

Vård efter förlossning

En nationell kartläggning av vården till kvinnor
efter förlossning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-420-4
Artikelnummer 2017-4-13

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2017

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att beskriva hur vården efter förlossning ser ut idag i Sverige och bedöma om det behövs nya kunskapsstöd för vården. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen även kartlagt utmaningar och behov av förändringar i vården. I denna rapport redovisas resultatet av uppdraget och Socialstyrelsens bedömning och slutsatser.

Emma Lindgren har varit ansvarig utredare. Karin Gottvall har medverkat som sakkunnig i reproduktiv och perinatal hälsa. Elin Linnarsson har medverkat från avdelningen för vägledning för hälso- och sjukvården. My Raquette och Sara Billfalk har medverkat genom metodstöd i enkätkonstruktion och statistikbearbetning. Marcus Gry har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens bedömning och slutsatser	7
Agenda 2030 för hållbar utveckling	10
Satsning på en förbättrad förlossningsvård och kvinnors hälsa	11
Socialstyrelsens genomförande av uppdraget och avgränsningar	12
Kvinnors hälsa efter förlossning i fokus	12
Kartläggning av vården efter förlossning	12
Kartläggning av utmaningar och förändringsbehov i vården	13
Kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd	14
Enkäterna och svarsfrekvens	14
Rapportens upplägg och läsanvisning	19
Vårdkedjan efter förlossning och centrala aktörer i vården	20
Uppföljning, vård och behandling vid förlossningsskador i bäckenbotten	22
Amningsstöd till kvinnor som fött barn	24
Vården efter förlossning på förlossningen/BB	26
Alternativ för eftervård	26
Fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning	28
Fortsatt vård på BB-/patienthotell	30
Hemgång direkt från förlossningsavdelningen med hembesök av barnmorska	30
Samvård på neontalvårdsavdelning	31
Kontinuitet under vårdtiden avseende barnmorskor	32
Vårdtid innan hemgång från sjukhuset	34
Diagnostisering och suturering av bristningar	40
Arbetsätt för att stödja och främja amning	41
Handläggning av psykisk ohälsa och negativ förlossningsupplevelse ...	43
Samtal om förlossningen och information innan hemgång	44
Uppföljning av kvinnornas hälsa efter hemgång	47
Mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossning	49
Eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården	49
Uppföljning utöver eftervårdsbesöket	53
Amningsstöd inom mödrahälsovården	54
Barnhälsovårdens roll i vården efter förlossning	56
Hälsosamtal och vägledning	56
Amningsstöd inom barnhälsovården	57

Screening för depressionssymptom.....	57
Utmaningar och förändringsbehov i vården efter förlossning	63
Utmaningar och förändringsbehov enligt centrala aktörer i vården	63
Utmaningar och förändringsbehov enligt representanter för SBF.....	71
Utmaningar och förändringsbehov enligt representanter för SFOG	73
Förändringsbehov enligt representanter för intresse- /patientorganisationer.....	75
Socialstyrelsens bedömning och slutsatser	81
Behov av nya kunskapsstöd för vården	81
Det finns omotiverade praxisskillnader mellan och inom landstingen och regionerna.....	83
Vården på sjukhuset efter förlossning	83
Brister när det gäller att erbjuda samvård och en familjecentrerad vård på sjukhuset.....	84
Vården efter hemgång från sjukhuset	85
Det saknas kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter	87
Referenser	89
Bilagor	93

Sammanfattning

Socialstyrelsen har kartlagt hur vården efter förlossning ser ut i Sverige idag samt eventuella utmaningar och behov av förändringar i vården. Myndigheten har även bedömt om det behövs nya kunskapsstöd för vården. Uppdraget är en del av ett samlat uppdrag från regeringen till Socialstyrelsen inom ramen för pågående satsningar för att stärka kvinnors hälsa och uppnå en mer jämlik, jämställd och kunskapsbaserad vård. Uppdraget har avgränsats till den vård efter förlossning som ges till kvinnan. Den vård som är inriktad på barnet belyses inte i denna rapport.

Kartläggningen baseras till stor del på fyra enkäter till huvudmännen och centrala aktörer i vårdkedjan. Socialstyrelsen har även intervjuat företrädare för Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Myndigheten har även intervjuat företrädare för intresse-/patientorganisationer.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Sammanfattningsvis är det Socialstyrelsens bedömning att det finns brister och behov av förändringar i vården efter förlossning såväl på sjukhuset som efter hemgång från sjukhuset. Det behövs mer kunskap och utbildning för personalen i hela vårdkedjan om psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och förlossning, om diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten, samt om amning och bröstkomplikationer i samband med amning. Socialstyrelsen bedömer även att det behövs nya kunskapsstöd för vården, i form av riktlinjer, rekommendationer eller andra former av kunskapsstöd.

De flesta brister i vården till kvinnor efter förlossning är dock strukturella, och det kan behövas organisatoriska förändringar i landstingen och regionerna för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik vård i hela landet.

Vården på sjukhuset behöver bli mer familjecentrerad och utformas utifrån patienternas behov. Socialstyrelsen bedömer att det även är otydligt vart kvinnor ska vända sig för stöd och vård när en vecka har passerat och sjukhuset/BB inte längre ansvarar för vården. Uppföljningen av kvinnors hälsa behöver förbättras liksom tillgången till stöd och vård efter förlossningen.

Det finns även stor potential till förbättring när det gäller att skapa kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter i samband med graviditet, förlossning och eftervård.

Behov av nya kunskapsstöd för vården

Socialstyrelsen bedömer att det behövs kunskapsstöd för vården efter förlossning. Det saknas kunskapsstöd som vänder sig till beslutsfattare och ger

stöd för beslut om fördelning av resurser och prioriteringar för hela vårdkedjan inom förlossningsvården. Socialstyrelsen bedömer även att det finns ett specifikt behov av kunskapsstöd för att identifiera, behandla och stödja personer med psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Idag saknas nationella kunskapsstöd inom detta område som omfattar hela vårdkedjan. Undantaget är den rapport som en arbetsgrupp inom SFOG tagit fram med övergripande råd [1]. Socialstyrelsen avser att i dialog med huvudmän, berörda professionsföreningar samt representanter från patient- och föräldraorganisationer bedöma vilka former av kunskapsstöd som bör tas fram för att möta dessa behov.

Socialstyrelsen bedömer även att det finns ett specifikt behov av kunskapsstöd för diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten. SFOG och SBF har dock med hjälp av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) tagit fram ett utbildningsprogram med rekommenderade metoder och arbetssätt för prevention, diagnostik, behandling och uppföljning på kort och lång sikt av bristningar i bäckenbotten. Målsättningen är att utbildningsprogrammet ska publiceras i april 2017. Med anledning av detta ser Socialstyrelsen inget behov av något ytterligare kunskapsstöd. Programets effekter bör dock utvärderas när programmet har implementerats fullt ut för att avgöra om det möter huvudmännens utmaningar och behov.

Vården på sjukhuset

Det är viktigt att kvinnor som fött barn ges tid för vila och återhämtning efter förlossningen och får information och stöd för såväl sina fysiska som emotionella behov. Kartläggningen visar att korta vårdtider på sjukhuset kombinerat med hög arbetsbelastning för personalen kan medföra att det inte alltid finns tid och utrymme att tillhandahålla en säker och individanpassad vård som tillgodoser kvinnornas och familjernas behov av återhämtning, information och stöd efter förlossningen. Vårdtiden på sjukhuset behöver beslutas i samråd med patienterna och utifrån både medicinska och andra psykosociala behov.

Kartläggningen visar vidare att flera sjukhus inte erbjuder samvård för mamma och barn om barnet är för tidigt fött eller sjukt så att mamma och barn kan vara tillsammans dygnet runt på samma avdelning. Det finns även utmaningar på flera sjukhus när det gäller att erbjuda en familjecentrerad vård där båda föräldrarna och barnet får möjlighet att vara tillsammans dygnet runt. Sjukhusen behöver organisera vården så att det finns förutsättningar för föräldrar och barn att vara tillsammans.

Vården efter hemgång från sjukhuset

Det finns ett glapp i vårdkedjan efter att mamma och barn har lämnat sjukhuset. Socialstyrelsen bedömer även att det är otydligt var nyförlösta kvinnor ska vända sig vid fysiska eller psykiska problem efter förlossningen när en vecka har passerat och sjukhusen/BB inte längre ansvarar för vården.

Trots korta vårdtider på sjukhusen är det enbart var tredje sjukhus som alltid följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång från sjukhuset. Drygt hälften (56 procent) gör det endast i vissa fall. Mödrahälsovården följer inte upp kvinnornas hälsa förrän omkring 6–12 veckor efter förlossningen i samband

med ett eftervårdsbesök. Det är endast i två landsting som mödrahälsovården alltid erbjuder uppföljning utöver eftervårdsbesöket i form av telefonsamtal samt hembesök och/eller mottagningsbesök vid behov. Barnhälsovården träffar vanligtvis familjen i samband med ett hembesök 1–2 veckor efter förlossningen. Barnhälsovården erbjuder stöd och rådgivning om amning men har i första hand i uppdrag att följa barnets hälsa, utveckling och livsvillkor. I knappt hälften av landstingen och regionerna kan kvinnor även vända sig till mödrahälsovården för amningsstöd.

Bristerna i uppföljningen och stödet efter förlossning kan drabba alla kvinnor och inte minst kvinnor som befinner sig i en mer utsatt situation. Kartläggningen visar att vårdgivarna ser särskilda utmaningar i vården till utlandsfödda kvinnor som inte pratar svenska, till exempel nyanlända och asylsökande. Företrädare för patient- och föräldraorganisationer vittnar om att kvinnor som är nya i Sverige samt unga och ensamstående mammor ofta blir mer utsatta efter förlossningen när uppföljningen och stödet brister. Socialstyrelsen har tidigare genomfört en analys av socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Den visar bland annat att vissa utlandsfödda kvinnor har högre risk för bland annat graviditetsdiabetes, akuta kejsarsnitt och sfinkterrupturer [2].

Socialstyrelsen bedömer att huvudmännen behöver se över sin organisation och etablera rutiner för att tillgodose kvinnors behov av stöd och vård efter hemgång från sjukhuset. Myndigheten bedömer att det behövs tidigare uppföljning än vad som erbjuds idag och uppföljning vid fler tillfällen för att identifiera kvinnor som har behov av amningsstöd och kvinnor som har fysiska eller psykiska komplikationer efter förlossningen. Tillgången till stöd och vård behöver förbättras. Ett sätt att förbättra uppföljningen, vården och stödet som erbjuds kvinnor den närmsta tiden efter förlossning kan vara att mödrahälsovården får ett utökat uppdrag för att följa upp kvinnors hälsa samt erbjuda stöd och vård utifrån individuella behov. Socialstyrelsen bedömer att det även finns anledning för landstingen och regionerna att se över om tillgängligheten till medicinsk vård vid bröstkomplikationer i samband med amning kan förbättras, till exempel genom att primärvården kan erbjuda denna vård. I dag är denna vård knuten till sjukhusen i de flesta landsting och regioner. I ett fåtal landsting och regioner kan kvinnor vända sig till vårdcentralen för medicinsk vård vid bröstkomplikationer.

Socialstyrelsen planerar att göra en fördjupad kartläggning och analys av vården för kvinnor som drabbats av förlossningsskador i bäckenbotten. Det finns indikationer på brister i vården både när det gäller väntetider och tillgång till effektiva behandlingsmetoder.

Det saknas kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter

Kartläggningen visar att vården i samband med graviditet, förlossning och eftervård är fragmenterad och att den inte är organiserad för att skapa kontinuitet för patienterna. Idag är det olika barnmorskor som svarar för vården under graviditeten, förlossningen och efter förlossningen. Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna behöver se över sin organisation för att i högre grad åstadkomma kontinuitet i vårdkedjan. Samverkan mellan de

olika aktörerna i vårdkedjan behöver också förbättras, inte minst för patienter med en komplicerad graviditet och/eller förlossning samt patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom.

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att redovisa hur myndighetens verksamhet bidrar till genomförandet av Agenda 2030, de nya globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015.

Mödra- och förlossningsvården, som studeras i denna rapport, berör framför allt mål 3 i agendan som är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. Det är framför allt delmålen nedan som vården efter förlossning har en koppling till.

Delmål 3.1

Till 2030 minska mödradödligheten i världen till mindre än 70 dödsfall per 100 000 förlossningar med levande barn.

Delmål 3.2

Senast 2030 säkerställa att inga spädbarn eller barn under fem år dör av orsaker som hade kunnat förebyggas. Alla länder bör sträva efter att minska den neonatala dödligheten till högst tolv dödsfall per 1 000 levande födda och dödligheten bland barn under fem år till högst 25 dödsfall per 1 000 levande födda

Delmål 3.7

Senast 2030 säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program.

Satsning på en förbättrad förlossningsvård och kvinnors hälsa

Regeringen har initierat flera satsningar för att stärka kvinnors hälsa och uppnå en mer jämlik, jämställd och kunskapsbaserad vård inom några utvalda områden, bland annat förlossningsvården. Inom ramen för satsningarna har regeringen gett Socialstyrelsen flera uppdrag om förlossningsvård och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa.¹

Det här uppdraget fokuserar på att

- beskriva hur vården efter förlossning ser ut i Sverige idag
- bedöma om det behövs nya kunskapsstöd för vården efter förlossning.

Resultatet av uppdraget presenteras i denna rapport samt i rapporten *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning*.

Socialstyrelsens samlade bedömning och slutsatser för båda rapporterna presenteras i denna rapport.

¹ Uppdragen finns beskrivna i uppdragsbeskrivningen från Socialdepartementet. Regeringsbeslut III:5. Uppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa, S2015/08111/FS, S2016/00846/FS (delvis). Regeringsbeslut III:4. Förlängning av uppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa, Dnr, S2016/00846/FS (delvis).

Socialstyrelsens genomförande av uppdraget och avgränsningar

Kvinnors hälsa efter förlossning i fokus

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) ska omhändertagandet efter förlossningen fokusera på kvinnans och barnets behov men även på partnerns och familjens välbefinnande [3]. Socialstyrelsen har avgränsat uppdraget till den vård efter förlossning som ges till kvinnan. Den vård som är inriktad på barnet belyses inte i denna rapport.

Socialstyrelsen har kartlagt hur vården efter förlossning ser ut idag i Sverige, såväl på landets förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar som efter det att mamma och barn har lämnat sjukhuset.

Vård efter förlossning kan vara diagnostik och behandling, men även uppföljning, stöd och rådgivning. Kartläggningen gäller vård som är inriktad på kvinnors fysiska samt psykiska hälsa efter förlossning. Den omfattar även amningsstöd och vård och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning.

Kartläggning av vården efter förlossning

För att samla information om hur vården efter förlossning ser ut idag har enkäter skickats ut till

- ledningen i landstingen och regionerna
- verksamhetsansvariga på förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar
- samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården i samtliga landsting och regioner
- vårdutvecklare inom barnhälsovården i samtliga landsting och regioner.

Om utformningen av enkätfrågorna

Enkätfrågorna har tagits fram i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vid utformningen samrådde Socialstyrelsen även med SBF och verksamma barnmorskor och chefer inom förlossningsvården, samt med samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården och vårdutvecklare inom barnhälsovården.

Tidigare studier och forskning lyfter fram olika aspekter som är viktiga för nyblivna mammor, och flera av dem har använts som utgångspunkt för enkätfrågorna till utförare av vården. Här följer några exempel på aspekter som har uppmärksammat i tidigare studier om eftervård och som har haft betydelse för om kvinnor som fött barn varit nöjda eller missnöjda med vården:

- Möjlighet att själv påverka vårdtiden på sjukhuset och att inte tvingas åka hem vid en tidpunkt man själv inte valt [4, 5, 8].
- Möjlighet att få ett eget rum på BB [5, 8].

- Möjlighet för mammans partner eller barnets pappa att stanna kvar på BB, även nattetid för att dela upplevelsen och få vara med barnet [4, 5, 7, 8].
- Möjlighet till samvård för mamma och barn även när barnet vårdas på neonatalvårdsavdelning [8].
- Möjlighet att få samtala i lugn och ro med en barnmorska och prata igenom förlossningen efteråt med den barnmorska som var involverad under förlossningen [4, 5].
- Möjlighet till avlastning för att få vila och hämta kraft [4, 5].
- Tillräckligt med tid och utrymme för att ställa frågor om sin egen eller barnets hälsa [5, 7].
- Information om och stöd och hjälp med amning [4, 5, 7, 8].
- Information om läkning av bristningar i underlivet och om blödning och avslag, om samliv och preventivmedel och om hur man tränar bäckenbottnen [5].
- Information om hur kroppen fungerar efter kejsarsnitt och hur man bör sköta sig [5].
- Stöd för fysiska och emotionella behov [6].
- Flexibel eftervård med stöd i hemmet i form av hembesök, eller genom telefonsamtal [4].

Kartläggning av utmaningar och förändringsbehov i vården

Genom de fyra enkäterna har Socialstyrelsen även kartlagt utmaningar och behov av förändringar i vården efter förlossning.

Socialstyrelsen har också intervjuat företrädare för SBF för att få deras bild av vilka eventuella utmaningar och behov av förändringar som finns. Intervjun genomfördes med förbundets ordförande, förbundssekreterare samt två styrelseledamöter.

Dessutom har Socialstyrelsen intervjuat företrädare för SFOG. Intervjuer har genomförts med SFOG:s ordförande och vice ordförande.

Socialstyrelsen har även intervjuat representanter för organisationen Födelsehuset i Västra Götaland, Skåne och Ångermanland samt en representant för Föräldrastödet i Värmland. Syftet med intervjuerna var att identifiera utmaningar och behov av förändringar ur nyblivna mammor och föräldrars perspektiv.

Födelsehuset är en ideell förening bestående av föräldrar, barnmorskor och doulor.² Födelsehusets vision är en helhetssyn och kontinuitet i vården under graviditet, förlossning och spädbarnstid, och en vård som utgår ifrån föräldrarnas önskemål och behov. Födelsehuset verkar för mer kontinuitet, större valfrihet och en mänskligare atmosfär inom förlossningsvården. Föreningen startade i Göteborg och idag finns lokalföreningar i flera olika delar av landet [9].

Föräldrastödet i Värmland är en ideell förening som arbetar med föräldrastöd innan och efter förlossning. Föreningen arbetar för att främja en god

² En doula är en kvinna som har erfarenhet av förlossningar och är tränad i att ge stöd och information till den födande kvinnan och hennes närmaste under graviditet, förlossning och den första tiden efteråt.

utveckling av föräldrastödet i Värmland och synliggöra vilka stöd som finns i kommunen. Målet är att alla föräldrar i Värmland ska ha möjlighet att få föräldrastöd på lika villkor. Föreningen fokuserar på de sociala och känslomässiga behoven under graviditet och förlossning och i föräldrarollen. De vill bidra till att främja bra förutsättningar för en positiv gravid- och förlossningsupplevelse och en trygg anknytning mellan barnet och föräldrarna [10].

Kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd

Genom de fyra enkäterna har Socialstyrelsen även kartlagt önskemål om och behov av nya kunskapsstöd för vården efter förlossning.

För att bedöma eventuellt behov av nya kunskapsstöd har Socialstyrelsen även inventerat vilka kunskapsstöd som finns idag på nationell nivå som berör vården efter förlossning. Myndigheten har också undersökt vilka relevanta kunskapsstöd som håller på att tas fram eller planeras, samt kartlagt i vilken utsträckning landstingen och regionerna har regionala riktlinjer och vårdprogram för några utvalda delar av vården efter förlossning.

I rapporten *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning* presenteras de kunskapsstöd som Socialstyrelsen har identifierat på nationell nivå som berör vården efter förlossning samt kunskapsstöd som pågår eller planeras tas fram. I rapporten redovisas även i vilken utsträckning som landstingen och regionerna har egna regionala riktlinjer och vårdprogram för några utvalda delar av vården efter förlossningen. I rapporten presenteras även önskemål om och behov av nya kunskapsstöd enligt målgrupper och mottagare.

Enkäterna och svarsfrekvens

Enkät till ledningen i Sveriges landsting och regioner

En enkät skickades till ledningen i samtliga landsting och regioner. Den riktade sig till ansvarig hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande i det aktuella landstinget eller regionen.

Syftet med enkäten var att kartlägga hur vården efter förlossning styrs och organiseras i respektive landsting och region och vårdkedjan efter förlossning. Ytterligare ett syfte var att identifiera eventuella utmaningar och behov av förändringar i vården och att kartlägga om nya kunskapsstöd efterfrågas.

Totalt 20 av 21 landsting och regioner besvarade enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen är 95 procent. Landstinget i Blekinge svarade inte på enkäten.

Enkäten i sin helhet redovisas i bilaga 1.

Enkät till verksamhetsansvariga på landets förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar

En enkät skickades till verksamhetsansvariga på samtliga förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar. Enkäten riktade sig till ansvariga verksamhetschefer/chefsbarnmorskor på förlossnings- och BB-

/eftervårdsavdelningen/arna (inklusive BB-/patienthotell och hembesöksteam om detta finns) på sjukhuset/kliniken.

Syftet med enkäten var att kartlägga vården efter förlossning på förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar (inklusive BB-/patienthotell och hembesöksteam i de fall detta finns). Ytterligare ett syfte var att identifiera eventuella utmaningar och behov av förändringar i vården och att kartlägga om nya kunskapsstöd efterfrågas.

En förlossningsavdelning är en avdelning på ett sjukhus där förlossningar sker. När enkätundersökningen genomfördes under hösten 2016 fanns det totalt 46 sjukhus med förlossningsverksamhet i Sverige.

Vid Danderyds sjukhus i Stockholms län finns två förlossningsavdelningar – Danderyds förlossning som är landstingsdriven och BB Stockholm som är ett delägt dotterbolag till Praktikertjänst AB och Danderyds sjukhus AB. Övriga sjukhus har endast en förlossningsavdelning. I anslutning till förlossningsavdelningarna finns en eller flera BB-/eftervårdsavdelningar och i vissa fall även BB-/patienthotell och hembesöksteam.

