om att leverera en vård av god kvalitet som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Det saknas ofta statistik och nyckeltal för jämförelser, och de uppgifter som finns används inte till utvärderingar. Kvaliteten och bemötandet som ges varierar kraftigt mellan olika landsting och förlossningskliniker, vilket bland annat de stora skillnaderna i utfall för till exempel kejsarsnitt, förlossningsskador och bristningar bevisar. Det finns en brist på enhetliga riktlinjer och rekommendationer för vad som är en kvalitativ förlossningsvård.

I målet för budgetområdet ingår också att vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. De stora bristerna i samordning, både mellan landsting och mellan olika delar av vårdkedjan, innebär att detta inte uppnås.

Landstingen misslyckas också i flera väsentliga delar att leva upp till **hälso- och sjukvårdslagen**, som säger att hela befolkningen ska ges vård på lika villkor. Som situationen ser ut idag misslyckas man i stora delar av landet att leva upp till kraven på att tillhandahålla den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. De stora bemanningsbristerna innebär uppenbara arbetsmiljöproblem men också att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet är satt ur spel. Det innebär också att födande kvinnor inte alltid får den information och möjlighet till delaktighet de har rätt till enligt **Patientlagen**.

Man kan också ifrågasätta om Sverige lever upp till sina åtaganden i **FN:s Kvinnokonvention**. Ett samhälle som nedprioriterar den vård som främst rör kvinnor och de yrken där nästan bara kvinnor arbetar, är inte ett jämställt samhälle. Att vända utvecklingen och stärka den underdimensionerade mödra- och förlossningsvården är en grundläggande

jämställdhetsfråga. Det är bra att man nu gör en sådan ansats genom ökad finansiering. Men så länge anslag och insatser inte riktas och följs upp bättre är det svårt att leva upp till **regeringens jämställdhetspolitiska mål**, i synnerhet **målet om jämställd hälsa**.

Omöjligt att säkerställa att medel går till det de är avsedda för

Den bristande styrningen och redovisningen av medel innebär att det inte går att säkerställa att budgetsatsningarna på förlossningsvård och kvinnors hälsa går till det de enligt regeringens och SKL:s överenskommelser är avsedda för, det vill säga: att förstärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön.

För att säkerställa detta behövs en tydligare styrning. Medel måste öronmärkas för att förbättra personaltäthet, villkor och löner på förlossningsvårdens kvinnodominerade arbetsplatser. Det är en förutsättning för att säkerställa trygg, säker och kvalitativ vård för födande kvinnor och deras barn. Bara då går det att säkerställa att medel bidrar till att stärka förlossningsvården, men också till förbättrad hälsa för kvinnor och ökad jämställdhet i stort.

5 krav

för en stärkt förlossningsvård!

- 1** Sätt upp ett mål om en barnmorska per födande kvinna och finansiera och organisera förlossningsvården utifrån detta. Öronmärk de medel som behövs för att trygga barnmorskebemanning och en hållbar kompetensförsörjning. Se till att satsningar blir långsiktiga och hållbara genom permanent finansiering med tydlig styrning.
- 2** Genomför en statlig översyn av hela vårdkedjan före, under och efter förlossning. Ta fram nyckeltal för uppföljning och nationella riktlinjer för en kvalitativ och evidensbaserad mödra- och förlossningsvård som utgår från födande kvinnors behov och rättigheter.
- 3** Garantera att alla kvinnor får plats på en förlossningsavdelning i sitt landsting och i god tid får veta på vilket sjukhus. Det kräver tillräckligt många platser för förlossning året runt, i hela landet.
- 4** Säkerställ jämlik mödra- och förlossningsvård för alla grupper av kvinnor, i alla delar av landet. Genomför stödinsatser för riskgrupper, särskilt nyanlända och utomeuropeiskt födda kvinnor. Erbjud trygga transporter eller patienthotell när förlossningen närmar sig för de kvinnor som inte kan ta sig till sjukhus på egen hand eller bor mer än två timmar från en förlossningsavdelning.
- 5** Säkerställ att alla kvinnor får den tid för återhämtning och det stöd de behöver efter förlossning. Alla kvinnor ska kallas till efterkontroll inom två veckor efter förlossning, och därefter regelbundet efter behov.