Tabell 1 – antal sjukhus med förlossningsverksamhet och svarsfrekvens per landsting och region

Landsting/region	Antal sjukhus/kliniker med förlossningsverksamhet	Antal sjukhus som besvarat enkäten	Svarsfrekvens i procent
Blekinge	1	1	100
Dalarna	1	1	100
Gotland	1	1	100
Gävleborg	2	2	100
Halland	2	2	100
Jämtland-Härjedalen	1	0	0
Jönköpings län	3	2	67
Kalmar län	2	2	100
Kronoberg	1	1	100
Norrbottnen	2	2	100
Skåne	5	4	80
Stockholms län	6	6	100
Sörmland	2	2	100
Uppsala län	1	1	100
Värmland	1	1	100
Västerbotten	3	3	100
Västernorrland	3	3	100
Västmanland	1	1	100
Västra Götaland	4	4	100
Örebro län	2	2	100
Östergötland	2	2	100
Total	46	43	93

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på 43 av 46 sjukhus besvarade enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen är 93 procent (se tabell 1 på föregående sida). De som inte besvarade enkäten är Östersunds sjukhus i Region Jämtland-Härjedalen, Kristianstads sjukhus i Region Skåne och Höglandssjukhuset i Jönköpings län.

I resten av denna rapport används benämningen verksamhetsansvariga för förlossningen/BB för att underlätta läsningen. Med detta menas ansvariga verksamhetschefer/chefsbarnmorskor på både förlossningsavdelningen och BB-/eftervårdsavdelningen alternativt avdelningarna om det finns flera (inklusive hembesöksteam och BB-/patienthotell om detta finns) på det aktuella sjukhuset.

Enkäten i sin helhet redovisas i bilaga 2.

Enkät till samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården

En enkät skickades till alla samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården i samtliga landsting och regioner. Syftet med enkäten var att kartlägga mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossning. Ytterligare ett syfte var att identifiera eventuella utmaningar och behov av förändringar i vården och att kartlägga om nya kunskapsstöd efterfrågas.

När enkätundersökningen genomfördes under hösten 2016 fanns det totalt 37 samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården med uppgiften att bevaka utvecklingen inom omvårdnad och medicinska frågor inom barnmorskans ansvarsområde. De arbetar med samordning i vårdkedjorna och har huvudsansvaret för att samla in statistik. I arbetet ingår även fortbildning och yrkesmässig handläggning för barnmorskorna i mödrahälsovården. Omfattningen på uppdraget varierar till viss del mellan olika landsting och regioner, till exempel beroende på geografiska och organisatoriska förutsättningar och på befolkningsunderlaget [11]. I den här rapporten används benämningen SamBa-område för det område som samordningsbarnmorskan ansvarar för.

Totalt besvarade 35 av 37 samordningsbarnmorskor enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen är 95 procent (tabell 2).

Några landsting och regioner har endast en samordningsbarnmorska, och andra har två eller fler (tabell 2). Varje samordningsbarnmorska fick en egen enkät men några valde att besvara frågorna gemensamt i några av de landsting och regioner som har flera samordningsbarnmorskor. I Stockholms län svarade samtliga fyra samordningsbarnmorskor gemensamt på enkäten. Deras svar har då räknats som fyra svar. I Västra Götalandsregionen var det två samordningsbarnmorskor som besvarade enkäten tillsammans. Deras svar har då räknats som två svar. I Region Kronoberg gav regionens två samordningsbarnmorskor gemensamma svar. Deras svar har då räknats som två svar.

Enkäten i sin helhet redovisas i bilaga 3.

Tabell 2 – antal samordningsbarnmorskor och svarsfrekvens per landsting och region

Landsting/region	Antal samordningsbarnmorskor i landstinget eller regionen	Antal svarande	Svarsfrekvens i procent
Blekinge	1	1	100
Dalarna	1	1	100
Gotland	1	1	100
Gävleborg	1	1	100
Halland	1	1	100
Jämtland Härjedalen	1	1	100
Jönköpings län	3	3	100
Kalmar län	2	2	100
Kronoberg	2	2	100
Norrbottnen	1	1	100
Skåne	2	2	100
Stockholms län	4	4	100
Sörmland	1	1	100
Uppsala län	1	1	100
Värmland	1	1	100
Västerbotten	2	2	100
Västernorrland	2	2	100
Västmanland	1	0	0
Västra Götaland	6	5	83
Örebro län	1	1	100
Östergötland	2	2	100
Total	37	35	95

Enkät till vårdutvecklare inom barnhälsovården

En enkät skickades till alla vårdutvecklare inom barnhälsovården i samtliga landsting och regioner. Syftet med enkäten var att kartlägga barnhälsovårdens roll i vården efter förlossning. Ytterligare ett syfte var att identifiera eventuella utmaningar och behov av förändringar i vården och att kartlägga om nya kunskapsstöd efterfrågas.

När enkätundersökningen genomfördes under hösten 2016 fanns det totalt 40 vårdutvecklare för barnhälsovården. De kallas för BHV-samordnare, BHV-utvecklare eller vårdutvecklare. I den här rapporten används benämningen vårdutvecklare.

Vårdutvecklarna ska utveckla barnhälsovården inom det egna ansvarsområdet och samordna barnhälsovårdens verksamhet. De ska också se till att

- bhv-sjuksköterskorna får möjlighet att utveckla och upprätthålla god kompetens
- samla in och redovisa länets statistik för barnhälsovården
- introducera ny personal
- utgöra ett stöd till verksamheten
- utarbeta riktlinjer och metoder utifrån nationella program
- stödja implementering av nya arbetssätt och metoder.

Uppdragets omfattning varierar till viss del mellan olika landsting och regioner, till exempel beroende på befolkningsunderlaget samt geografiska och organisatoriska förutsättningar. I den här rapporten används benämningen samordningsområde för det område som vårdutvecklaren ansvarar för.

Totalt 38 av 40 vårdutvecklare besvarade enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen är 95 procent (tabell 3).

Tabell 3 – antal vårdutvecklare inom barnhälsovården och svarsfrekvens per landsting och region

Landsting/region	Antal vårdutvecklare inom barnhälsovården i landstinget eller regionen	Antal svarande	Svarsfrekvens i procent
Blekinge	2	2	100
Dalarna	1	1	100
Gotland	1	1	100
Gävleborg	2	2	100
Halland	1	1	100
Jämtland Härjedalen	1	1	100
Jönköpings län	1	0	0
Kalmar län	2	2	100
Kronoberg	1	1	100
Norrbottnen	1	1	100
Skåne	5	5	100
Stockholms län	4	4	100
Sörmland	2	1	50
Uppsala län	3	3	100
Värmland	1	1	100
Västerbottens län	1	1	100
Västernorrland	2	2	100
Västmanland	2	2	100
Västra Götaland	5	5	100
Örebro län	1	1	100
Östergötland	1	1	100
Total	40	38	95

Några landsting och regioner har endast en vårdutvecklare för barnhälsovården, medan andra har två eller fler. Alla vårdutvecklare fick en egen enkät skickad till sig men några svarade tillsammans med kolleger. I Uppsala län svarade samtliga tre vårdutvecklare gemensamt, och deras svar har då räknats som tre svar. I Region Skåne svarade samtliga fem vårdutvecklare gemensamt, vilket räknats som fem svar. I Västra Götalandsregionen var det två vårdutvecklare som gav gemensamma svar, och det har då räknats som två svar.

Enkäten i sin helhet redovisas i bilaga 4.

Rapportens upplägg och läsanvisning

Rapporten består av följande sex kapitel. Resultaten baseras i huvudsak på de fyra enkätundersökningar som genomförts inom ramen för uppdraget.

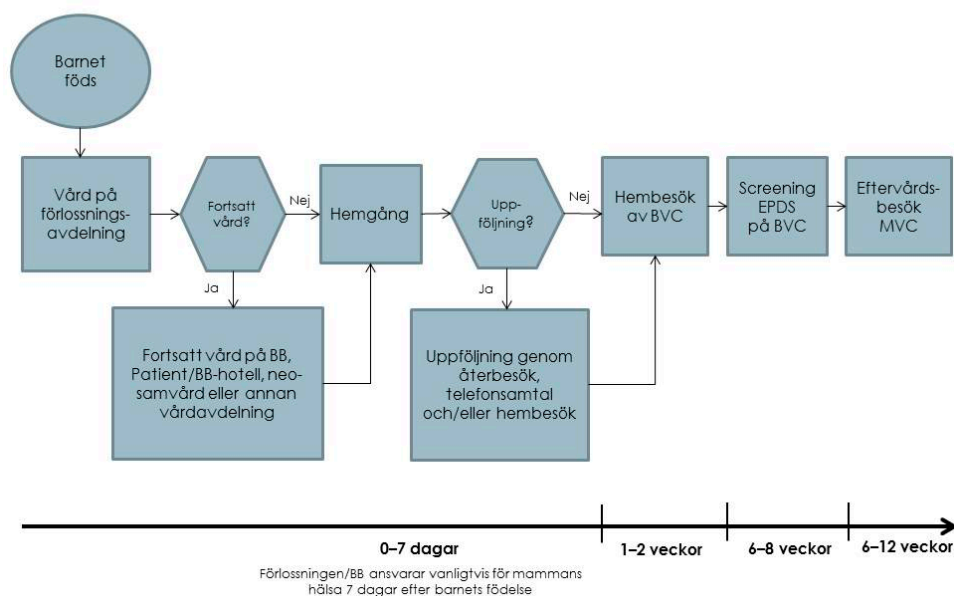
- *Vårdkedjan efter förlossning och centrala aktörer i vården*
I detta kapitel ges en övergripande beskrivning av vårdkedjan efter förlossning och de aktörer som har en central roll i vården.
- *Vården efter förlossning på förlossningen/BB*
Kapitlet behandlar vården efter förlossning på landets förlossnings- och BB-/eftervårdsavdelningar (inklusive BB-/patienthotell och hembesöksteam i de fall detta finns).
- *Mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossning*
I detta kapitel redovisas mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossning.
- *Barnhälsovårdens roll i vården efter förlossning*
Kapitlet beskriver barnhälsovårdens roll i vården efter förlossning.
- *Utmaningar och behov av förändringar i vården*
I detta kapitel redovisas vilka utmaningar och behov av förändringar i vården efter förlossning som framkommit i enkätsvaren. I detta kapitel redovisas även vilka utmaningar och behov av förändringar som framkommit i samband med att Socialstyrelsen intervjuade företrädare för SBF och SFOG, och företrädare för intresse- och patientorganisationer.
- *Socialstyrelsens bedömning och slutsatser*
I sista kapitlet redovisas Socialstyrelsens bedömning och slutsatser.

I rapporten *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning* redovisas de nationella kunskapsstöd som Socialstyrelsen har identifierat som berör vården efter förlossning, både kunskapsstöd som har tagits fram av Socialstyrelsen och kunskapsstöd som har tagits fram av berörda professionsföreningar eller andra aktörer. Här redovisas även planerade kunskapsstöd och sådana som håller på att tas fram. Uppgifterna baseras på en inventering inom ramen för denna kartläggning.

I rapporten redovisas även i vilken utsträckning landstingen och regionerna har egna regionala eller landstingsövergripande riktlinjer och vårdprogram för vissa utvalda delar av vården efter förlossning. Slutligen redovisas önskemål om och behov hos mottagare och målgrupper av att ta fram nya kunskapsstöd. Uppgifterna baseras på de fyra enkätundersökningarna.

Vårdkedjan efter förlossning och centrala aktörer i vården

Figur 1- vårdkedjan efter förlossning



Vårdkedjan efter förlossning illustreras i figur 1 ovan. I en majoritet (70 procent) av landstingen och regionerna ansvarar förlossningen/BB för vården av kvinnan i sju dagar efter barnets födelse.³ Det innebär att under den första veckan efter barnets födelse ska kvinnor som fött barn i första hand vända sig till förlossningen/BB vid frågor om sin egen hälsa och för uppföljning, kontroll, stöd, rådgivning, diagnostik eller behandling.

Det betyder dock inte att kvinnor som fött barn stannar på sjukhuset under den första veckan. Medelvårdtiden efter vaginal förlossning var knappt två dygn 2015. Efter kejsarsnitt var medelvårdtiden cirka tre dygn (Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen). Några sjukhus har en vårdtid på 6–12 timmar om inga komplikationer föreligger för varken mamman eller barnet.

Det varierar om sjukhusen erbjuder någon uppföljning av kvinnornas hälsa efter att de har lämnat sjukhuset, och även vilken uppföljning som erbjuds. Var tredje sjukhus följer alltid upp kvinnornas hälsa efter hemgång, medan

³ I några enstaka landsting och regioner ansvarar förlossningen/BB för vården av kvinnan i mer än sju dagar efter barnets födelse, enligt Socialstyrelsens enkätundersökning till ledningen i landstingen och regionerna. I Landstinget i Sörmland ligger ansvaret för vården till kvinnan på förlossningen/BB upp till sju dagar efter barnets födelse i normala fall, men i specifika fall upp till tio dagar och då efter individuell överenskommelse. I Region Kronoberg ansvarar förlossningen/BB för vården 14 dagar efter barnets födelse och i Region Östergötland i 42 dagar efter barnets födelse. I ett förtydligande svar har Region Östergötland dock meddelat att deras svar avser hela den obstetriska vårdkedjan och då har kvinnoklinikerna i regionen detta ansvar. Det är fyra landsting/regioner som saknar överenskommelser om hur lång tid efter barnets födelse som förlossningen/BB ansvarar för vården till kvinnan.

drygt hälften (56 procent) gör det endast i vissa fall. Uppföljning kan ske genom återbesök på sjukhuset, genom telefonsamtal och på ett fåtal sjukhus genom hembesök av barnmorska. Det är vanligast att uppföljning sker genom återbesök på sjukhuset.

En majoritet (90 procent) av landstingen och regionerna har i normalfallet ingen aktiv överrapportering från förlossningen/BB till varken mödrahälsovården eller barnhälsovården. Barnmorskan inom mödrahälsovården kan däremot ta del av både mammans och barnets förlossningsjournaler. BVC-sjuksköterskan kan vanligtvis endast ta del av barnets journal.⁴ BVC-sjuksköterskan får även meddelande om att mamman och barnet har blivit utskrivna från sjukhuset.

I enstaka fall, vid behov, tar personalen på förlossningen/BB personlig kontakt med barnmorskan inom mödrahälsovården och/eller BVC-sjuksköterskan inom barnhälsovården. Det kan till exempel vara om förlossningen varit komplicerad, om kvinnan har psykosociala problem eller om familjen behöver extra stöd.

Barnhälsovården gör vanligtvis ett hembesök inom 1–2 veckor efter barnets födelse och träffar då barnet och mamman eller båda föräldrarna för första gången efter förlossningen. Därefter träffar barnhälsovården ena eller båda av barnets föräldrar i samband med regelbundna mottagningsbesök på barnavårdscentralen (BVC). Vid dessa besök följs barnets hälsa, utveckling och livsvillkor. Barnhälsovården ska även bedriva ett hälsofrämjande arbete (levnadsvanor, miljö, samspel och relationer), ge stöd i föräldraskapet, följa och uppmärksamma föräldrars och partners psykiska hälsa, samt ge information och förmedla kunskap om lokala barn- och föräldraverksamheter. I det hälsofrämjande arbetet ingår bland annat att stödja och främja amning [12].

Omkring 6–8 veckor efter barnets födelse bör barnhälsovården erbjuda alla nyblivna mammor screening för depressionssymtom med Edingburgh postnatal depressive scale (EPDS) [13, 14]. EPDS är ett självskattningsformulär som består av tio påståenden om mammans stämningsläge de senaste sju dagarna [15]. Det varierar både inom och mellan landstingen och regionerna i vilken utsträckning screening med EPDS i praktiken erbjuds nyblivna mammor. Det visar landstingens och regionernas egna uppföljningar och siffror som redovisats till Socialstyrelsen inom ramen för kartläggningen. I några landsting och regioner har över 90 procent av nyblivna mammor erbjudits screening för depressionssymptom med EPDS. I en region har endast 50 procent av nyblivna mammor erbjudits screening för depressionssymptom med EPDS.

I de allra flesta landsting och regioner är mödrahälsovårdens uppföljning av kvinnornas hälsa efter förlossningen begränsad till det så kallade eftervårdsbesöket som ska erbjudas alla kvinnor.⁵ I normalfallet äger eftervårds-

⁴ Region Halland utmärker sig genom att barnhälsovården utöver journalhandlingarna även får så kallade mamma- och barnrapporter från förlossningen/BB. Mammareportern beskriver hur mamman mår och barnrapporten hur barnet mår. I båda rapporterna finns möjlighet att mer utförligt beskriva om mamman har haft psykiska eller emotionella bekymmer under graviditeten eller efter förlossningen. I barnrapporten finns möjlighet att beskriva hur barnet mår, om amningen har kommit igång och fungerar, och om barnet har fått tillmatning av bröstmjölkersättning. Men i praktiken fylls dessa rapporter sällan i på ett optimalt sätt, enligt vårdutvecklaren i regionen. Det beror bland annat på tidsbrist.

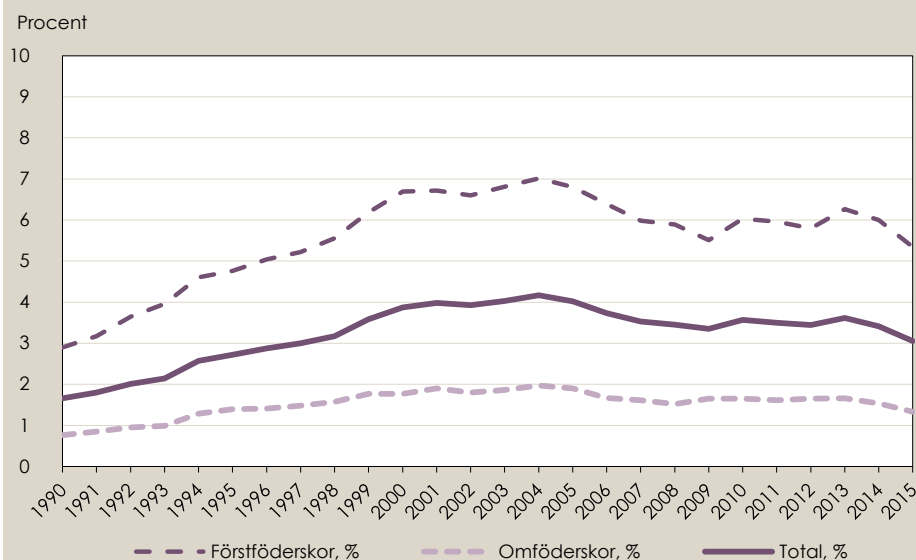
⁵ Region Halland och Örebro län utmärker sig då mödrahälsovården har som rutin att alltid erbjuda uppföljning utöver eftervårdsbesöket i form av telefonsamtal samt hembesök och/eller mottagningsbesök i vissa fall eller vid behov.

besöket rum cirka 6–12 veckor efter förlossningen [11]. Vid eftervårdsbesöket träffar kvinnan den barnmorska som hon gick hos under graviditeten, enligt Socialstyrelsens kartläggning. Av de kvinnor som födde barn 2015 kom 76 procent på eftervårdsbesök hos en barnmorska inom mödrahälsovården [16].

Uppföljning, vård och behandling vid förlossningsskador i bäckenbotten

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning indelas i fyra grader.⁶ Bristningar av grad I och II är vanligt förekommande, medan det är mindre vanligt med bristningar av grad III och grad IV. I figur 2 redovisas hur andelen bristningar efter vaginal förlossning har förändrats under perioden 1990–2015.

Figur 2 - bristning av grad III och IV vid vaginal förlossning fördelat på paritet, 1990–2015

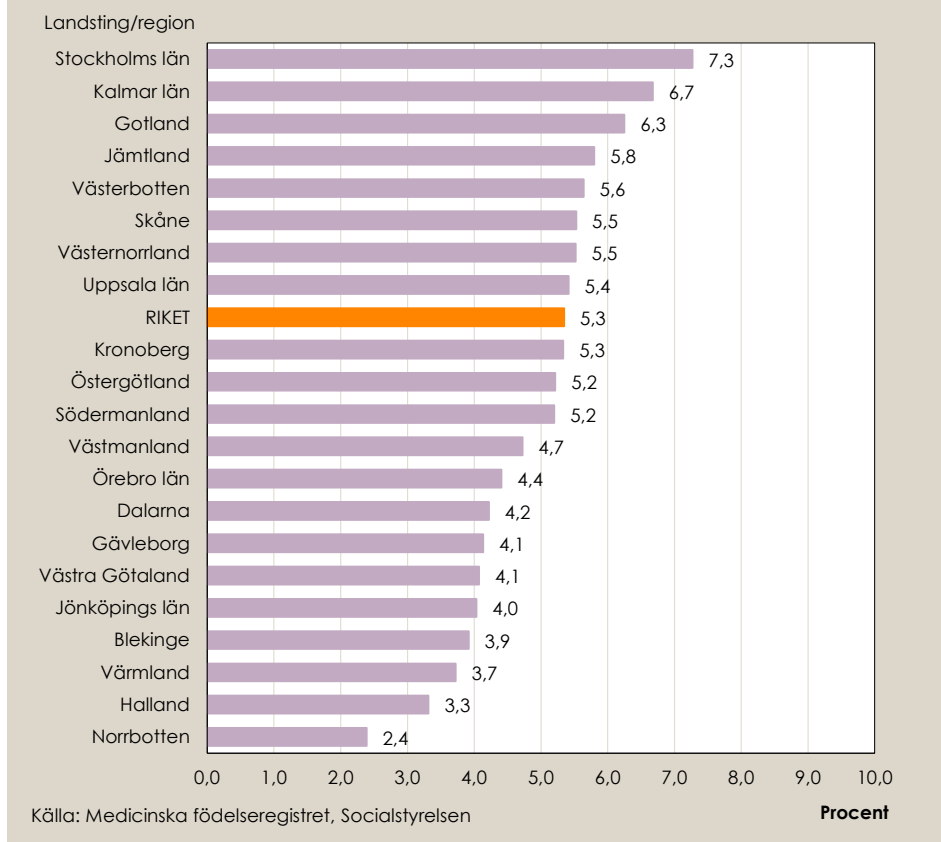


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Som redovisas i figur 3 på nästa sida finns det skillnader i förekomst av grad III- och IV-bristningar mellan olika landsting. För förstföderskor var andelen bristningar av grad III och IV 2015 högst i Stockholms läns landsting med 7,3 procent och lägst i Norrbottens län med 2,4 procent, jämfört med 5,3 procent för riket (figur 3).

⁶ I:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning eller i mellangården (området mellan slidan och ändtarmsöppningen) men inte i underliggande vävnad. II:a graden är en bristning i slidans slemhinna, mynning samt i hud och muskler i mellangården. III:e graden är en bristning i muskler i bäckenbotten och i ändtarmens slutmuskel. IV:e graden är en bristning in i ändtarmens slutmuskel och slemhinna [17].

Figur 3 - bristning grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödorskör per landsting, 2015



Socialstyrelsens kartläggning visar att merparten av sjukhusen följer upp bristningar av grad III och IV (sfinkterskador) efter hemgång från sjukhuset, däremot inte bristningar av grad II och grad I. Kvinnor som drabbats av bristningar grad III och IV erbjuds i de flesta fall återbesök hos läkare och i vissa fall även hos sjukgymnast. Kvinnor som drabbats av bristningar av grad I och II erbjuds vanligtvis uppföljning i samband med eftervårdsbesöket hos barnmorskan inom mödrahälsovården.

I ett fåtal landsting och regioner finns multidisciplinära mottagningar för bäckenbottensskador, det vill säga en mottagning med flera olika specialister där de behandlar till exempel urin- och analinkontinens, framfall och andra komplikationer till följd av skador i bäckenbotten efter förlossning. Dessa mottagningar behandlar även komplikationer i bäckenbotten som inte är förlossningsrelaterade.

En sådan mottagning är Bäckenbottencentrum vid universitetssjukhuset i Skåne som är ett samarbete mellan tre specialiteter: gynekologi, urologi och kirurgi. Vid centret vårdas och behandlas patienter med olika former av urin- eller avföringsinkontinens. Besvären kan också handla om tömningsproblem, överaktiv blåsa, framfall, förlossningsskador, smärtor i underlivet eller liknande [18].

Ett annat exempel är Bäckenbottencentrum vid Danderyds sjukhus i Stockholm. Här arbetar läkare, uroterapeuter, sjuksköterskor och barnmorskor med särskild utbildning inom gynekologi och kirurgi. Vid centret be-

handlas bland annat patienter som besväras av urin- och analinkontinens, förlossningsskador och framfall [19].

Under 2014 startade Bristningsregistret som är ett kvalitetsregister som finansieras av SKL. Syftet med bristningsregistret är att identifiera kvinnor som har besvär av förlossningsbristningar och erbjuda uppföljning vid behov. Ett annat syfte är att ge återkoppling till läkare och barnmorskor som suturerar bristningar om hur det går för kvinnorna och ge klinikerna uppföljning av sina medicinska resultat. Registret ska också skapa underlag för nationell jämförelse och forskningsutveckling inom området förlossningsbristningar och indirekt förbättra handläggningen av bristningar genom att efterfråga hur de diagnostiseras och sutureras [20].

Idag registreras kvinnor med bristningar av grad III och grad IV, men registret är utformat så att även bristningar av grad II ska kunna följas upp. Tanken är att vården ska börja lägga in bristningar av grad II. Det innebär dock en stor hantering då det är en betydligt större andel kvinnor som får en bristning av grad II än som får en bristning av grad III eller IV. Det är idag 36 av 46 sjukhus som deltar i Bristningsregistret. Målsättningen för registerhållaren är att samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet ska delta.

Amningsstöd till kvinnor som fött barn

Kvinnor som behöver amningsstöd är i första hand hänvisade till barnhälsovården. I knappt hälften av landstingen och regionerna kan de även vända sig till mödravårdscentralerna.

Cirka 80–90 procent av ammande kvinnor drabbas av såriga bröstvårtor under den första veckan efter förlossning. Av dessa får 26 procent större problem som kan medföra smärtsam amning eller infektion [21]. Bröstinflammation eller infektion uppstår oftare bland förstföderskor och uppträder sällan tidigare än 10 dagar efter förlossningen. Det är vanligast under andra och tredje veckan, förekommer framför allt under de första 12 veckorna men kan uppträda när som helst under amningstiden [22].

I 17 av de 20 landsting och regioner som besvarade Socialstyrelsens enkät till ledningen i landstinget eller regionen finns så kallade amningsmottagningar, det vill säga specialistmottagningar som tar emot kvinnor som behöver extra stöd. Det är vanligast att amningsmottagningen är organiserad i anslutning till en kvinnoklinik vid ett sjukhus. I enstaka fall finns en amningsmottagning i anslutning till en mödravårdscentral. I Värmland, i Norrbotten och på Gotland finns inga särskilda amningsmottagningar.

I merparten av landstingen och regionerna är kvinnor som fött barn i första hand hänvisade till amningsmottagningarna för diagnostik och behandling vid svårare bröstkomplikationer i samband med amning. Med bröstkomplikation i samband med amning avses till exempel mjölkstockning, infektion, inflammation, bröstböld eller någon annan komplikation som kan kräva diagnostik och medicinsk behandling av läkare. I ett fåtal landsting och regioner kan kvinnor även vända sig till sin vårdcentral för diagnostik och behandling. Det är i Dalarna, Norrbotten, Västerbotten, Jämtland-Härjedalen, Värmland, Västra Götaland och Kalmar län. I flera av dessa landsting och regioner kan det vara långa avstånd till närmaste sjukhus. Socialstyrelsen har

inte studerat närmare om det gäller samtliga vårdcentraler i dessa landsting och regioner.

Vid enklare bröstkomplikationer där medicinsk behandling inte krävs, kan kvinnor som fött barn vända sig till barnhälsovården för stöd och rådgivning.

Vården efter förlossning på förlossningen/BB

Alternativ för eftervård

Det varierar mellan olika sjukhus vilka alternativ för eftervård som kan erbjudas efter att barnet är fött.

Ett alternativ är att mamman eller båda föräldrarna och barnet stannar på förlossningsavdelningen tills det är dags för utskrivning och hemgång. Det kan erbjudas efter en okomplicerad förlossning och vid tidig hemgång inom cirka 6–12 timmar efter barnets födelse. Totalt 40 av 43 sjukhus (95 procent) kan erbjuda hemgång direkt från förlossningsavdelningen, men det är bara tre sjukhus som då kan erbjuda uppföljning i hemmet med hembesök av barnmorska.

Ett annat alternativ är att mamman eller båda föräldrarna och barnet flyttar över till en BB-/eftervårdsavdelning för fortsatt vård. Alla sjukhus kan erbjuda detta alternativ, men det varierar mellan olika sjukhus vilka som i första hand erbjuder detta alternativ.

Friska kvinnor och barn kan också erbjudas fortsatt vård på BB-/patienthotell. Ofta är bemanningen lägre där än på sjukhusets BB-/eftervårdsavdelning. Det är nio sjukhus som kan erbjuda detta alternativ.

Vid 28 av 46 sjukhus (65 procent) är vården organiserad så att mamman och barnet i vissa fall kan vara tillsammans och vårdas på samma avdelning om barnet är för tidigt fött eller sjukt (tabell 4).

Tabell 4 – alternativ som kan erbjudas när mamman och barnet lämnat förlossningsavdelningen

	Andel i procent	Antal sjukhus
Fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning	100	43
Fortsatt vård på BB-/patienthotell	21	9
Hemgång direkt från förlossningsavdelning med hembesök av barnmorska	9	3
Hemgång direkt från förlossningsavdelning utan hembesök av barnmorska	86	37
Samvård för mamma och barnet om barnet är för tidigt fött eller sjukt	65	28

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

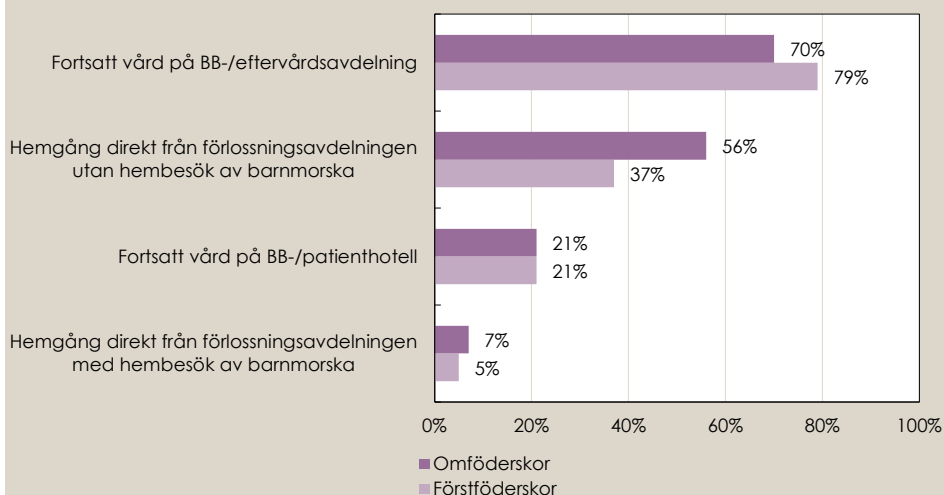
Vård efter vaginal förlossning

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på sjukhus med förlossningsverksamhet fick ange vilket alternativ som i första hand erbjuds till förstföderskor respektive omföderskor när de har lämnat förlossningsavdelningen efter vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet. De kunde ange flera svarsalternativ ifall två eller fler är lika vanliga.

Svaren visar att det är vanligast att erbjuda fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning till både förstföderskor och omföderskor. Det är även ett flertal sjukhus som i första hand erbjuder hemgång direkt från förlossningsavdelningen utan hembesök av barnmorska. Flera angav att sjukhuset antingen erbjuder fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning *eller* hemgång direkt från förlossningen utan hembesök av barnmorska. Det är något vanligare att erbjuda det senare alternativet till omföderskor än till förstföderskor (figur 4).

Figur 4 - alternativ som erbjuds i första hand vid vaginal förlossning

Vilket/vilka alternativ erbjuder ni i första hand efter att mamman och barnet lämnat förlossningsavdelningen vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet?



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Vård efter planerat kejsarsnitt

Efter planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet erbjuder samtliga sjukhus i första hand fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning till både förstföderskor och omföderskor. Ett sjukhus erbjuder i första hand fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning *eller* hemgång direkt utan hembesök av barnmorska, och ett sjukhus svarade att man inte utför några planerade kejsarsnitt och därför inte kan besvara frågan.

Fortsatt vård på BB-/eftervårdsavdelning

Vårdpersonal på BB-/eftervårdsavdelning

Det varierar till viss del mellan olika sjukhus vilka personalkategorier på BB-/eftervårdsavdelningarna som arbetar med vården efter förlossningen. Här redovisas den vårdpersonal som är involverad i vården av kvinnan, oberoende av om de har BB-/eftervårdsavdelningen som sin huvudsakliga arbetsplats eller inte.

På alla sjukhus arbetar barnmorskor på BB-/eftervårdsavdelningarna och läkare som är specialister inom obstetrik och gynekologi. På en övervägande majoritet av sjukhusen finns där även undersköterskor. Sjuksköterskor arbetar på omkring hälften av sjukhusens BB-/eftervårdsavdelningar. Andra personalkategorier är fysioterapeuter och kuratorer. Dessutom förekommer barnmorskestudenter, främst under sommarmånaderna (tabell 5).

Tabell 5 – vårdpersonal på BB-/eftervårdsavdelning

Vilka personalkategorier arbetar med vården till kvinnan på BB-/eftervårdsavdelningen/arna?

Personalkategorier	Andel i procent	Antal sjukhus
Barnmorskor	100	43
Obstetriker/gynekologer	100	43
Undersköterskor	93	40
Sjuksköterskor	49	21
Annan vårdpersonal	30	13

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Familjerum på BB-/eftervårdsavdelning

Det varierar mellan olika landsting och regioner samt mellan olika sjukhus i vilken utsträckning som familjen kan erbjudas eget rum på BB-/eftervårdsavdelningarna med möjlighet för mammans partner eller barnets pappa att stanna kvar även nattetid. Som redovisas i tabell 6 på nästa sida är det 16 av 43 sjukhus (37 procent) som tillhandahåller eget rum till alla föräldrar och barn med möjlighet för mammans partner eller barnets pappa att stanna kvar även nattetid.

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid två av de fem sjukhus som tillhandahåller eget rum till mindre än hälften av familjerna, har kommenterat att eget rum i första hand erbjuds till patienter som genomgått kejsarsnitt och till andra patienter som av medicinska eller psykiska orsaker behöver eget rum. Ryhovs länssjukhus i Jönköpings län utmärker sig genom att sjukhuset inte tillhandahåller eget rum till någon familj. Det finns inga enkelrum på BB-avdelningen, men om det finns platser kvar kan föräldrar och barn disponera ett dubbelrum för sig själva.

Tabell 6 – familjerum på BB-/effervårdsavdelning

Tillhandhåller ni eget rum för familjen på BB-/effervårdsavdelningen/arna med möjlighet för mammans partner/barnets pappa att stanna kvar även nattetid?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, till alla familjer	37	16
Ja, till mer än hälften av alla familjer	30	13
Ja, till omkring hälften av alla familjer	19	8
Ja, till mindre än hälften av alla familjer	12	5
Nej, eget rum tillhandhålls inte	2	1
Total	100	43

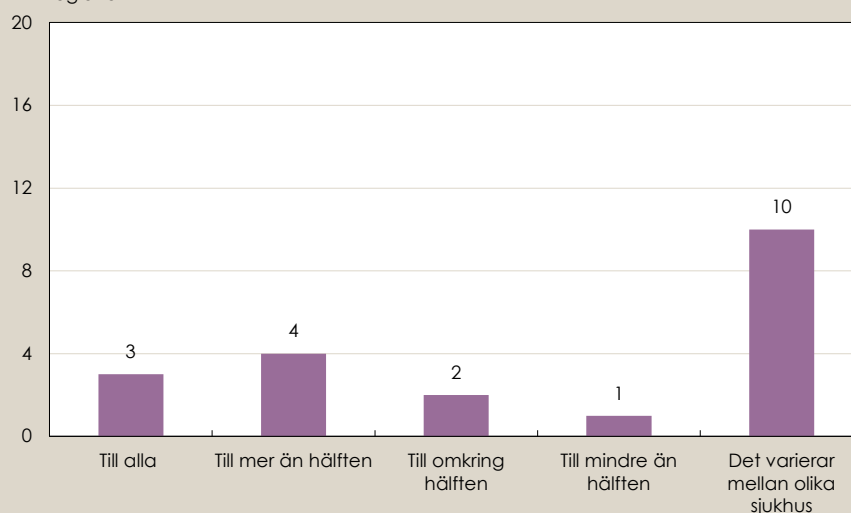
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

I figur 5 nedan redovisas i vilken utsträckning eget rum tillhandhålls i landstingen och regionerna samt om det finns variationer mellan olika sjukhus inom landstingen och regionerna. I tre landsting och regioner (Dalarna, Blekinge, Uppsala län) tillhandhålls eget rum till alla familjer. I fyra landsting och regioner (Östergötland, Värmland, Kronoberg, Gävleborg) tillhandhålls eget rum till mer än hälften av familjerna. I två landsting och regioner (Västmanland, Gotland) tillhandhålls eget rum till omkring hälften av familjerna och i ett landsting (Sörmland) tillhandhålls eget rum till mindre än hälften av familjerna. I övriga landsting och regioner finns variationer mellan olika sjukhus.

Figur 5 - eget rum till familjen på BB-/effervårdsavdelning

Tillhandhålls eget rum för familjen med möjlighet för mammans partner/barnets pappa att stanna kvar även nattetid?

Antal landsting/
regioner



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Fortsatt vård på BB-/patienthotell

Vårdpersonal på BB-/patienthotell

Det är nio sjukhus som kan erbjuda fortsatt vård på BB-/patienthotell: Södersjukhuset och Danderyds sjukhus i Stockholm, Växjö lasarett, Universitetssjukhusen i Malmö och Lund, Centralsjukhuset i Karlstad, Falu lasarett, Sundsvalls sjukhus och Sunderbyns sjukhus.

På merparten av sjukhusen består vårdpersonalen på BB-/patienthotellet av barnmorskor (7 av 9 sjukhus) och av sjuksköterskor (6 av 9 sjukhus). På tre av BB-/patienthotellen arbetar även undersköterskor.

Falu lasarett utmärker sig genom att det endast arbetar sjuksköterskor och undersköterskor men inga barnmorskor på BB-/patienthotellet. På Sunderbyns sjukhus arbetar endast sjuksköterskor på BB-/patienthotellet.

Danderyds sjukhus utmärker sig genom att det på sjukhusets BB-/patienthotell endast arbetar barnmorskor och läkare som är specialister inom obstetrik och gynekologi.

Familjerum på BB-/patienthotell

Åtta av nio sjukhus som har BB-/patienthotell tillhandhåller eget rum till alla familjer på BB-/patienthotellet med möjlighet för mammans partner eller barnets pappa att stanna kvar även nattetid.

BB-/patienthotellet vid Centralsjukhuset i Karlstad tillhandhåller eget rum till mer än hälften av alla familjer.

Hemgång direkt från förlossningsavdelningen med hembesök av barnmorska

Det är tre sjukhus som kan erbjuda hemgång direkt från förlossningsavdelningen med uppföljning i hemmet genom hembesök av barnmorska: Södersjukhuset i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Skellefteå lasarett.

Det är enbart Akademiska sjukhuset i Uppsala som i första hand erbjuder detta till både förstföderskor och omföderskor efter vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet. Hemgång från förlossningsavdelningen sker då vanligtvis inom 6–12 timmar efter barnets födelse.

Södersjukhuset i Stockholm erbjuder i första hand fortsatt vård på BB-/patienthotell för förstföderskor och fortsatt vård på BB-/patienthotell *eller* hemgång direkt från förlossningsavdelningen med hembesök av barnmorska till omföderskor.

Avdelningschefen för förlossningen/BB vid Skellefteå lasarett förtydligade att hembesök kan erbjudas till alla, men att sjukhuset inte har gjort några hembesök under de senaste åren även om det skulle vara praktiskt möjligt. När sjukhuset startade upp sin BB-hemvårdsverksamhet för 20 år sedan så

gjordes hembesök till alla. Idag kommer istället nyförlösta kvinnor på återbesök till sjukhuset i samband med att PKU⁷ ska göras på barnet.

Samvård på neontalvårdsavdelning

Totalt 28 av 43 sjukhus (65 procent) har organiserat vården så att mamman och barnet kan vara tillsammans och vårdas på samma avdelning om barnet är för tidigt fött eller sjukt. Var tredje sjukhus kan inte erbjuda samvård för mamman och barnet i dessa fall (tabell 6). På fyra av dessa sjukhus beror det på att det inte finns någon neontalvårdsavdelning på sjukhuset. Mamman och barnet förflyttas då till ett annat sjukhus för vård.

Tabell 6 – samvård för mamma och barn om barnet är för tidigt fött eller sjukt

Har ni organiserat vården så att mamman och barnet kan vara tillsammans och vårdas på samma avdelning om barnet är för tidigt fött eller sjukt?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja	65	28
Nej	35	15
Total	100	43

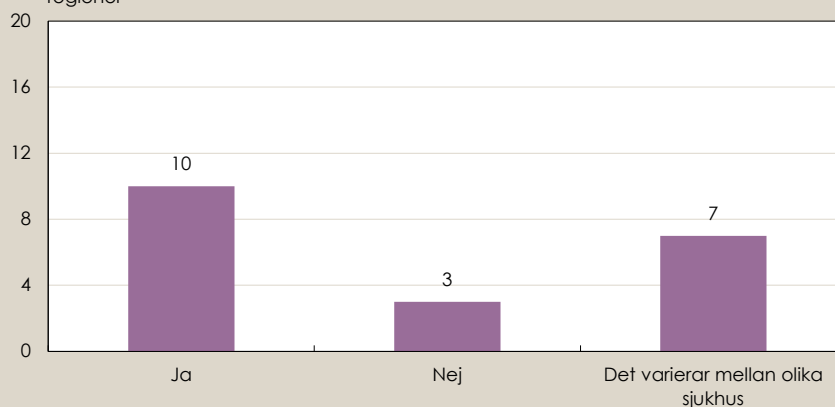
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

I figur 6 redovisas i vilken utsträckning samvård erbjuds i landstingen och regionerna om barnet är för tidigt fött eller sjukt, samt i vilken utsträckning det finns variationer mellan olika sjukhus inom landstingen och regionerna.

Figur 6 - samvård om barnet är för tidigt fött eller sjukt

Har ni organiserat vården så att mamma och barn kan vara tillsammans och vårdas på samma avdelning om barnet är för tidigt fött eller sjukt?

Antal landsting/
regioner



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

⁷ PKU är ett blodprov som tas på alla nyfödda barn i Sverige så snart som möjligt efter 48 timmars ålder. Provet syftar till leta efter ett antal ovanliga sjukdomar där det är viktigt att behandling sätts in snabbt [23].

I tio landsting och regioner (Blekinge, Dalarna, Halland, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Skåne, Värmland, Västmanland, Östergötland) erbjuds samvård på samtliga sjukhus om barnet är för tidigt fött eller sjukt. I tre landsting och regioner (Gotland, Norrbotten, Uppsala län) erbjuds inte samvård på något sjukhus. I övriga landsting och regioner finns variationer mellan olika sjukhus.