Referenser

- Budgetpropositionen för 2018, *Förslag till statens budget för 2018, finansplan och skattefrågor*
- Kommissionen för jämlik hälsa, Slutbetänkande, *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*, SOU 2017:47
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, *Styrning av länets förlossningsvård*, Projektrapport 2/2017
- Lindström, Stockholms universitet, Institutionen för mediestudier, *Kvinnan och kvinnokroppen i teknologins århundrade – En granskning av förlossningsvården i Sverige*, 2017
- Mazzocato et. al., Clinical Management Research Group, Karolinska Institutet, *Forskningsinriktad uppföljning av förlossningsvården i Stockholm*, 2017
- Mittuniversitetet, *Var tredje barnmorska visar tecken på utbrändhet*, 2013
- OECD Data, *Length of hospital stay childbirth*, 2015
- Ovaskainen et. al., Acta Paediatrica, *Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity*, 2015
- SBU, *Analssfinkterskador vid förlossning – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*, 2016
- SBU, *Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning – en kartläggning av systematiska översikter*, 2016
- SBU, *Förebyggande av postpartumdepression – Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossningen*, 2016
- SBU, *Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning*, 2013
- SCB, Arbetskraftsbarometern, *Vilka utbildningar ger jobb?*, 2016
- SCB, Statistikdatabasen, *Statistik för befolkning och födda*, 2017
- SCB, Statistikdatabasen, *Land- och vattenarealer*, 2017
- SKL, *Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus: Kartläggning av nuläge och förbättringsområden*, 2016
- SKL, KPP-databas, *Publika analysrapporter kostnad per patient*, uppgifter hämtade september 2017
- SKL, Verksamhetstabeller, *Statistik om hälso- och sjukvård*
- SKL, *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa – Redovisning av insatser och utmaningar inom överenskommelsen*, 2017

Socialdepartementet, *Befolkningsutredningens betänkande om förlossningsvården*, SOU 1945:50

Socialdepartementet, *Fördelning av medel per landsting under 2017*

Socialdepartementet, *Preliminär fördelning av medel per landsting under 2018*

Socialdepartementet, *Regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015–2019*, Diarienummer: S2016/06724/FS

Socialdepartementet, *Tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2017–2019*, Diarienummer S2017/03585/FS

Socialdepartementet, *Uppdrag och tilläggsuppdrag till Socialstyrelsen om förlossningsvård och kvinnors hälsa med särskild inriktning på primärvård*, Diarienummer: S2015/08111/FS; S2016/00846/FS

Socialdepartementet, *Överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa 2015–2016*, Diarienummer S2015/07777/FS

Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet, arbetstidsundersökning, 2015*

Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet, Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård, 2017*

Socialstyrelsen, *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning, 2016*

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*

Socialstyrelsen, *Vård efter förlossning, 2017*

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser – Jämlig vård – Kvinnors hälso- och sjukvård, 2016*

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser – En god vård? – Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat, 2016*

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, *Tjänsteutlåtande HSN 2017-0415 – Överenskommelse om ökad tillgänglighet och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, 2017*

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, *Tjänsteutlåtande HSN 2017-1435 – Justerad ersättning inom förlossningsvården, 2017*

SVT Nyheter, *Förlossningskrisen växer: Rekord i hänvisningar i sommar, augusti 2017*

Ternström et al., *Midwifery Journal, Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women, 2015*

Vikström et al., *Journal of Clinical Nursing, Postnatal ER visits within 30 days-Pattern, risk factors and implications for care, 2017*

Vården i siffror, *Bristningar vid förlossning bland förstföderskor, 2017*

SVERIGES KVINNOLOBBY

Sveriges Kvinnolobby är en paraplyorganisation som samlar 49 kvinnoorganisationer. Vi arbetar för kvinnors fulla mänskliga rättigheter och ett jämställt samhälle i Sverige, EU och internationellt. Organisationen vilar på feministisk grund och är partipolitiskt obunden. Verksamheten utgår från FN:s Kvinnokonvention (CEDAW) och Handlingsplanen från Peking (BPfA). Vi är också nationell koordination för European Women's Lobby (EWL). Sveriges Kvinnolobby gör återkommande granskningar av regeringens budget ur ett jämställdhetsperspektiv. Vi har också tagit fram metoder och material för att granska budgetar på nationell och regional nivå. Mer om oss och våra publikationer finns på: sverigeskvinnolobby.se.