De sjukhus som kan erbjuda samvård erbjuder samvård för mamman och barnet på sjukhusets neonatalvårdsavdelning. Hur samvården är organiserad varierar mellan olika sjukhus. Ett alternativ är att det finns barnmorskor som arbetar på neonatalvårdsavdelningen och som svarar för vården av mamman där. Ett annat alternativ är att BB-/eftervårdsavdelningens personal besöker mamman på neonatalvårdsavdelningen där barnet är inskrivet.

Flertalet av de sjukhus som erbjuder samvård för mamman och barnet har begränsningar i möjligheten att erbjuda samvård. Antalet samvårdsplatser är ofta begränsat och samvård kan på flera sjukhus inte erbjudas om även mamman är sjuk och behöver medicinsk vård.

Lokalerna på sjukhuset kan vara ett hinder för att erbjuda samvård. Det kan till exempel handla om att det inte finns familjerum på neonatalvårdsavdelningen så att mamman och barnet kan bo och vara tillsammans dygnet runt. Även bemanningen på neonatalvårdsavdelningen kan vara ett hinder för att erbjuda samvård för mamman och barnet, till exempel att det inte arbetar några barnmorskor på neonatalvårdsavdelningen.

Några sjukhus håller på att utveckla nya eller mer avancerade samvårdsformer för att kunna erbjuda samvård även i de fall mamman behöver medicinsk vård, till exempel efter ett kejsarsnitt eller efter en sfinkterruptur.

Kontinuitet under vårdtiden avseende barnmorskor

Det är 34 av 43 sjukhus (79 procent) som saknar rutiner för att skapa kontinuitet avseende de barnmorskor födande kvinnor möter under förlossningen och i vården efter förlossningen (tabell 7).

Tabell 7 – rutiner för att skapa kontinuitet avseende de barnmorskor kvinnan möter

Har ni rutiner för att skapa kontinuitet avseenden de barnmorskor den födande kvinnan möter under förlossningen och i vården efter förlossningen?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja	21	9
Nej	79	34
Total	100	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Här avses att det finns rutiner och arbetssätt för att i möjligaste mån skapa kontinuitet, till exempel rutiner för hur schemat läggs och för hur arbetspassen fördelas i syfte att skapa kontinuitet. Med kontinuitet avses att den

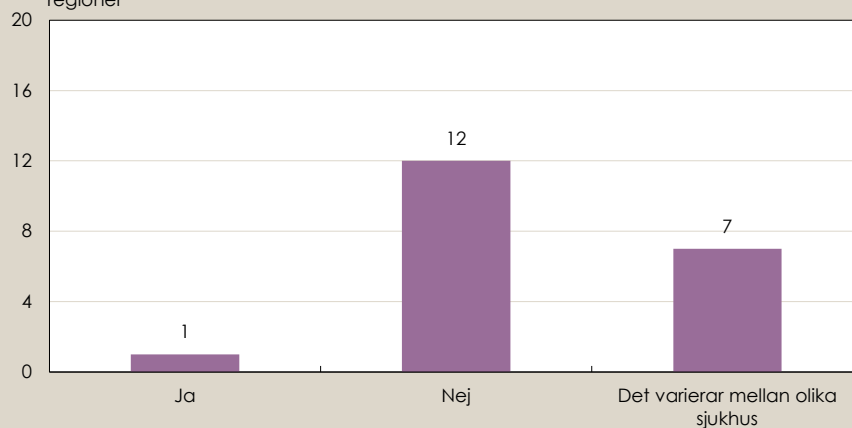
födande kvinnan möter samma barnmorska eller grupp av barnmorskor under förlossningen och vid vården efter förlossningen.

I figur 7 redovisas i vilken utsträckning det finns rutiner för att skapa kontinuitet i landstingen och regionerna när det gäller de barnmorskor som födande kvinnor möter under och efter förlossningen. I en region (Gotland) finns rutiner för kontinuitet på sjukhuset. I 12 landsting och regioner (Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Kalmar län, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala, Värmland, Västmanland, Västra Götaland, Östergötland) saknas rutiner för kontinuitet på sjukhusen. I övriga landsting och regioner finns variationer mellan olika sjukhus.

Figur 7 - rutiner för kontinuitet

Har ni rutiner för att skapa kontinuitet avseende de barnmorskor den födande kvinnan möter under förlossningen och i vården efter förlossningen?

Antal landsting/
regioner



Källa: : Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Totalt nio sjukhus (tabell 7) har rutiner för att skapa kontinuitet när det gäller de barnmorskor som kvinnor möter under förlossningen och i eftervården. På flera av dem roterar personalen mellan förlossningsavdelningen och BB-/eftervårdsavdelningen och scheman läggs för att skapa kontinuitet i möjligaste mån. Det förekommer även att förlossningsavdelningen och BB-/eftervårdsavdelningen tillhör samma avdelning eller ligger i nära anslutning till varandra.

BB Stockholm är en av de kliniker som har sådana rutiner för kontinuitet. Här läggs schema så att kvällspass följs av dagspass då barnmorskan träffar familjen. På avdelningen finns en kombination av både förlossningsrum och BB-/eftervårdsrum och det är uttalat bland personalen att kontinuitet är viktigt och att det är något de vill erbjuda.

Schematekniskt försöker vi skapa bästa förutsättningar för kontinuitet. Då BB-rum och förlossningsrum ligger på samma avdelning främjar det också kontinuitet. Har man haft födelse med en familj är grundregeln att man fortsätter vården av dem. Det finns dagar då arbetsbelastningen är så hög att vi behöver omorganisera oss men närheten till BB-rummen gör att barnmorskan oftast åtminstone hinner ha ett postpartumsamtal och gå igenom födelsejournalen.

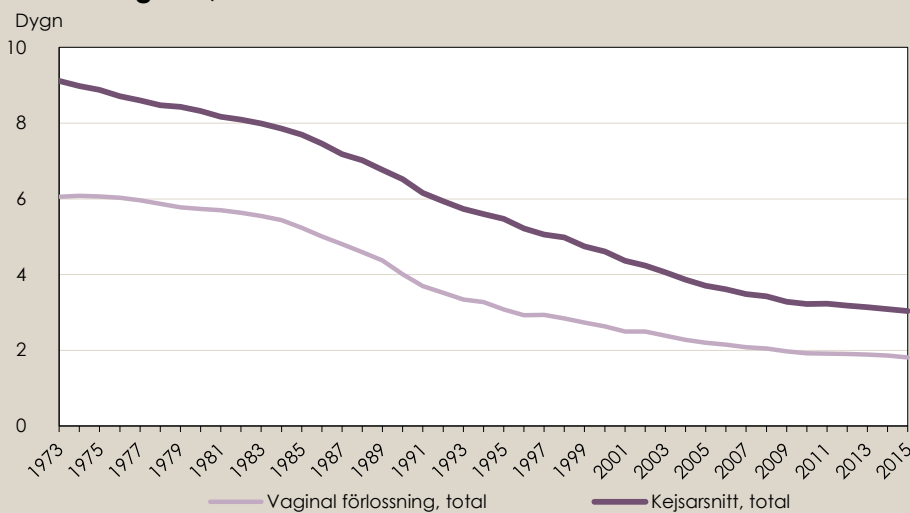
Verksamhetschef BB Stockholm

Lycksele lasarett i Västerbottens län är ett annat exempel. Här finns barnmorskemottagning på kvinnokliniken och kliniken har en kombinerad förlossnings- och BB-avdelning. En del mammor träffar samma barnmorska både inom mödrahälsovården under graviditeteten, under förlossningen och efter förlossningen på BB-/eftervårdsavdelningen. Så långt det är möjligt försöker de fördela patienterna på avdelningen så att samma barnmorska följer mamman.

Vårdtid innan hemgång från sjukhuset

Vårdtiden på sjukhuset efter förlossning har förändrats mycket vid såväl vaginala förlossningar som kejsarsnitt. Medelvårdtiden efter vaginal förlossning var sex dygn 1973 och knappt två dygn 2015. Efter kejsarsnitt minskade medelvårdtiden från nio till cirka tre dygn under samma period (figur 8).

Figur 8 - medelvårdtid efter förlossning, enkelbörd, fördelat på förlossningssätt, 1973–2015



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

År 2015 var medelvårdtiden för förstfödelskor efter vaginal förlossning 2,3 dygn och för omfödelskor 1,4 dygn. Efter kejsarsnitt var medelvårdtiden 3,4 dygn för förstfödelskor och 2,7 dygn för omfödelskor (Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen).

Vårdtid efter vaginal förlossning utan komplikationer

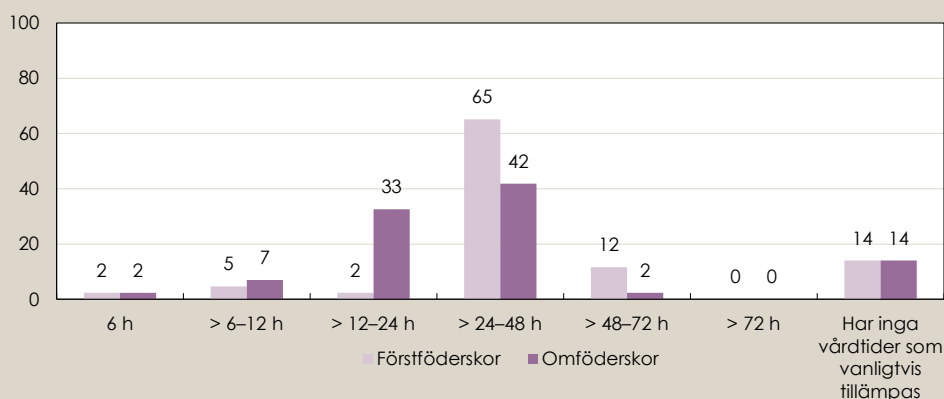
Medelvården efter förlossning, som redovisas ovan och baseras på uppgifter ur medicinska födeleregistret, omfattar alla kvinnor som fött barn, det vill säga både med och utan komplikationer efter förlossningen. Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB fick i enkätundersökningen ange vilken vårdtid som vanligtvis tillämpas vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet, det vill säga vilken vårdtid de har som praxis att tillämpa i dessa fall.

Figur 9 och tabell 8 nedan sammanfattar svaren. Det vanligaste är att både förstföderskor och omföderskor utan komplikationer går hem efter 24–48 timmar. För omföderskor är det nästan lika vanligt att gå hem efter 12–24 timmar om inga komplikationer föreligger.

Figur 9 - vårdtid efter vaginal förlossning

Vårdtid som vanligtvis tillämpas vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet?

Andel sjukhus
(procent)



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Tabell 8 - vårdtid efter vaginal förlossning

Vilken vårdtid innan hemgång brukar ni vanligtvis tillämpa för förstföderskor respektive omföderskor vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet?

	Förstföderskor	Omföderskor
Vårdtid	Antal sjukhus	Antal sjukhus
6 timmar	1	1
> 6-12 timmar	2	3
> 12-24 timmar	1	14
> 24-48 timmar	28	18
> 48-72 timmar	5	1
> 72 timmar	0	0
Har inga vårdtider som vanligtvis tillämpas	6	6
Total	43	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

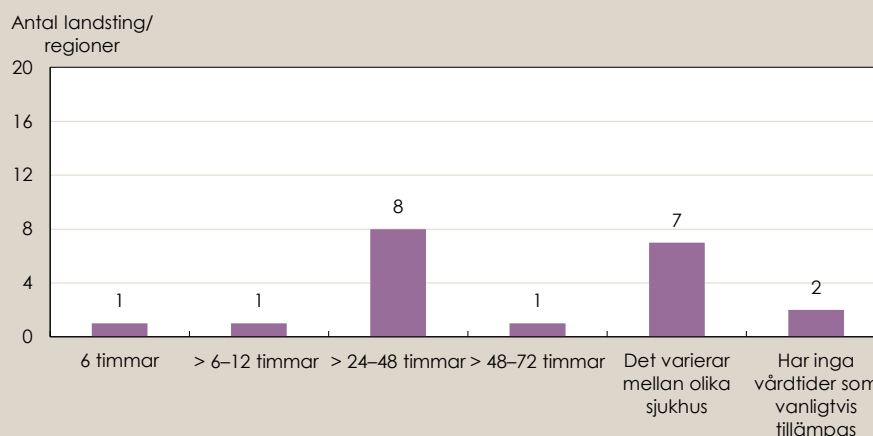
Variationer mellan landstingen och regionerna

Som redovisas i figur 10 varierar vårdtiden för förstföderskor mellan olika landsting och regioner och i flera fall även mellan olika sjukhus inom landstingen och regionerna.

Det är ett landsting som har som praxis att ha en vårdtid på 6 timmar (Värmland) och ett landsting (Uppsala län) som har en vårdtid på > 6–12 timmar för förstföderskor vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamma eller barn. Det är åtta landsting och regioner (Dalarna, Gävleborg, Jönköpings län, Kronoberg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Örebro län) som har som praxis att ha en vårdtid på > 24–48 timmar. Ett landsting (Blekinge) har en vårdtid på > 48–72 timmar. Två landsting och regioner (Gotland och Västmanland) angav att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas. I övriga landsting och regioner varierar det mellan olika sjukhus vilken vårdtid man som vanligtvis tillämpas för mammor och barn utan komplikationer efter förlossningen. Även i några av dessa landsting och regioner angav verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på några av sjukhusen att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas.

Figur 10 - vårdtid för förstföderskor efter vaginal förlossning

Vilken vårdtid innan hemgång brukar ni vanligtvis tillämpa för förstföderskor vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet?



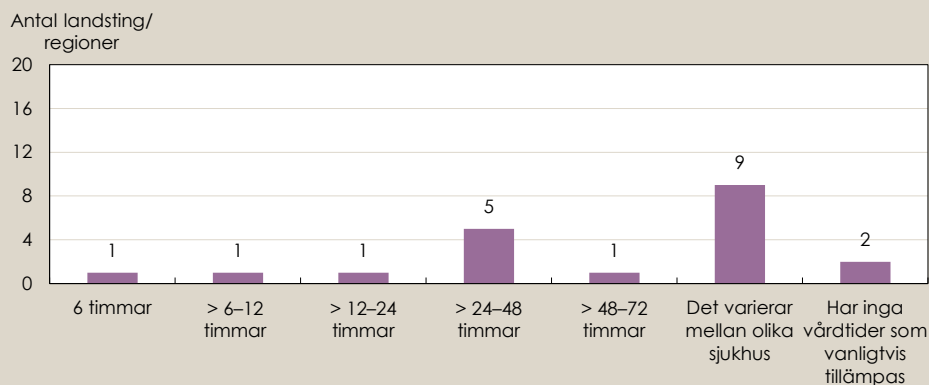
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Även för omföderskor varierar vårdtiden både mellan och inom landstingen och regionerna (figur 11). Ett landsting (Värmland) har som praxis att ha en vårdtid på 6 timmar för omföderskor efter vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamma eller barn. Ett annat landsting (Uppsala) har en vårdtid på > 6–12 timmar och ytterligare ett annat landsting (Sörmland) har en vårdtid på > 12–24 timmar. Fem landsting och regioner (Dalarna, Jönköpings län, Kronoberg, Norrbotten, Örebro län) har som praxis att ha en vårdtid på > 24–48 timmar. Ett landsting (Blekinge) har en vårdtid på > 48–72 timmar. Två landsting och regioner (Gotland, Västmanland) har inga vårdtider som vanligtvis tillämpas. I övriga landsting och regioner varierar

vårdtiden mellan olika sjukhus. Även i några av dessa landsting och regioner angav verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid några av sjukhusen att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas.

Figur 11 - vårdtid för omfödorskor efter vaginal förlossning

Vilken vårdtid innan hemgång brukar vanligtvis tillämpas för omfödorskor vid vaginal förlossning utan komplikationer för varken mamman eller barnet?

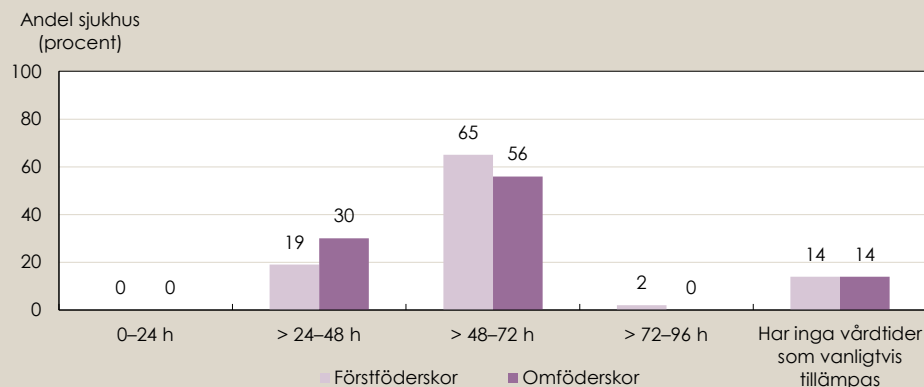


Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som har besvarat enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016

Vårdtid efter planerat kejsarsnitt utan komplikationer
Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB fick i enkätundersökningen även ange vilken vårdtid som vanligtvis tillämpas efter planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet. Efter planerat kejsarsnitt är det vanligast att sjukhusen har en vårdtid på 48–72 timmar för friska kvinnor och barn. Det är även flera sjukhus som har som praxis att friska kvinnor och barn går hem efter 24–48 timmar, det är vanligare för omfödorskor än för förstfödorskor (figur 12, tabell 9).

Figur 12 - vårdtid efter planerat kejsarsnitt

Vilken vårdtid brukar vanligtvis tillämpas vid planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet?



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Tabell 9 - vårdtid efter planerat kejsarsnitt

Vilken vårdtid tillämpas vanligtvis vid planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet?

	Förstföderskor	Omföderskor
Vårdtid	Antal sjukhus	Antal sjukhus
0-24 timmar	0	0
24-48 timmar	8	13
48-72 timmar	28	24
72-96 timmar	1	0
Har inga vårdtider som vanligtvis tillämpas	6	6
Total	43	43

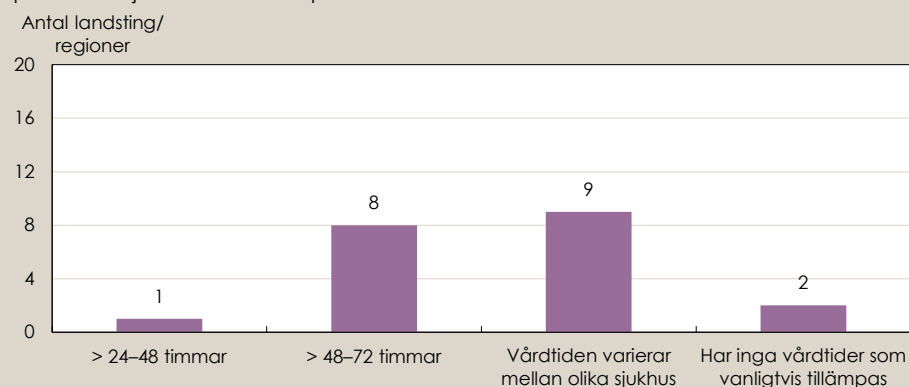
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Variationer mellan landstingen och regionerna

Som redovisas i figur 13 varierar vårdtiden för förstföderskor mellan olika landsting och regioner och i flera fall även mellan olika sjukhus inom landstingen och regionerna. Ett landsting (Värmland) har som praxis att ha en vårdtid på > 24–48 timmar efter planerat kejsarsnitt utan komplikationer. Det är åtta landsting och regioner (Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Jönköpings län, Kronoberg, Uppsala län, Västerbotten, Örebro län) som har en vårdtid på > 48–72 timmar. Två landsting angav att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas. I övriga landsting och regioner varierar vårdtiden mellan olika sjukhus. Även i några av dessa landsting och regioner angav verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid några av sjukhusen att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas.

Figur 13 - vårdtid för förstföderskor efter planerat kejsarsnitt

Vilken vårdtid innan hemgång brukar vanligtvis tillämpas för förstföderskor vid planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet?



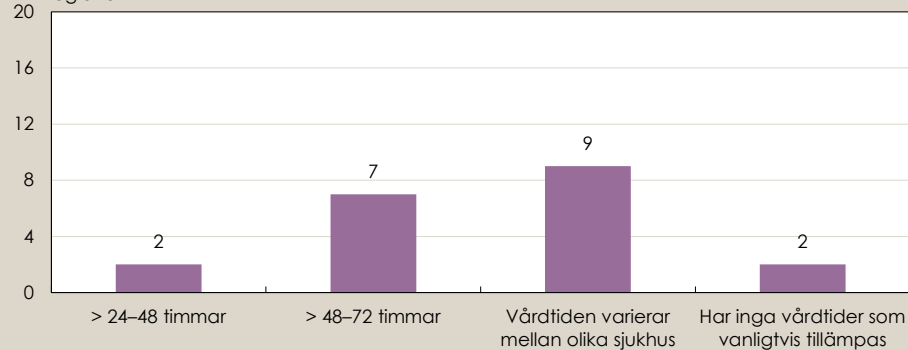
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som har besvarat enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016

Även för omfödelskor varierar det vilken vårdtid som vanligtvis tillämpas i landstingen och regionerna om inga komplikationer föreligger (figur 14). Två landsting och regioner (Kronoberg och Värmland) har som praxis att ha en vårdtid på > 24–48 timmar efter planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamma eller barn. Det är sju landsting och regioner (Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Jönköpings län, Uppsala län, Västerbotten, Örebro) som har en vårdtid på > 48–72 timmar. Två landsting (Gotland, Västmanland) angav att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas. I övriga landsting och regioner varierar vårdtiden mellan olika sjukhus. Även i några av dessa landsting och regioner angav verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid några av sjukhusen att de inte har några vårdtider som vanligtvis tillämpas.

Figur 14 - vårdtid för omfödelskor efter planerat kejsarsnitt

Vilken vårdtid innan hemgång brukar vanligtvis tillämpas för omfödelskor vid planerat kejsarsnitt utan komplikationer för varken mamman eller barnet?

Antal landsting/
regioner



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som har besvarat enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Möjlighet att förlänga vårdtiden innan hemgång utifrån individuella önskemål

Det är endast fem sjukhus (12 procent) som alltid kan tillgodose individuella önskemål från kvinnor som vill stanna längre på sjukhuset efter att ha fött barn, om medicinska skäl saknas. Det gäller då förlängning med minst ett dygn. Det är 30 av 43 sjukhus (70 procent) som oftast kan förlänga vårdtiden i dessa fall (tabell 10).

Tabell 10 – möjlighet att förlänga vårtiden innan hemgång

I vilken utsträckning kan ni tillgodose individuella önskemål från kvinnor som fött barn hos er om att förlänga vårtiden med minst ett dygn om medicinska skäl saknas?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Alltid	12	5
Oftast	70	30
Sällan	19	8
Aldrig	0	0
Total	100	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Totalt åtta sjukhus kan sällan förlänga vårdtiden utifrån kvinnans eller familjens önskemål. Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid två av dessa sjukhus, har kommenterat orsaken till detta. En skriver att det beror på vårdplatsbrist och den andra skriver att det tidigare var enklare att förlänga vårdtiden, men att ”trycket i förlossningsvården har ökat och beläggningen likaså”.

Diagnostisering och suturering av bristningar

Det är 35 av 43 sjukhus (81 procent) som har skriftliga rutiner för att diagnostisera och suturera bristningar av grad III och IV (sfinkterrupturer) i bäckenbotten som uppstått i samband med förlossningen. Av 43 sjukhus är det 20 sjukhus (47 procent) som även har skriftliga rutiner för handläggning av mer omfattande bristningar av grad II. För mindre omfattande bristningar av grad II och I är det bara omkring vart tredje sjukhus som har skriftliga rutiner för handläggningen. Totalt sex sjukhus (14 procent) saknar helt skriftliga rutiner för diagnostisering och suturering av bristningar i bäckenbotten (tabell 11).

Tabell 11 – skriftliga rutiner för diagnostisering och suturering av bristningar i bäckenbotten

Har ni skriftliga rutiner för att diagnostisera och suturera bristningar i bäckenbotten för de kvinnor som fött barn hos er?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, för bristningar grad I	30	13
Ja, för bristningar grad II	37	16
Ja, för mer omfattande bristningar grad II	47	20
Ja, för bristningar grad III och IV (sfinkterrupturer)	81	35
Nej	14	6

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Efter vaginal förlossning undersöks och inspekteras eventuella bristningar och dess storlek. För att avgöra om det föreligger en sfinkterskada är det viktigt att ett finger förs in i ändtarmen (rektalpalpation) för att se om det är en bristning i vaginalbotten som går ner i ändtarmen [24]. Av sjukhusen med

skriftliga rutiner för diagnostisering och suturering av bristningar har en övervägande majoritet (87 procent) också bestämmelser eller rekommendationer om att rektalpalpation ska utföras efter vaginala förlossningar.

Merparten (95 procent) av sjukhusen har bestämmelser om att bristningar av grad III och IV ska sutureras på en operationsavdelning. Knappt hälften (46 procent) har bestämmelser om att även mer omfattande bristningar av grad II ska sutureras på en operationsavdelning.

Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag inte granskat eller jämfört innehållet i sjukhusens rutiner för diagnostisering och suturering av bristningar i bäckenbotten.

Arbetsätt för att stödja och främja amning

Vid 37 av 43 sjukhus (86 procent) finns skriftliga rutiner för att stödja och främja amning (tabell 12).

Tabell 12 – skriftliga rutiner för att stödja och främja amning

Har ni skriftliga rutiner för att stödja och främja amning?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja	86	37
Nej	14	6
Total	100	43

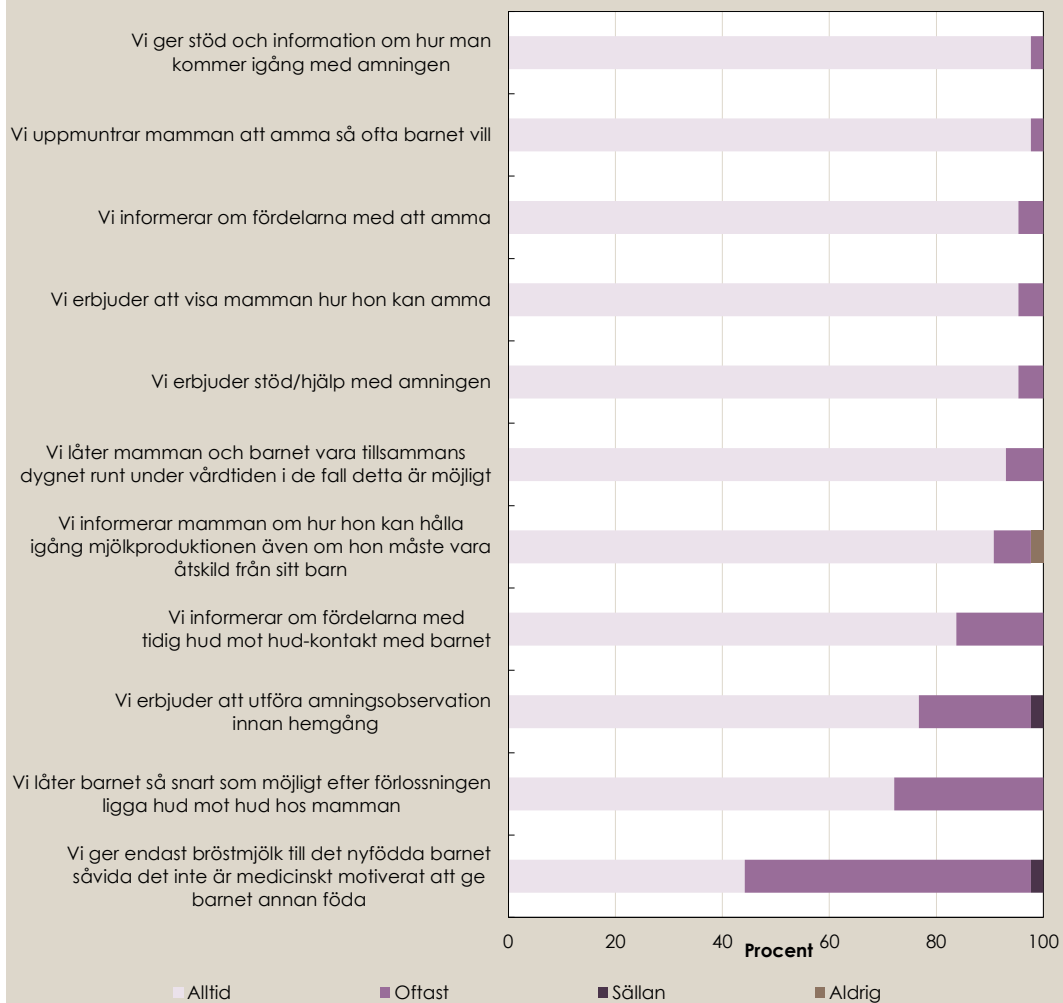
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Unicef och WHO har gett ut en gemensam rekommendation för att skydda, främja och stödja amning, och i den ingår *Ten steps to successful breastfeeding* [25]. Socialstyrelsen har, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket och Livsmedelsverket, översatt och anpassat rekommendationen inom ramen för en nationell samordning av amningsfrågor. Rekommendationen riktar sig till mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård [26].

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB fick i enkätundersökningen ange på vilka sätt vårdpersonalen arbetar för att stödja och främja amning med utgångspunkt i rekommendationerna från *Tio steg som främjar amning*. Resultatet redovisas i figur 15. Där framgår att sjukhusen alltid eller oftast arbetar i enlighet med merparten av de rekommenderade stegen för att främja amning. Merparten av sjukhusen har angett att de alltid eller oftast låter mamman och barnet varar tillsammans dygnet runt under vårdtiden i de fall detta är möjligt. Som tidigare redogjorts för gäller det däremot inte på flertalet sjukhus om barnet är för tidigt fött eller sjukt (se s.31 i denna rapport). Det är några verksamhetsansvariga som kommenterade i sina enkätsvar att modersmjölksersättning endast ges om det är medicinskt motiverat *eller* om mamman begär det.

Figur 15 - arbetssätt för att stödja och främja amning

På vilka sätt arbetar ni för att stödja och främja amning?



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Handläggning av psykisk ohälsa och negativ förlossningsupplevelse

Det är 16 av 43 sjukhus (37 procent) som har skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa och sjukdom hos de kvinnor som fött barn på sjukhuset (tabell 13).

Tabell 13 – Rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossning

Har ni skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossning hos de kvinnor som fött barn hos er?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja	37	16
Nej	63	27
Total	100	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget inte studerat innehållet i sjukhusens rutiner. Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB fick dock beskriva vilka åtgärder de brukar vidta om en kvinna som fött barn hos dem uppvisar tecken på nedstämdhet, depression eller annan psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen. Det gällde även de sjukhus som saknar skriftliga rutiner för att identifiera och hantera sådan ohälsa.

Ett återkommande svar är att de tar kontakt med kurator, psykolog eller psykiatriker. Några svars personer skrev att en ansvarig läkare eller obstetriker bedömer kvinnans tillstånd och fattar beslut om vilka åtgärder som bör vidtas. Andra svarade att de bokar en tid för besök hos specialistmödravården.

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på omkring var tredje sjukhus skrev att de även tar kontakt med och informerar barnhälsovården. Det är bara ett fåtal verksamhetsansvariga som angav att de förlänger vårdtiden i dessa fall.

Åtgärder vid negativ förlossningsupplevelse

Verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på 37 av 43 sjukhus (86 procent) angav att de har som rutin att vidta åtgärder om en nyförlöst kvinna skattat eller beskrivit sin förlossningsupplevelse som negativ. Resterande sju sjukhus har inte som rutin att vidta några åtgärder i dess fall. På några av sjukhusen är ett förbättringsarbete på gång.

Det vanligaste exemplet på åtgärd, enligt enkätsvaren, är att erbjuda den nyförlösta kvinnan samtal med en barnmorska på en Auroramottagning⁸ eller motsvarande. Samtal med den förlösande barnmorskan och/eller läkaren är ett annat återkommande exempel på åtgärd.

⁸ En Auroramottagning är en mottagning som kan erbjuda stöd och hjälp till kvinnor som känner oro och rädsla inför att föda och/eller har ett ökat behov av att samtala om tidigare förlossningsupplevelser.

Samtal om förlossningen och information innan hemgång

Alla föräldrar bör erbjudas förlossningssamtal med barnmorska någon gång under vårdtiden efter förlossningen, eller senare per telefon i de fall det inte är möjligt att träffas. Det anges i nationella rekommendationer för vården under de närmsta sju dagarna efter förlossningen, som har tagits fram av berörda professionsföreningar. Under samtalet bör föräldrarna få möjlighet att samtala om förlossningsprocessen, förlossningssmärta och smärtlindring samt få chans att sätta ord på känslor som väckts under förlossningen och under vårdtiden [27].

Samtal om förlossningen

En majoritet (86 procent) av sjukhusen erbjuder alla kvinnor möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse innan hemgång (tabell 14).

Tabell 14 – samtal om förlossningsupplevelse innan hemgång

Erbjuder ni de kvinnor som fött barn hos er möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse innan hemgång?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, alltid	86	37
Ja, i vissa fall	12	5
Nej	2	1
Total	100	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Fem sjukhus erbjuder denna möjlighet i vissa fall (tabell 14). Ett av dessa sjukhus är Akademiska sjukhuset i Uppsala där en stor andel av kvinnorna går hem direkt från förlossningsavdelningen efter 6–12 timmar. De får istället möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse med en barnmorska vid hembesöket som äger rum 1–2 dagar efter hemgång.

Ett annat exempel är Gävle sjukhus. Där är det kvinnor som angett att de haft en negativ förlossningsupplevelse som erbjuds möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse innan hemgång, samt kvinnor som genomgått en långdragen eller traumatisk förlossning eller ett akut kejsarsnitt.

Samtal med den barnmorska som deltog under förlossningen

Det är 11 av 43 sjukhus (26 procent) som alltid erbjuder kvinnorna möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse med den barnmorska som deltog under förlossningen, antingen innan eller efter hemgång. En majoritet av sjukhusen (67 procent) erbjuder denna möjlighet i vissa fall (tabell 15).

Tabell 15 – samtal om förlossningsupplevelse med den barnmorska som deltog under förlossningen

Erbjuder ni de kvinnor som fött barn hos er möjlighet att prata om förlossningen och sin förlossningsupplevelse med den barnmorska som deltog under förlossningen, antingen innan eller efter hemgång?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, alltid	26	11
Ja, i vissa fall	67	29
Nej	7	3
Total	100	43

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Några svarspersoner skrev i sina enkätsvar att samtal med den förlösande barnmorskan inte alltid går att erbjuda på grund av korta vårdtider, hög arbetsbelastning och personalens scheman. Om det inte går att få till ett samtal innan hemgång från sjukhuset kan den förlösande barnmorskan i vissa fall erbjuda samtal per telefon.

Flera svarspersoner skrev att samtal erbjuds vid ”angivet dålig förlossningsupplevelse”, ”låg skattning på VAS-skalan” och ”traumatisk förlossningsupplevelse”.

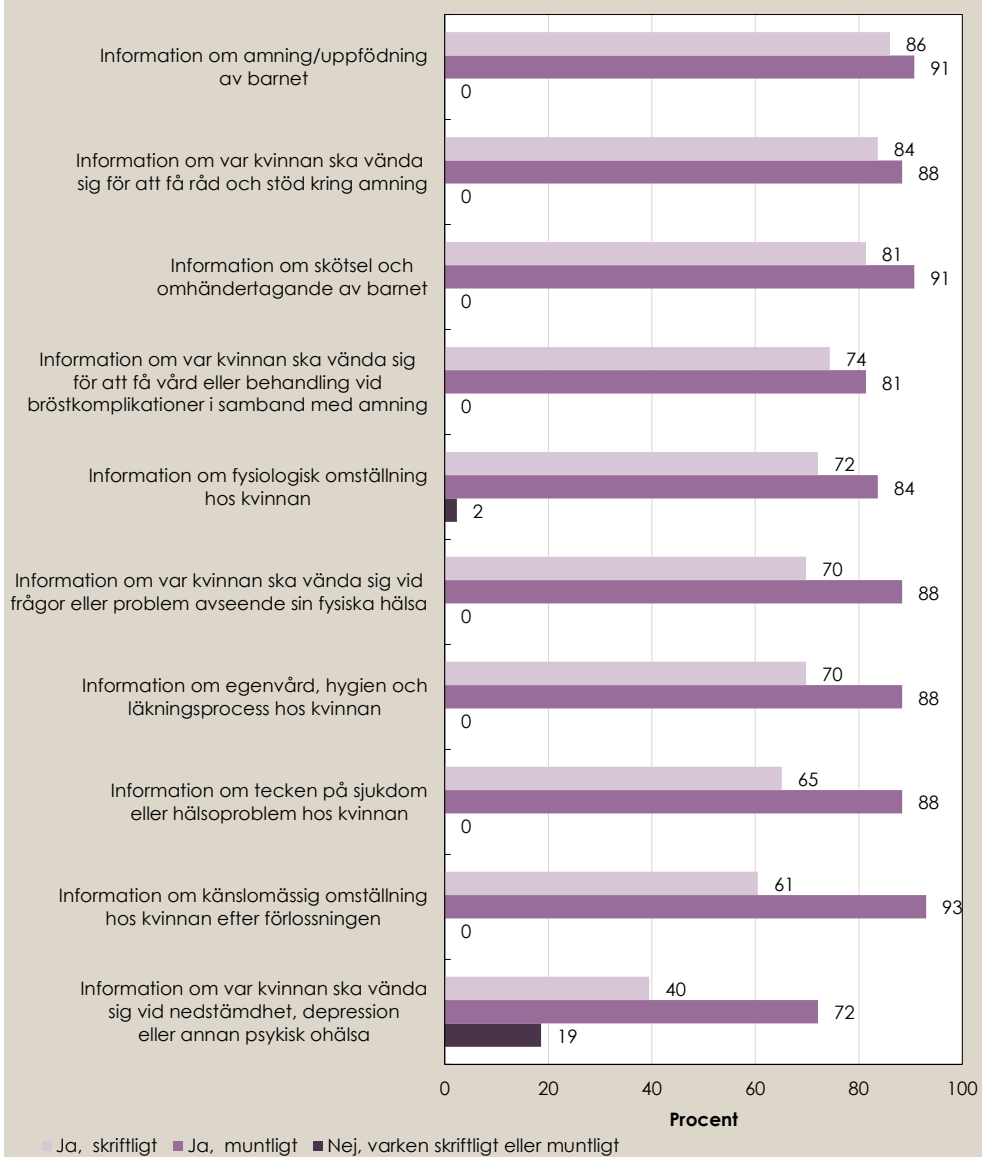
Utskrivningssamtal och information innan hemgång

Vid alla sjukhus genomförs utskrivningssamtal innan hemgång från sjukhuset. Utskrivningssamtalet syftar till att ge föräldrarna tydlig information angående den fortsatta vårdplaneringen och vart de kan vända sig för information och stöd dygnet runt efter hemgång, enligt nationella rekommendationer för vården under de närmsta sju dagarna efter förlossningen som har tagits fram av berörda professionsföreningar [27]. Det varierar till viss del vilken information kvinnorna får före hemgång, samt om informationen ges muntligt eller skriftligt eller både muntligt och skriftligt. Det är något vanligare att ge muntlig information än skriftlig information, men vid en majoritet av sjukhusen får kvinnorna både muntlig och skriftlig information om flera områden.

Som redovisas i figur 16 är det åtta sjukhus (19 procent) som varken ger muntlig eller skriftlig information om var kvinnan ska vända sig vid nedstämdhet, depression eller annan psykisk ohälsa efter förlossningen.

Figur 16 - information innan hemgång

Har ni som rutin att ge följande information innan hemgång?



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Uppföljning av kvinnornas hälsa efter hemgång

Det är 15 av 43 sjukhus (35 procent) som alltid följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång. Något fler än hälften (56 procent) följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång i vissa fall (tabell 16).

Tabell 16 – uppföljning av kvinnornas hälsa efter hemgång

Följer ni upp kvinnornas hälsa efter hemgång?

Svarsalternativ	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, alltid	35	15
Ja, i vissa fall	56	24
Nej	9	4
Total	100	43

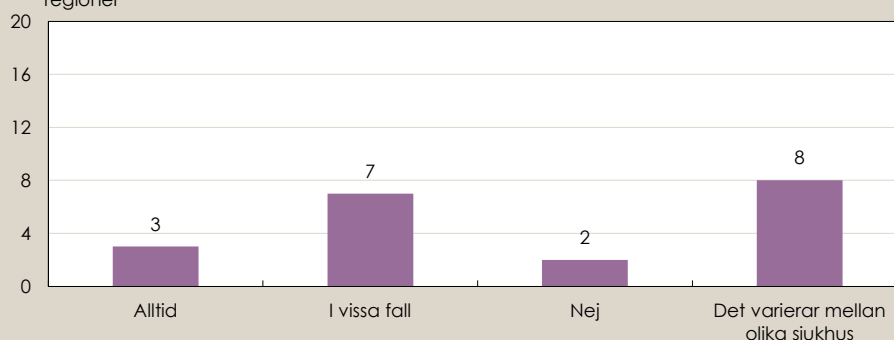
Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Som redovisas i figur 17 varierar det både mellan olika landsting och regioner och mellan olika sjukhus i vilken utsträckning de följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång. Det är tre landsting och regioner (Sörmland, Uppsala län och Värmland) som alltid följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång från sjukhuset. Det är sju landsting och regioner (Gotland, Gävleborg, Halland, Kalmar län, Kronoberg, Norrbotten, Västmanland) som följer upp kvinnornas hälsa i vissa fall. Två landsting och regioner (Blekinge, Dalarna) följer inte upp kvinnornas hälsa efter hemgång från sjukhuset. I övriga landsting och regioner finns variationer mellan olika sjukhus.

Figur 17 - uppföljning efter hemgång från sjukhuset

Följer ni upp kvinnornas hälsa efter hemgång från sjukhuset?

Antal landsting/
regioner



Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB vid Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Det är inget sjukhus i Jämtland/Härjedalen som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Bland de sjukhus som gör uppföljning i vissa fall är det flera verksamhetsansvariga på förlossningen/BB som skrev i sina enkätsvar att det är tidpunkten för hemgång som avgör om man gör en uppföljning eller inte. Några av sjukhusen följer upp hälsan hos de kvinnor som gick hem inom 48 timmar.

Andra sjukhus följer upp kvinnornas hälsa om de gick hem inom 72 timmar. Det finns även sjukhus som endast följer upp kvinnor som gick hem inom 6–12 timmar om det inte finns fog för oro eller behov av ytterligare stöd med amning. Eventuell uppföljning beror också på om graviditeten eller förlossningen var komplicerad eller inte, om det finns medicinska eller psykologiska skäl för uppföljning, eller om kvinnan behöver extra stöd, till exempel med amning.

Uppföljning kan erbjudas genom återbesök på sjukhuset, genom telefonsamtal eller genom hembesök av barnmorska. Som tidigare nämnts är det bara tre sjukhus som kan erbjuda uppföljning genom ett hembesök av barnmorska. Av de 15 sjukhus som alltid följer upp kvinnornas hälsa efter hemgång erbjuder de flesta uppföljning genom återbesök på sjukhuset. Näst vanligast är att erbjuda uppföljning per telefon. Det finns inga större variationer mellan sjukhusen i återbesökets innehåll. De ställer frågor om kvinnans allmäntillstånd och om hur amningen fungerar. De erbjuder även att utföra amningsobservation och ger stöd och rådgivning om amning. Merparten av sjukhusen undersöker alltid bristningar och suturer vid behov eller om kvinnan så önskar och frågar om kvinnans psykiska välbefinnande, om eventuella fysiska besvär samt om blödning och avslag, medan ett fåtal av sjukhusen endast gör det i vissa fall.

Uppföljning av bristningar efter hemgång

Alla sjukhus utom ett har som rutin att följa upp bristningar av grad III och IV (sfinkterrupturer) efter hemgång. Verksamhetsansvariga vid det återstående sjukhuset skrev i sitt enkätsvar att patienten får frågan om hon har några besvär och undersöks vid behov. Totalt 18 av 43 sjukhus (42 procent) har även som rutin att följa upp mer omfattande bristningar av grad II efter hemgång (tabell 17).

Tabell 17 – uppföljning av bristning och sutur efter hemgång

Har ni som rutin att följa upp bristningar och suturer efter hemgång för de kvinnor som fött barn hos er?

	Andel i procent	Antal sjukhus
Ja, bristningar grad I	16	7
Ja, bristningar grad II	21	9
Ja, mer omfattande bristningar av grad II	42	18
Ja, bristningar grad III och IV (sfinkterrupturer)	98	42
Nej	0	0

Källa: Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på Sveriges samtliga sjukhus med förlossningsverksamhet. Det är 43 av 46 sjukhus som besvarade enkäten, vilket innebär att bortfallet är 7 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Ett fåtal sjukhus angav att de även har som rutin att följa upp mindre omfattande bristningar av grad II och bristningar av grad I. På flera av dessa sjukhus förtydligade dock svarspersonerna i sina enkätsvar att sådana mindre omfattande bristningar följs upp i samband med eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården. Uppföljningen görs därmed inte av personalen på förlossningen/BB, vilket frågan avsåg.

Mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossning

Eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården

Mödrahälsovården följer vanligtvis upp kvinnornas hälsa efter förlossning i samband med ett eftervårdsbesök. Det finns ett medicinskt basprogram för graviditet och eftervård som har tagits fram på nationell nivå av berörda professionsföreningar, och enligt det utförs eftervårdsbesöket i normalfallet cirka 6–12 veckor efter förlossningen. Eftervårdsbesöket ska erbjudas alla kvinnor som fött barn [11].

I samtliga landsting och regioner har mödrahälsovården som rutin att endast erbjuda ett eftervårdsbesök. Här avses hur många eftervårdsbesök mödrahälsovården har som rutin att vanligtvis erbjuda, inte vad som görs i specifika eller enstaka fall. I samtliga landsting och regioner är det den barnmorska som kvinnan träffade under graviditeten som vanligtvis genomför eftervårdsbesöket. Efter en komplicerad graviditet eller förlossning erbjuds även uppföljning hos läkare och i vissa fall även hos sjukgymnast.

Av de kvinnor som födde barn under 2015 kom 76 procent på ett eftervårdsbesök hos en barnmorska inom mödrahälsovården [16].

Tidsbokning av eftervårdsbesöket

I det nationella medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård, rekommenderas att eftervårdsbesöket bokas redan under graviditeten för att få bättre uppslutning [11]. Socialstyrelsens kartläggning visar att det varierar både mellan och inom landstingen och regionerna hur och när besöket bokas. Det kan även variera mellan olika barnmorskor på en och samma mottagning. Totalt 12 av 35 samordningsbarnmorskor (34 procent) svarade att tid för eftervårdsbesöket vanligtvis bokas i slutet av graviditeten på mödravårdscentralerna eller barnmorskemottagningarna i deras ansvarsområde (tabell 18).

Tabell 18 – tidsbokning av eftervårdsbesök

Hur har ni som rutin att boka tid för eftervårdsbesöket/-en, inom mödrahälsovården i ditt SamBa-område?

Svarsalternativ	Andel i procent	Antal
Tid bokas vanligtvis i slutet av graviditeten	34	12
BMM/MVC kontaktar vanligtvis kvinnan efter förlossningen för att boka tid	23	8
Kvinnan kontaktar vanligtvis BMM/MVC efter förlossningen för att boka tid	23	8
Vi har inte gemensamma rutiner för tidsbokningen av eftervårdsbesöket	17	6
Annat ⁹	3	1
Total	100	35

Källa: Enkät till samtliga samordningsbarmorskor inom mödrahälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Eftervårdsbesökets innehåll

I samtliga landsting och regioner finns riktlinjer för vad eftervårdsbesöket bör innehålla. Det kan vara landstings- eller regionövergripande riktlinjer, lokala riktlinjer för enskilda SamBa-områden eller de rekommendationer för eftervårdsbesökets innehåll som ges i det nationella medicinska basprogrammet [11] för graviditet och eftervård (tabell 19). Flera samordningsbarmorskor angav att mödrahälsovården ska följa både regionala och lokala riktlinjer för eftervårdsbesökets innehåll. Flera angav också att mödrahälsovården ska arbeta i enlighet med både lokala riktlinjer och det nationella medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård.

Tabell 19 – riktlinjer för eftervårdsbesökets innehåll

Har ni gemensamma riktlinjer som anger vad eftervårdsbesöket bör innehålla?

Svarsalternativ	Andel i procent	Antal
Ja, landstings-/regionövergripande riktlinjer	57	20
Ja, lokala riktlinjer för SamBa-området	23	8
Ja, mödrahälsovården ska följa de rekommendationer för eftervårdsbesökets innehåll som ges i det nationella medicinska basprogrammet för graviditet och eftervård	54	19

Källa: Enkät till samtliga samordningsbarmorskor inom mödrahälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Rekommendationerna för eftervårdsbesökets innehåll varierar till viss del mellan olika landsting och regioner och i vissa fall även mellan olika SamBa-områden inom landstingen och regionerna.

Som framgår av figur 18 på nästa sida är innehållet i eftervårdsbesöket delvis gemensamt för mödrahälsovården i samtliga SamBa-områden i landstingen och regionerna.

⁹ Det är en samordningsbarmorska som i sitt enkätsvar har svarat "Annat" och som har kommenterat att tid vanligtvis bokas i slutet av graviditeten eller genom att kvinnan kontaktar barmorskemottagningen/mödravårdscentralen efter förlossningen för att boka tid. I undantagsfall kontaktar mödravårdscentralen kvinnan för att boka besöket.

Besöket ska omfatta samtal om

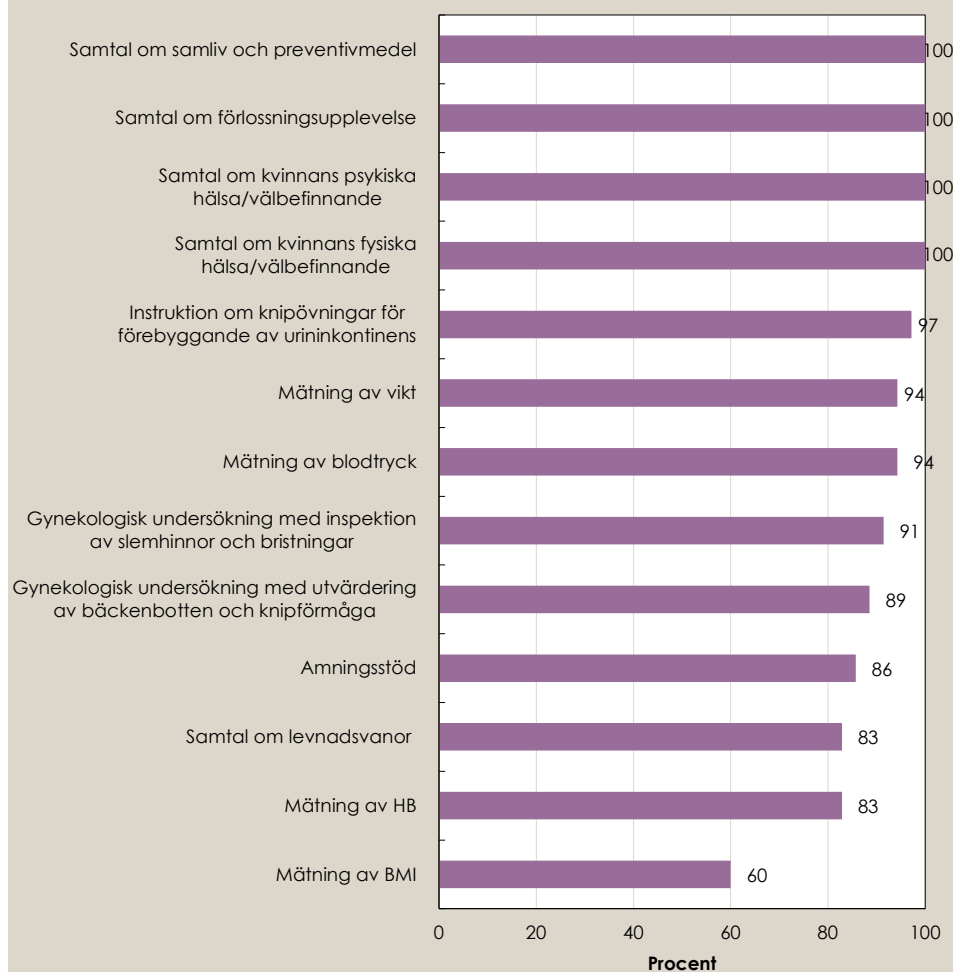
- kvinnans fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande
- förlossningsupplevelsen
- samliv och preventivmedel.

I samtliga landsting och regioner utom en ska eftervårdsbesöket även innehålla instruktion om knipövningar för att förebygga urininkontinens.

I merparten (91 procent) av landstingen och regionerna ska en gynekologisk undersökning med inspektion av slemhinnor och bristningar erbjudas i samband med eftervårdsbesöket. I merparten (89 procent) av landstingen och regionerna ska bäckenbotten och knipförmåga utvärderas i samband med en gynekologisk undersökning (figur 18). Två samordningsbarnmorskor skrev i sina enkätsvar att mödrahälsovården inte har som rutin att erbjuda en gynekologisk undersökning, men att det erbjuds vid behov.

Figur 18 - eftervårdsbesökets innehåll

Vad ska eftervårdsbesöket innehålla enligt de riktlinjer som mödrahälsovården i ditt SamBa-område ska arbeta utifrån?



Källa: Enkät till samtliga samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarnmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Handläggning av komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten

I några landsting och regioner finns riktlinjer eller rutiner för att handlägga bristningar i bäckenbotten inom mödrahälsovården, men i andra saknas gemensamma skriftliga rutiner.

Om kvinnan har komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten remitteras hon i de flesta fall till en specialistläkare inom obstetrik och gynekologi. Några samordningsbarnmorskor skrev i sina enkätsvar att kvinnan remitteras till en sjukgymnast. Kvinnan kan även remitteras till ett bäckenbottencentrum eller motsvarande i det fall det finns en sådan mottagning i landstinget eller regionen.

Handläggning av psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossning

I några landsting och regioner finns riktlinjer eller vårdprogram för psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och barnafödande. I andra landsting och regioner saknas sådana riktlinjer.

Flertalet samordningsbarnmorskor skrev att kvinnor med behov av vård för psykisk ohälsa remitteras vidare till en kurator, läkare, psykolog, psykoterapeut eller mödrabarnhälsovårdspsykolog eller till en Aurooramottagning. En samordningsbarnmorska skrev att barnhälsovården informeras och en annan angav att de tar kontakt med den förlösande barnmorskan i de fall det är aktuellt. I några SamBa-områden erbjuder mödrahälsovården vid behov screening för depressionssymptom med EPDS i samband med eftervårdsbesöket.

Handläggning vid svåra förlossningsupplevelser

Samtal om förlossningsupplevelsen ingår i eftervårdsbesöket i samtliga landsting och regioner. Flera samordningsbarnmorskor skrev i sina enkätsvar att kvinnor som fött barn får skatta sin förlossningsupplevelse redan på sjukhuset. Kvinnor som gav en låg skattning, erbjuds samtal med en Aurorabarnmorska, läkare eller psykolog. I samband med eftervårdsbesöket följer barnmorskan inom mödrahälsovården upp att de kvinnor som hade en negativ förlossningsupplevelse har erbjudits uppföljande samtal, enligt några samordningsbarnmorskors enkätsvar.

Några samordningsbarnmorskor skrev att kvinnan även får skatta sin förlossningsupplevelse i samband med eftervårdsbesöket, och att uppföljning sedan planeras för de kvinnor som behöver det.

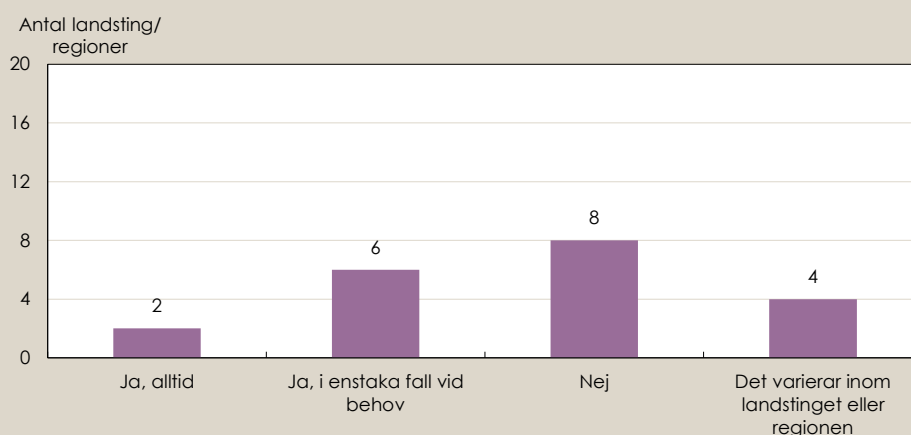
En samordningsbarnmorska skrev att kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt erbjuds uppföljande samtal.

Uppföljning utöver eftervårdsbesöket

I åtta landsting och regioner (Blekinge, Dalarna, Jämtland-Härjedalen, Kalmar län, Kronoberg, Värmland, Västerbotten, Östergötland) har mödrahälsovården inte som rutin att erbjuda någon uppföljning utöver eftervårdsbesöket. I sex landsting och regioner (Gotland, Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Uppsala län, Västernorrland) har mödrahälsovården som rutin att erbjuda uppföljning utöver eftervårdsbesöket i enstaka fall vid behov. En sådan extra uppföljning kan till exempel erbjudas efter en traumatisk eller svår förlossningsupplevelse, vid oro och psykisk ohälsa, vid tidigare förlossningsrädsla, om barnet är sjukt eller skadat, om kvinnan har problem med bristningar eller andra medicinska komplikationer efter graviditet och förlossning, och vid amningsrelaterade problem. I fyra landsting och regioner finns variationer mellan olika SamBa-områden inom landstinget eller regionen (figur 19).

Figur 19 - uppföljning utöver eftervårdsbesöket

Har mödrahälsovården som rutin att erbjuda någon uppföljning utöver eftervårdsbesöket till kvinnor som fött barn?



Källa: Enkät till samtliga samordningsbarnmorskor i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarnmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen samordningsbarnmorska i Västmanland som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Det är endast i Halland och Örebro län som mödrahälsovården har som rutin att alltid erbjuda uppföljning utöver eftervårdsbesöket till kvinnor som fött barn.

I Örebro län ska barnmorskorna ringa upp samtliga kvinnor som är förlösta och har lämnat sjukhuset. Hembesök ska erbjudas 3–7 dagar efter förlossningen till alla förstfödarskor som gick hem inom 48 timmar från barnets födelse, alla omfödarskor med tidigare amningsproblem som gick hem inom 48 timmar från barnets födelse, och alla kvinnor med psykosocial problematik.

I Halland finns en rutin som innebär att mödrahälsovården ska ringa upp nyförlösta kvinnor två veckor efter förlossningen och samtala om deras förlossningsupplevelse och mående. I dagsläget gäller detta endast i norra Halland men det finns planer på att göra detta till en regional rutin som även

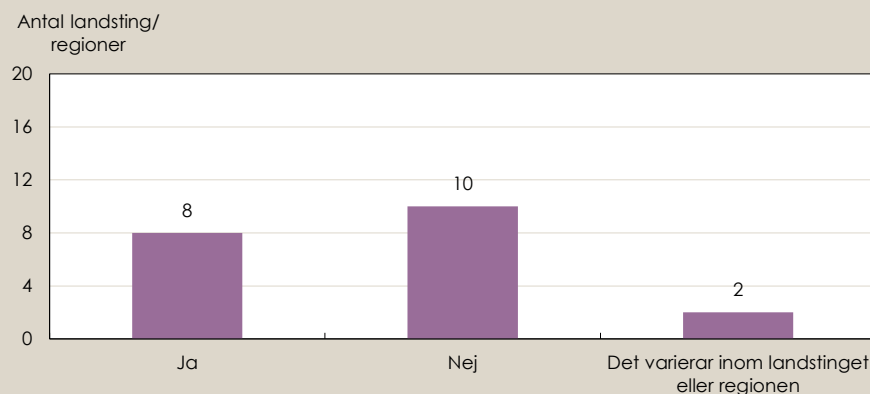
omfattar södra Halland. Om barnmorskan anser att en kvinna ska ha tidig uppföljning skrivs det in i kvinnans journal och hon uppmanas då att höra av sig till mödrahälsovården för att boka in ett tidigt besök. Ett extra mottagningsbesök hos barnmorska inom mödrahälsovården ska alltid erbjudas vid behov. Det kan till exempel vara om kvinnan är nedstämd, eller har suturer som ger besvär och behöver klippas bort eller om en tidig uppföljning behövs på grund av en komplicerad förlossning. I praktiken gör barnmorskorna detta i mån av tid. Rutinen förutsätter att det finns tid avsatt, men så är inte alltid fallet om avdelningarna är hårt belastade, enligt samordningsbarnmorskan för Region Halland.

Amningsstöd inom mödrahälsovården

I knappt hälften av landstingen och regionerna (Blekinge, Gotland, Norrbotten, Skåne, Stockholms län, Sörmland, Uppsala län, Örebro län) kan kvinnor som fött barn vända sig till mödrahälsovården för att få amningsstöd utöver det stöd som eventuellt ges i samband med eftervårdsbesöket. I två landsting och regioner (Kalmar län och Västra Götaland) finns variationer mellan olika SamBa-områden inom landstinget eller regionen, enligt samordningsbarnmorskornas enkätsvar (figur 20).

Figur 20 - amningsstöd inom mödrahälsovården

Kan kvinnor vända sig till mödrahälsovården för amningsstöd utöver det stöd som erbjuds i samband med ett eftervårdsbesök?



Källa: Enkät till samtliga samordningsbarnmorskor i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarnmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen samordningsbarnmorska i Västmanland som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Bland de samordningsbarnmorskor som svarade att mödrahälsovården inte erbjuder amningsstöd, kommenterade flera i sina enkätsvar att amningsstöd i första hand erbjuds inom barnhälsovården och på kvinnoklinikens amningsmottagning.

I några av landstingen och regionerna som erbjuder amningsstöd inom mödrahälsovården, finns begränsningar i det amningsstöd som erbjuds. Exempelvis förtydligade samordningsbarnmorskorna i Stockholms län att kvinnor kan vända sig till sin barnmorskemottagning för amningsstöd, men

vilket stöd de får är beroende av MHV-barnmorskans kompetens och intresse för amningsfrågor. Det finns inget uppdrag för att tillhandahålla amningsstöd på någon barnmorskemottagning i Stockholms län.

Samordningsbarnmorskan för Region Gotland skrev i sitt enkätsvar att stödet i praktiken oftast endast ges av barnhälsovården, men att mödrahälsovården nu försöker ändra på det.

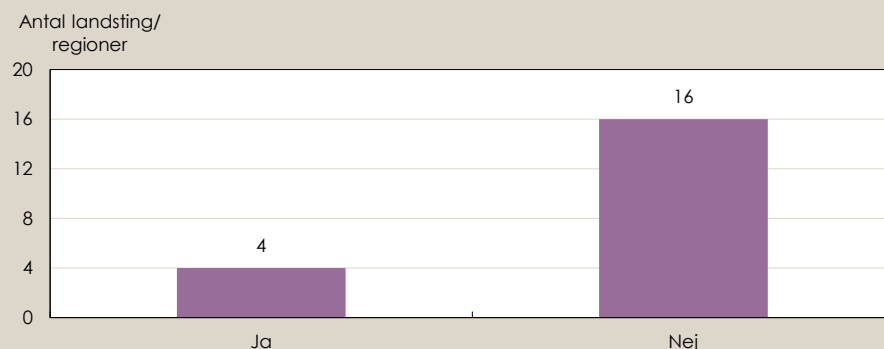
Mödrahälsovården och barnhälsovården kan tillsammans bli ett bra amningsforum för kvinnorna. Mödrahälsovårdsbarnmorskan har en enorm kompetens och ger fortlöpande amningsinformation under hela graviditeten både muntligt och skriftligt.

Samordningsbarnmorska inom mödrahälsovården i Region Gotland

I merparten av landstingen och regionerna kan kvinnor som fött barn inte vända sig till mödrahälsovården för diagnostik och behandling av bröstkomplikationer i samband med amning (figur 21). Det gäller då till exempel mjölkstockning, infektion, inflammation, bröstböld eller annan komplikation vid amning som kan kräva diagnostik och medicinsk behandling av läkare. Det är endast på Gotland, i Stockholms län, i Värmland och i Örebro län som kvinnor som fött barn kan vända sig till mödrahälsovården i dessa fall. Samordningsbarnmorskorna i Stockholms län, i Örebro län och på Gotland förtydligade dock i sitt enkätsvar att kvinnor med bröstkomplikationer kan kontakta sin barnmorska inom mödrahälsovården, men ofta hänvisas kvinnorna vidare till en amningsmottagning på sjukhuset, till BB-avdelningen eller till en gynekologisk akutmottagning vid behov.

Figur 21 - diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning inom mhv

Kan kvinnor som fött barn vända sig till mödrahälsovården för diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning?



Källa: Enkät till samtliga samordningsbarnmorskor i Sveriges landsting och regioner. Det är 35 av 37 samordningsbarnmorskor som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen samordningsbarnmorska i Västmanland som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Barnhälsovårdens roll i vården efter förlossning

Hälsosamtal och vägledning

Sjuksköterskan inom barnhälsovården träffar vanligtvis mamman eller båda föräldrarna första gången efter förlossningen i samband med ett hembesök. Enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet bör alla familjer med ett nyfött barn erbjudas ett hembesök, oavsett hur många barn familjen har sedan tidigare. Rekommendationen är att BVC-sjuksköterskan tar kontakt med familjen om BVC har fått ett meddelande från förlossningen/BB eller på annat sätt fått vetskap om det nyfödda barnet, och föräldrarna inte har hört av sig inom några dagar. Till familjer med barn som är för tidigt födda eller familjer som vistats på sjukhus av någon annan anledning rekommenderas att hembesök erbjuds så snart som möjligt efter hemkomsten, dock senast inom 30 dagar [28].

Vårdutvecklarna för barnhälsovården angav i sina enkätsvar att barnhälsovården strävar efter att erbjuda hembesök inom de första 1–2 veckorna efter barnets födelse.

Samtliga vårdutvecklare som besvarade Socialstyrelsens enkät, angav att barnhälsovården ska arbeta i enlighet med det nationella barnhälsovårdsprogrammet. I programmet finns förslag på upplägg för det första hembesöket. Det rekommenderas att föräldrarna får möjlighet att var för sig berätta om graviditeten, förlossningen och BB-tiden samt berätta om den första tiden hemma. Vidare rekommenderas samtal om rökning, alkohol och barnets uppfödning. BVC-sjuksköterskan ska ge kunskap om amningens fördelar och ge föräldrar individuellt stöd när det gäller både amning och användning av bröstmjölkersättning vid behov [28].

I samband med mottagningsbesöken på BVC rekommenderas att barnhälsovården erbjuder hälsosamtal och vägledning till föräldrarna. Under de första veckorna rekommenderas samtal om föräldrarnas frågor och förväntningar, graviditet och förlossning, barnets hälsa, föräldrarnas hälsa (till exempel föräldraskap, sömn och amning) samt om familjesituationen och det sociala nätverket. BVC-sjuksköterskan ska informera om barnhälsovårdsprogrammet och BVC samt ge information om de föräldragrupper som finns [29].

Flera vårdutvecklare som Socialstyrelsen har varit i kontakt med beskriver att barnhälsovården uppmärksammar mammans och föräldrarnas hälsa eftersom föräldrarnas hälsa har betydelse för barnets hälsa.

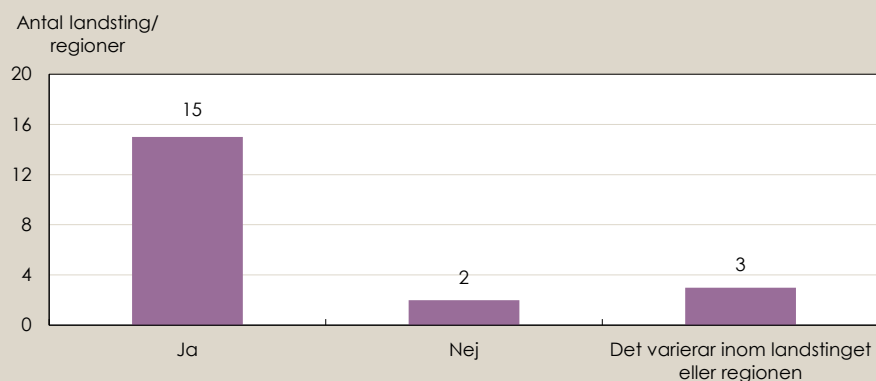
Amningsstöd inom barnhälsovården

I samtliga landsting och regioner kan nyblivna mammor vända sig till barnhälsovården för att få stöd och rådgivning om amning.

I merparten av landstingen och regionerna (Blekinge, Dalarna, Uppsala län, Värmland, Östergötland, Sörmland, Västernorrland, Västmanland, Norrbotten, Gotland, Jämtland-Härjedalen, Kronoberg, Skåne, Örebro län, Västerbotten) kan nyblivna mammor vid behov även vända sig till barnhälsovården vid bröstkomplikationer i samband med amning (figur 22). Det kan till exempel vara mjölkstockning, infektion, inflammation, bröstböld eller annan komplikation vid amning som kan kräva diagnostik och behandling av läkare. Flera av vårdutvecklarna förtydligade dock i sina enkätsvar att svårare bröstkomplikationer som kräver medicinsk behandling av läkare hänvisas vidare, till en läkare på vårdcentralen, till kvinnoklinikens amningsmottagning eller till en akutmottagning på sjukhuset.

Figur 22 - diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning inom BHV

Kan kvinnor som fött barn vända sig till barnhälsovården för diagnostik och behandling vid bröstkomplikationer i samband med amning?



Källa: Enkät till samtliga vårdutvecklare inom barnhälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 38 av 40 vårdutvecklare som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen vårdutvecklare i Jönköpings län som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Screening för depressionssymptom

Under de sex första månaderna efter förlossningen finns en ökad risk för depression. Mellan 8–15 procent av nyförlösta kvinnor drabbas [11]. Depressioner hos en förälder under barnets första levnadsår kan få konsekvenser för barnet och dess tidiga utveckling och anknytning [30].

Enligt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (2016) bör hälso- och sjukvården erbjuda screening med EPDS för att identifiera depressionssymptom hos nyblivna mammor. Det är ett självskattningsformulär med tio frågor som har utvecklats för att identifiera symptom på postpartum-depression hos nyförlösta kvinnor [30]. Självskattningsformuläret består av tio påståenden om mammans stämningsläge de senaste 7 dagarna [15].

Socialstyrelsen rekommenderar att självskattningsskalan ingår som en del av barnhälsovårdens samtal med mamman om hennes välbefinnande. Om mamman visar tecken på nedstämdhet och psykisk ohälsa finns skäl för att även ha samtal med den andra föräldern. Översikter av tillgänglig forskning visar att nyttan med att erbjuda screening med EPDS till nyblivna mammor överväger nackdelarna. Ännu finns inte tillräckliga erfarenheter för att också rekommendera det för barnets pappa eller mammans partner, men vid tecken på psykisk ohälsa eller problem i parrelationen kan det vara lämpligt att ha ett samtal om frågorna i EPDS också med barnets pappa eller mammans partner [13].

I rikshandboken för barnhälsovården och det nationella barnhälsovårdsprogrammet finns riktlinjer och praktiska anvisningar för användning av EPDS inom barnhälsovården. Screening med EPDS ska erbjudas mödrar då barnet är 6–8 veckor, enligt programmet. Screeningen kan kompletteras med ett samtal utifrån svaren på EPDS och om hur kvinnan i övrigt mår och har det. Vid utfall på screeningen eller om det framkommer att kvinnan behöver extra stöd eller insats, ska ett uppföljande stödsamtal erbjudas hos en BVC-sjuksköterska, så kallad personcentrerad counselling.¹⁰ Vid behov bör mamman även remitteras vidare till en psykolog, till en läkare på vårdcentralen eller till psykiatrin. Kontakt bör vid behov även tas med spädbarnsverksamheten och socialtjänsten. Om kvinnan har en depression är det viktigt att också ta reda på hur hennes partner mår. När en av föräldrarna har depressiva symtom efter förlossning ökar risken för att också den andre föräldern har det [14].

Förutsättningar för att införa screening med EPDS

För att införa screening med EPDS ska BVC-sjuksköterskor ha fått

- utbildning om psykisk ohälsa och depression efter förlossning
- träning i att använda EPDS och göra en psykosocial bedömning
- träning i att ge stödsamtal enligt så kallad personcentrerad counselling.

BVC-sköterskan bör dessutom ha tillgång till mödrabarnhälsovårdpsykolog för handledning och konsultation kring enskilda föräldrar [14].

Fortbildning och träning till BVC-sköterskor

Under de senaste tre åren har utbildning i psykisk ohälsa och depression efter förlossning erbjudits till alla BVC-sjuksköterskor i 12 landsting och regioner och till några BVC-sjuksköterskor i fem landsting och regioner. I två landsting och regioner har denna utbildning inte erbjudits under de senaste tre åren. I en region finns variationer inom regionen (figur 23).

Träning i att använda EPDS och göra en psykosocial bedömning har erbjudits till alla BVC-sjuksköterskor i 12 landsting och regioner och till några BVC-sjuksköterskor i sex landsting och regioner. I en region har denna träning inte erbjudits till några BVC-sjuksköterskor. I ett landsting finns variationer inom landstinget, enligt vårdutvecklarnas enkät svar (figur 23).

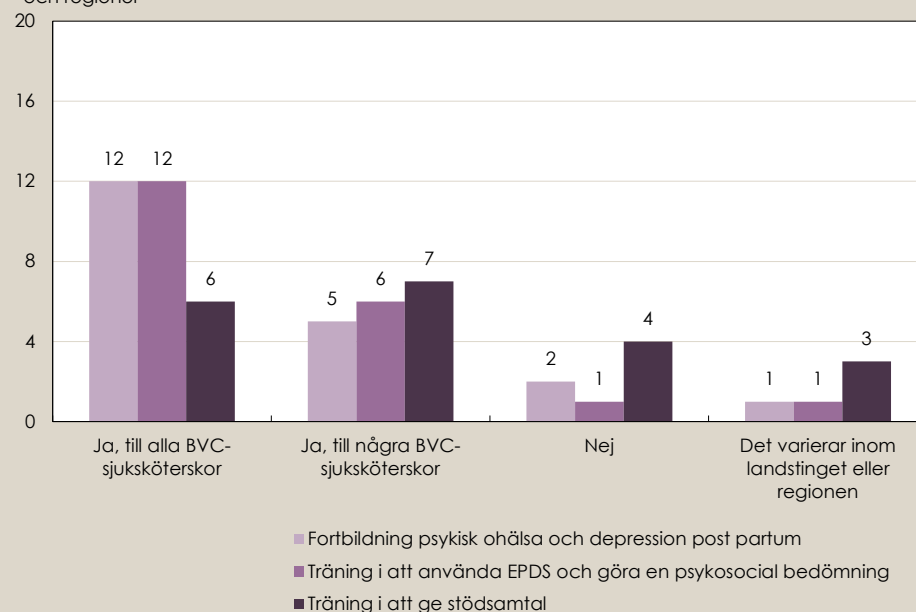
¹⁰ Metoden innebär i korthet att sjuksköterskan har ett lyssnande, inte rådgivande, förhållningssätt och att det är mamman, inte barnet, som är i fokus.

Träning i att ge stödsamtal har erbjudits till alla BVC-sjuksköterskor i sex landsting och regioner och till några BVC-sjuksköterskor i sju landsting och regioner. I fyra landsting och regioner har denna träning inte erbjudits till några BVC-sjuksköterskor. I tre landsting och regioner finns variationer inom landstinget eller regionen (figur 23).

Figur 23 - fortbildning och träning till BVC-sjuksköterskor

Har träning och fortbildning erbjudits till BVC-sjuksköterskor under de senaste 3 åren?

Antal landsting och regioner



Källa: Enkät till samtliga vårdutvecklare inom barnhälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 38 av 40 vårdutvecklare som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen vårdutvecklare i Jönköpings län som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

I tabell 20 redovisas i vilken utsträckning fortbildning och träning till BVC-sjuksköterskor har erbjudits i respektive landsting och region. I Västra Götaland, Stockholms län och Kalmar län finns variationer mellan olika samordningsområden, enligt vårdutvecklarnas enkätsvar.

Tabell 20 – Fortbildning och träning till BVC-sjuksköterskor

Har fortbildning och träning erbjudits till BVC-sjuksköterskor under de senaste 3 åren?

Landsting och region	Fortbildning om psykisk ohälsa och depression post partum			Träning i att använda EPDS och göra en psykosocial bedömning			Träning i att ge stödsamtal		
	Ja, till alla	Ja, till några	Nej	Ja, till alla	Ja, till några	Nej	Ja, till alla	Ja, till några	Nej
Blekinge	X			X			X		
Dalarna	X			X			X		
Gotland	X			X			X		
Gävleborg		X			X				X
Halland			X			X			X
Jämtland-Härjedalen		X			X			X	
Kalmar län	X			X			X		X
Kronoberg	X			X			X		
Norrbottnen	X			X				X	
Skåne	X			X				X	
Stockholms län	X			X				X	X
Sörmland	X			X			X		
Uppsala län			X		X				X
Värmland		X			X			X	
Västerbottens län		X			X			X	
Västernorrland	X			X			X		X
Västmanland	X			X					
Västra Götaland	X	X		X	X		X	X	
Örebro län		X			X			X	
Östergötland	X			X				X	
Total									

Källa: Enkät till samtliga vårdutvecklare inom barnhälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 38 av 40 vårdutvecklare som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Det är ingen vårdutvecklare i Jönköpings län som besvarade enkäten. Mätperioden är oktober 2016.

Tillgång till MHV- och BHV-psykolog för konsultation

I samtliga landsting och regioner har BVC-sjuksköterskorna tillgång till en MHV- och BHV-psykolog för konsultation om enskilda föräldrar.

Några vårdutvecklare angav i sitt enkätsvar hur ofta konsultation erbjuds. Två vårdutvecklare skrev att konsultation erbjuds en gång i månaden och en vårdutvecklare skrev att alla BVC-sjuksköterskor erbjuds handledning med psykolog vid sex tillfällen per år. Därutöver kan de när som helst vid behov konsultera en psykolog per telefon. En vårdutvecklare skrev att konsultation tyvärr inte erbjuds i den omfattning som det skulle behövas.

Screening med EPDS till nyblivna mammor

I samtliga landsting och regioner har barnhälsovården som rutin att erbjuda screening med EPDS till nyblivna mammor då barnet är cirka 6–8 veckor. En av fyra vårdutvecklare i Stockholms län svarade att det varierar mellan olika barnvårdscentraler i samordningsområdet om barnhälsovården har detta som rutin.

En rutin om att erbjuda EPDS-screening innebär dock inte att rutinen alltid följs i praktiken. Totalt 18 av 20 landsting och regioner har någon gång under de senaste tre åren följt upp i vilken utsträckning screening med EPDS faktiskt erbjuds till nyblivna mammor. Uppföljningen har gjorts på landstings- eller regionövergripande nivå och/eller lokalt i ett samordningsområde. I Dalarna och Värmland har ingen uppföljning gjorts under de senaste tre åren.

Uppföljningarna visar att det varierar mellan olika landsting och regioner i vilken utsträckning nyblivna mammor får erbjudande om screening med EPDS. Det finns även lokala variationer mellan olika samordningsområden inom landstingen och regionerna och mellan enskilda barnvårdscentraler.

Några landsting och regioner har redovisat siffror för 2013, 2014 och 2015 medan andra enbart har redovisat siffror för något av åren. Därmed är det svårt att jämföra siffrorna och redovisa ett genomsnittligt resultat.

I några landsting och regioner har över 90 procent av nyblivna mammor erbjudits EPDS-screening, i en region har endast 50 procent erbjudits screeningen. Flertalet landsting och regioner har redovisat siffror på mellan 60–90 procent.

Screening med EPDS till mammans partner

Det är ovanligt att erbjuda screening med EPDS till barnets pappa eller mammans partner. Merparten (79 procent) av vårdutvecklarna angav att barnhälsovården inte har som rutin att erbjuda screening med EPDS till mammans partner (tabell 21).

Tabell 21 – screening med EPDS till mammans partner

Har ni som rutin att erbjuda screening med EPDS till mammans partner, inom barnhälsovården i ditt samordningsområde?

Svarsalternativ	Andel i procent	Antal
Ja, om mamman visar tecken på depression	16	6
Nej	79	30
Det varierar mellan olika BVC om man har som rutin att erbjuda screening med EPDS till mammans partner	5	2
Total	100	38

Källa: Enkät till samtliga vårdutvecklare inom barnhälsovården i Sveriges landsting och regioner. Det är 38 av 40 vårdutvecklare som besvarade enkäten vilket innebär att bortfallet är 5 procent. Mätperioden är oktober 2016.

Det är totalt sex vårdutvecklare, varav fem är vårdutvecklare i Region Skåne och en är vårdutvecklare i Västernorrland, som angav att barnhälsovården i det aktuella samordningsområdet har som rutin att erbjuda screening med EPDS till mammans partner om mamman visar tecken på depression. I Region Skåne ska screening med EPDS erbjudas till mammans partner om

mamman visar tecken på depression, om det finns tecken på psykisk ohälsa hos partnern eller om det finns problem i parrelationen. I ett av två upptagningsområden i Västernorrland ska screening med EPDS erbjudas till mammans partner om mamman visar tecken på depression, men enligt vårdutvecklaren kan det variera mellan olika BVC om detta görs i praktiken.

Även i Skaraborg i Västra Götalandsregionen och i ett samordningsområde i Sörmland skrev vårdutvecklarna att det kan variera mellan olika BVC om barnhälsovården har som rutin att erbjuda screening med EPDS till mammans partner.

Två vårdutvecklare för barnhälsovården i Stockholms län angav i sina enkätsvar att vissa BVC-sjuksköterskor erbjuder screening med EPDS till mammans partner på indikation, till exempel om mamman är deprimerad eller nedstämd eller om partnern är nedstämd eller efterfrågar EPDS. Även i Region Dalarna kan screening med EPDS erbjudas till mammans partner på indikation eller om partnern önskar det.

Inom barnhälsovården i Västerbottens län erbjuds pappan eller partnern samtal när barnet är tio månader. Screening med EPDS erbjuds inte, men EPDS-formuläret kan användas som diskussionsunderlag. En barnvårdscentral har börjat med sådana samtal redan när barnet är fyra månader och det planeras för att införa samtalet vid den tidpunkten i hela Västerbottens län.

Barnhälsovården i Region Kronoberg har haft ett pilotprojekt där barnets pappa eller annan förälder har erbjudits ett enskilt samtal om föräldraskap med vissa fokusområden. I de fall psykisk ohälsa har identifierats har EPDS kunnat erbjudas även till barnets pappa eller annan förälder.

Barnhälsovårdens handläggning vid tecken på psykisk ohälsa eller sjukdom hos nyblivna mammor

Vårdutvecklarna fick beskriva barnhälsovårdens rutiner för handläggningsprocessen vid tecken på psykisk ohälsa eller sjukdom hos nyblivna mammor. Resultatet visar att de flesta arbetar utifrån rekommendationerna i rikshandboken och det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Det innebär att de i första hand erbjuder stödsamtal med BVC-sköterska och vid behov remitteras kvinnor med depressionssymptom vidare till en psykolog, till en läkare på vårdcentralen eller till psykiatrin. Några vårdutvecklare svarade att kvinnor med depressionssymptom remitteras vidare direkt utan att först erbjudas stödsamtal med en BVC-sjuksköterska.

Utmaningar och förändringsbehov i vården efter förlossning

Utmaningar och förändringsbehov enligt centrala aktörer i vården

I detta avsnitt redovisas de utmaningar och förändringsbehov i vården efter förlossning som finns enligt

- ledningen i landstingen och regionerna
- verksamhetsansvariga på förlossningen/BB på sjukhus med förlossningsverksamhet
- samordningsbarnmorskorna inom mödrahälsovården
- vårdutvecklarna inom barnhälsovården.

Rollfördelning och samverkan i vårdkedjan

Samverkan och överrapportering

Hälften av samordningsbarnmorskorna (18 av 35) inom mödrahälsovården bedömer att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller mödrahälsovårdens relation till och samarbete med förlossningen/BB i vården efter förlossning. En majoritet av samordningsbarnmorskorna (28 av 35) bedömer att dagens överlämning av information från förlossningen/BB till mödrahälsovården är tillräcklig. Enligt flertalet samordningsbarnmorskor är det dock en utmaning att förbättra samverkan mellan förlossningen/BB och mödrahälsovården, inte minst när det gäller till exempel patienter med psykisk ohälsa eller sjukdom och patienter med fysiska komplikationer efter förlossningen.

Mer än hälften av vårdutvecklarna (23 av 38) inom barnhälsovården bedömer att det finns utmaningar och behov av förändringar när det gäller barnhälsovårdens relation till och samarbete med personalen på förlossningen/BB kring nyblivna mammors hälsa. De utmaningar som nämns handlar framför allt om rapportering och informationsöverföring från förlossningen/BB till barnhälsovården. Det är bara omkring var tredje vårdutvecklare (12 av 38) som bedömer att dagens överlämning av information från förlossningen/BB till barnhälsovården är tillräcklig när det gäller nyblivna mammors hälsa efter förlossningen. Flera vårdutvecklare angav i sina enkätsvar att barnhälsovården får för lite information om nyblivna mammors hälsa efter förlossningen generellt, och specifikt om nyblivna mammors psykiska tillstånd, eventuella missbruk och sociala förhållanden samt information om hur amningen fungerar.

Ofta lämnas information om barnet, men väldigt lite om mammans hälsa, vilket behöver utvecklas ytterligare. Vad gäller mammans hälsa saknas det ofta information om mammans eventuella depressioner, ångest, oro och psykisk sjukdom som påverkar barnets hälsa.

Vårdutvecklare inom barnhälsovården i Region Halland

I normala fall, alltså fall där mamman mått bra före under och efter förlossningen vet BVC inget om mammans hälsa efter förlossningen. I de fall där mamman är identifierad eller där det framkommit att mamman mår dåligt och säger okej till delgivning av information så kan BVC delges information om detta. Det skulle vara bra att få reda på om förlossningen varit normal eller komplicerad, och mer allmänt om mammans mående före och efter förlossningen.

Vårdutvecklare för barnhälsovården i Västra Götalandsregionen

Mer än hälften av vårdutvecklarna (23 av 38) bedömer även att det finns utmaningar eller behov av förändringar när de gäller barnhälsovårdens relation till och samarbete med mödrahälsovården. Även bland samordningsbarnmorskorna är det mer än hälften (22 av 35) som ser utmaningar eller behov av förändringar i mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens relation och samarbete kring nyblivna mammors hälsa efter förlossningen.

Flera vårdutvecklare och samordningsbarnmorskor ser ett behov av ökad samverkan om vissa frågor och patientgrupper, till exempel familjer som behöver extra stöd efter förlossningen, familjer där det förekommer riskbruk eller missbruk eller våld, och patienter som är psykiskt sjuka eller sköra.

Att samorganisera barn- och mödrahälsovården i större utsträckning kan vara ett sätt att förbättra samverkan och få till ett gemensamt utvecklingsarbete med föräldrar och barn i fokus. Några samordningsbarnmorskor och vårdutvecklare angav att samverkan mellan mödrahälsovården och barnhälsovården ofta fungerar bäst vid familjecentralerna.¹¹ Där finns en naturlig informationskanal mellan MVC, BVC och mamman. Ett annat sätt att förbättra samverkan kan vara att hålla gemensamma utbildningar för mödrahälsovårdens och barnhälsovårdens personal.

Mödrahälsovårdens roll efter förlossningen

En majoritet av samordningsbarnmorskorna (28 av 35) bedömer att det finns behov av att utveckla och förbättra den uppföljning av kvinnors hälsa som erbjuds inom mödrahälsovården efter förlossningen. Flera menar att mödrahälsovården bör få en mer central roll i vården efter förlossning, inte minst då vårdtiderna på sjukhuset efter förlossning har blivit allt kortare samtidigt som barnhälsovården i första hand har fokus på barnet och barnets hälsa.

Flera samordningsbarnmorskor bedömer också att kvinnor som fött barn behöver komma i kontakt med sin MHV-barnmorska tidigare efter förlossningen än vad som sker idag samt vid fler tillfällen, och att mödrahälsovården bör få resurser och ett utökat uppdrag för att kunna erbjuda en mer

¹¹ Familjecentralen är ett exempel på hur samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras. Det som kännetecknar en familjecentral är att huvudmännen, till exempel kommuner och landsting, samordnar sina resurser för att möjliggöra samverkan. För att kallas familjecentral bör den minst innehålla barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst [13].

individ Anpassad eftervård som utgår från varje enskild kvinnas behov av stöd och uppföljning efter förlossningen. Barnmorskan inom mödrahälsovården har i många fall redan en väl etablerad och god relation till kvinnan och hennes partner, genom att de träffades regelbundet under hela graviditeten. Det ökar MHV-barnmorskans möjlighet att erbjuda stöd och uppföljning efter förlossningen. Det är även flera samordningsbarnmorskor som bedömer att mödrahälsovården bör få en mer central roll i att ge stöd och råd kring amning under den första tiden efter förlossningen. Vidare skrev några samordningsbarnmorskor att mödrahälsovården även behöver bli bättre på att följa upp kvinnans levnadsvanor och viktning efter förlossningen samt kvinnor med graviditetsdiabetes.

Utmaningar i att stödja och främja amning

Utmaningar enligt ledningen i landstingen och regionerna
I drygt hälften (55 procent) av landstingen och regionerna bedömer ledningen att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller att stödja och främja amning.

Några beskrev i sina enkätsvar att det är en utmaning att främja amning i hela vårdkedjan inom mödrahälsovården, på förlossningen/BB och inom barnhälsovården. Det är många olika aktörer involverade i vården och det kan då vara en utmaning att säkerställa att det inte uppstår några glapp i vårdkedjan, samt säkerställa följsamhet till landstingens och regionernas amningsstrategier, rutiner och vårdriktlinjer. En annan utmaning som nämns i enkätsvaren är att amningsproblem inte alltid hinner upptäckas under BB-tiden, delvis på grund av de korta vårdtiderna. Vid tidig hemgång har bröstmjölksproduktionen inte hunnit komma igång ännu och vid hög arbetsbelastning på BB kan amningsstödet prioriteras ned. Samtidigt kan det dröja två veckor eller mer innan BVC gör sitt första hembesök.

I några landsting och regioner ser ledningen även ett behov av ökad nationell samsyn och styrning om amningsfrågor.

Några skrev i sina enkätsvar att bristen på barnmorskor har medfört att sjuksköterskor är anställda på BB i allt större utsträckning vilket har medfört vissa brister i stödet och rådgivningen då sjuksköterskorna inte har samma kunskap om amning som barnmorskorna.

I några landsting och regioner bedömer ledningen att det behövs mer information om amningens positiva effekter för att få till en attitydförändring hos blivande mammor, samt att de måste nå ut med information på flera olika språk.

Utmaningar på förlossningen/BB

Merparten (93 procent) av verksamhetsansvariga på förlossningen/BB bedömer att det finns behov av förändringar för att stödja och främja amning för kvinnor som fött barn.

Flera nämner låg bemanning, tidsbrist, hög beläggning och korta vårdtider på BB som utmaningar. Vid hög beläggning finns mindre tid att hjälpa till och ge stöd kring amning, och korta vårdtider innebär att amningsproblem inte hinner upptäckas under BB-tiden.

Utbildning och fortbildning för personalen är andra utmaningar som flera verksamhetsansvariga på förlossningen/BB nämner i sina enkätsvar. Det ses även som en utmaning att få alla anställda att uttrycka sig på ett gemensamt sätt och ge samstämmig information om amning till föräldrar.

På några sjukhus är bristen på familjerum eller enkelrum på BB en utmaning. Det innebär att kvinnorna får dela rum med andra mammor eller föräldrar och barn vilket kan vara ett hinder för att stödja och främja amning på ett bra sätt eftersom det inte finns samma möjlighet till avskildhet och lugn och ro som när familjen har ett eget rum på BB.

Att få föräldrar att bära barnet hud mot hud och att nå ut med information på andra språk än svenska är ytterligare några utmaningar, enligt enkätsvar.

Utmaningar inom mödrahälsovården

Mer än hälften av samordningsbarnmorskorna (20 av 35) bedömer att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller mödrahälsovårdens roll att ge stöd och rådgivning om amning.

Flera bedömer att det behövs fortbildning och samsyn om amning i hela vårdkedjan och i hela landet.

Dessutom angav flera samordningsbarnmorskor att mödrahälsovården bör få ett utökat uppdrag och resurser för att kunna erbjuda stöd och rådgivning om amning under den första tiden efter förlossningen. I en del landsting och regioner kan det vara långt för kvinnor att åka till en amningsmottagning på sjukhuset för att få amningsstöd.

Just nu har inte mödrahälsovården uppdraget och möjlighet till att ta emot alla som har amningssvårigheter, man hänvisar till BVC eller till amningsmottagningen på sjukhusen vid akuta besvär nattetid eller helgtid. Många nyförlösta kvinnor orkar eller vill inte åka till sjukhuset för omhändertagande vid amningssvårigheter. Det kan vara långt att åka i vissa fall då det bara finns två sjukhus i Halland.

Samordningsbarnmorska för mödrahälsovården i Halland.

Utmaningar inom barnhälsovården

En majoritet av vårdutvecklarna (32 av 38) bedömer att det finns utmaningar när det gäller barnhälsovårdens roll och uppdrag att ge stöd och rådgivning om amning.

Den främsta utmaningen inom barnhälsovården, enligt många vårdutvecklare, är att höja BVC-sjuksköterskornas kompetens om amning och bröstkomplikationer i samband med amning och att säkerställa att de får kontinuerlig kompetensutveckling inom området. Flera vårdutvecklare påpekade att amning inte ingår i BVC-sjuksköterskornas grundutbildning. Några bedömer att även läkare och sjuksköterskor på vårdcentralerna behöver ökad kunskap om amning och bröstkomplikationer i samband med amning.

Det är även en utmaning att få tiden att räcka till för att göra bra amningsobservationer och erbjuda amningsstöd inom barnhälsovården, samt att få tid till handledning och utbildning för berörd personal.

Några vårdutvecklare ser ett behov av att förbättra stödet gällande amning och uppföljning i hela vårdkedjan, och inte minst det stöd som erbjuds

nyblivna mammor under första tiden efter barnets födelse. Det ses som viktigt med täta kontakter och uppföljningar då amningen ska etableras.

Flera av vårdutvecklarna beskrev också att det finns ett glapp från det att mamman och barnet lämnar sjukhuset till det att barnhälsovården träffar familjen första gången.

Vårdtiden på BB är kort eller obefintlig och glappet tills BVC kommer på sitt första hembesök kan ibland ta någon vecka. I samband med helg och långhelg kan det ta ännu längre tid. Tiden efter förlossningen och innan amningen kommit igång är en sårbar, känslig tid då mycket negativt kan hända med amningen om inte rätt stöd finns.

Vårdutvecklare för barnhälsovården i Dalarna

Utmaningar som avser diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten

Utmaningar enligt ledningen i landstingen och regionerna

I merparten av landstingen och regionerna (85 procent) bedömer ledningen att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller uppföljning, diagnostik och behandling av komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten.

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att förebygga bristningar och förhindra komplikationer. Det behövs utbildning till berörd personal och nationella program och riktlinjer för hur skador mäts och diagnostiseras. I flera landsting och regioner ser ledningen även ett behov av tvärprofessionell kompetens och multidisciplinära team och mottagningar för att diagnostisera och behandla komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten.

Flera nämner deltagande och uppföljning via bristningsregistret som ett sätt att förbättra uppföljningen.

Utmaningar på förlossningen/BB

Merparten av verksamhetsansvariga på förlossningen/BB (86 procent) anser att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten efter förlossning.

Omkring hälften ser utbildning och fortbildning för personalen som en utmaning, och i enkätsvaren nämns behov av utbildning i perinealskydd, ultraljudsdiagnostik av bristningar och operations- och suturteknik. Några svars personer skrev i sina enkätsvar att de behöver se över sina riktlinjer och rutiner inom detta område. Flera ser diagnostik med ultraljud som ett sätt att förbättra diagnostiken av bristningar i bäckenbotten.

Flertalet verksamhetsansvariga på förlossningen/BB skrev att de behöver bli bättre på att följa upp bristningar och eventuella besvär av bristningar hos kvinnor som fött barn. Några skrev att de även behöver bli bättre på att följa upp bristningar av grad II och mindre bristningar. Vidare var det flera som nämnde att sjukhusets deltagande i bristningsregistret kan bidra till att förbättra uppföljningen inom detta område.

Utmaningar inom mödrahälsovården

Mer än hälften av samordningsbarnmorskorna (24 av 35) bedömer att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller mödrahälsovårdens roll att identifiera och handlägga komplikationer till följd av bristningar i bäckenbotten.

Några skrev i sina enkätsvar att det behövs rutiner och riktlinjer för uppföljning av bristningar i bäckenbotten inom mödrahälsovården. Andra pekade på betydelsen av att alltid göra en gynekologisk undersökning i samband med eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården, och att det även behövs mer tid för samtal och uppföljning av kvinnors hälsa efter förlossning.

Flera anser även att barnmorskorna inom mödrahälsovården behöver utbildning och mer kunskap i att identifiera och handlägga förlossningsskador och bedöma bäckenbottens muskulatur.

Utmaningar som avser kvinnors psykiska hälsa efter förlossning

Utmaningar enligt ledningen i landstingen och regionerna

I en majoritet (70 procent) av landstingen och regionerna bedömer ledningen att det finns utmaningar och behov av förändringar när det gäller att upptäcka och ge vård vid psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen.

I några landsting och regioner saknas riktlinjer för att upptäcka och behandla psykisk ohälsa och sjukdom tidigt i graviditeten. Andra har svårigheter att implementera sina riktlinjer. Ledningen för Västra Götalandsregionen skrev i sitt enkätsvar att de har svårt att implementera regionens medicinska riktlinje i delar av regionen på grund av brist på psykiatriker, psykologer och allmänläkare samt stor personalomsättning inom allmänmedicin och psykiatri. I delar av regionen finns även brist på psykologer inom mödra- och barnhälsovården.

I flera landsting och regioner bedömer ledningen att det är en utmaning att identifiera psykisk ohälsa och sjukdom både under graviditeten och efter förlossningen. Exempelvis skrev ledningen för ett landsting att ”tid och resurser saknas hos barnmorskan att hinna identifiera psykisk ohälsa och ge stöd tidigt i graviditeten”. Ledningen i ett annat landsting skrev att ”korta vårtider på BB leder till att personalen inte hinner upptäcka symptom på psykisk ohälsa” och att det saknas ”validerade verktyg för skattning av psykisk ohälsa”. Enligt flera är det en särskilt stor utmaning att identifiera psykisk ohälsa hos utlandsfödda kvinnor som inte pratar svenska och som därmed kan ha svårt att förmedla sina symptom utan tolkhjälp.

Bland andra utmaningar och behov nämndes utbildning och kompetenshöjning i hela vårdkedjan samt mer och bättre samarbete mellan olika aktörer såsom kvinnosjukvården, mödrahälsovården och psykiatri.

Utmaningar på förlossningen/BB

Även bland verksamhetsansvariga på förlossningen/BB är det en majoritet (84 procent) som ser utmaningar eller behov av förändringar när det gäller att upptäcka och ge vård vid psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen.

Flera nämnde att de korta vårdtiderna på BB gör det svårt för personalen att hinna identifiera kvinnor med psykisk ohälsa eller negativ förlossnings-

upplevelse. Flera verksamhetsansvariga bedömer att samarbetet mellan kvinnosjukvården, psykiatrin och mödrahälsovården kring kvinnor med psykisk ohälsa behöver bli bättre.

Vidare bedömer flera verksamhetsansvariga att personalen behöver mer kunskap om psykisk ohälsa.

Utmaningar inom mödrahälsovården

Mer än hälften av samordningsbarnmorskorna (21 av 35) bedömer att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller mödrahälsovårdens roll att identifiera och handlägga psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen. Något mindre än hälften (15 av 35) ser även att det finns utmaningar eller behov av förändringar när det gäller mödrahälsovårdens roll att identifiera och handlägga svåra förlossningsupplevelser.

Även i denna grupp skrev flera i sina enkätsvar att det behövs mer och bättre samverkan mellan olika aktörer och professioner kring kvinnor med psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen. Några bedömer att mödrahälsovårdens barnmorskor behöver ökad möjlighet att få konsulterande stöd från psykiatrin.

Det behövs även bättre verktyg och riktlinjer för att identifiera psykisk ohälsa hos kvinnor efter förlossning, enligt några samordningsbarnmorskor. Flera bedömer att det är en utmaning att prioritera uppföljning av kvinnors psykiska hälsa inom mödrahälsovården, bland annat på grund av tidsbrist.

I några delar av landet är det även en utmaning att kunna erbjuda tid hos psykolog på grund av bristen på MBHV-psykologer. Det kan i vissa fall även vara svårt att remittera till psykiatrin eller till en Auroraverksamhet, särskilt under sommarmånaderna.

Utmaningar inom barnhälsovården

En majoritet av vårdutvecklarna (28 av 38) bedömer att det finns utmaningar och behov av förändringar när det gäller barnhälsovårdens roll att följa och uppmärksamma nyblivna mammors psykiska hälsa och välbefinnande efter förlossningen.

Flera skrev också i sina enkätsvar att det behövs mer och bättre samverkan kring kvinnor med psykisk ohälsa efter förlossning mellan aktörer såsom barnhälsovården, mödrahälsovården, socialtjänsten och psykiatrin.

Några bedömer att överföringen av information från mödrahälsovården till barnhälsovården behöver bli bättre, till exempel för kvinnor som mådde dåligt redan under graviditeten. Som tidigare redogjorts för är det dock inte alltid som BVC-sjuksköterskan får kännedom om mammans psykiska hälsa från tidigare vårdenheter såsom förlossningen/BB och mödrahälsovården. Ett hinder är att verksamheterna har olika journalsystem.

Andra utmaningar och behov som vårdutvecklarna tar upp gäller utbildning och handledning till BVC-sjuksköterskor, till exempel i hur man genomför screening med EPDS och stödsamtal enligt så kallad personcentrerad counselling. Det är en utmaning att erbjuda alla mammor EDPS-samtal och att få tiden att räcka till för att göra en bra screening. Barnhälsovården behöver även bli bättre på att erbjuda screening med EPDS till mammor som inte talar svenska och att uppmärksamma partnerns hälsa i större utsträckning, enligt flera vårdutvecklare.

Särskilda utmaningar i vården till utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska

Både bland ledningen för landsting och regioner och bland verksamhetsansvariga på förlossningen/BB bedömer merparten att det finns särskilda utmaningar i vården efter förlossning till utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska. Det kan till exempel vara nyanlända, asylsökande eller papperslösa personer eller andra utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska. Även merparten av samordningsbarnmorskorna och vårdutvecklarna bedömer att det finns särskilda utmaningar som rör dessa kvinnor.

I samtliga grupper bedömer flertalet att det finns både språkliga och kulturella utmaningar. Det är en utmaning att kommunicera och ge information på olika språk, både skriftligt och muntligt. Det är även en utmaning att få tillgång till utbildade tolkar och kvinnliga tolkar.

Flera tar upp att det krävs mer tid och resurser för att utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska ska få en jämlik vård. Det kan handla om längre vårdtid på sjukhuset efter förlossningen eller mer tid för möten inom mödrahälsovården och barnhälsovården. I denna grupp finns även en större andel kvinnor med komplicerade förlossningar. Några samordningsbarnmorskor skrev även att det är en utmaning att få utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska att komma på efterkontroll inom mödrahälsovården. Inom barnhälsovården kan det också behövas mer tid och resurser för att kunna erbjuda fler hembesök, fler mottagningsbesök, fler teambesök och mer tid för samverkan med aktörer såsom Migrationsverket och socialtjänsten. Det kan också vara en utmaning att planera eftervården för asylsökande kvinnor och få till en god uppföljning inom barnhälsovården när det är oklart hur framtiden för kvinnorna och deras familjer ser ut.

Vidare behöver personalen mer kompetens för att kunna erbjuda en jämlik och individanpassad vård. Inom barnhälsovården behöver personalen till exempel mer kunskap om hur traumatisering och tidigare upplevelser kan påverka föräldraförmågan samt kunskap om särskilt utsatta gruppers behov, enligt några enkätsvar. Personalen behöver även stöd och utbildning i att använda sig av EPDS-formulär med tolk eller på andra språk. Inom mödrahälsovården och bland personalen på förlossningen/BB är det en utmaning att höja personalens kompetens om de kulturella skillnader som kan förekomma samt om medicinska tillstånd som kan förekomma och som är ovanliga i Sverige. Några skrev att MRSA är vanligare bland utlandsfödda kvinnor vilket innebär att särskilda vårdrutiner behöver beaktas på grund av infektions- och smittrisker.

Några skrev i sina enkätsvar att det även är en högre andel kvinnor med planerade kejsarsnitt bland utlandsfödda kvinnor då det är vanligare med tidigare kejsarsnitt.

Utmaningar som avser bemanning, kompetensförsörjning och arbetsbelastning

De olika aktörerna i vården fick i enkäten ange om det finns några andra utmaningar i vården efter förlossning än de områden som vi ställt specifika frågor om och som redovisats ovan.

Flera i ledningen och flera verksamhetsansvariga på förlossningen/BB skrev i sina enkätsvar att tillgången till personal inom förlossningsvården är en utmaning, liksom arbetssituationen och arbetsbelastningen för personalen på förlossningen/BB. Flera verksamhetsansvariga på förlossningen/BB beskrev arbetsbelastningen som mycket hög och att det krävs ökad bemanning för att öka närvaron hos patienterna, så att de kan erbjuda en trygg och säker vård av hög kvalitet. Även inom mödrahälsovården är arbetsbelastningen en utmaning, enligt flera samordningsbarnmorskor.

Det blir mer och mer som ska ingå en barnmorskas uppdrag inom mödrahälsovården. Det är hela tiden en kamp att få ihop kompetensutveckling riktlinjer, tid och ersättning. Frågan är idag hur vi ska få barnmorskor att stanna kvar inom mödrahälsovården. Det är nationellt svårt med rekrytering och utbildning av barnmorskor. Det kommer inom en femårsperiod bli färre barnmorskor och fler gravida.

Samordningsbarnmorska för mödrahälsovården i Uppsala län

Utmaningar som avser vårdplatser och en patient- och familjecentrerad vård

Få vårdplatser och korta vårdtider är andra utmaningar som flera verksamhetsansvariga på förlossningen/BB tar upp i sina enkätsvar. Några skrev att det är en utmaning att kunna erbjuda en familjecentrerad vård och eftervårdsplatser med möjlighet även för kvinnans partner att vara kvar på BB. Dessa utmaningar nämns även av ledningen i några landsting och regioner.

Vidare finns det behov av att stärka kontinuiteten i vårdkedjan och samarbetet mellan kvinnosjukvården, mödrahälsovården och primärvården för att kunna erbjuda en mer patientcentrerad vård. Några vårdutvecklare skrev i sina enkätsvar att det behövs fler familjecentraler för att förbättra samverkan mellan centrala aktörer i vårdkedjan.

Utmaningar och förändringsbehov enligt representanter för SBF

De företrädare för SBF som har intervjuats bedömer att vården efter förlossning i Sverige behöver förbättras. De menar att vårdtiderna på BB har blivit allt kortare utan att det har ”fyllts på någon annanstans” i vårdkedjan och att det finns ett större behov av vård och stöd för nyförlösta kvinnor än vad som erbjuds idag. Företrädarna för SBF bedömer att mödrahälsovårdens roll i vården efter förlossningen bör stärkas.

Om man blickar ut i världen så tar vi mycket sämre hand om mamman efter förlossningen än vad man gör i många andra länder. Familjen är på BB 1–2 intensiva dagar för att sedan gå hem med efterföljande återbesök på BB. Efter det följs kvinnans fysiska och psykiska hälsa upp i liten utsträckning, vilket resulterar i att kvinnor söker vård på akutmottagningar. En stor bromskloss i eftervården är hur vårt system är uppbyggt i Sverige. Så länge som BB ansvarar en vecka för mamman och barnet (finns lokala

variationer) och man bara lägger pengar på den veckan och ingen annanstans så kommer inte mycket mer att hända. Det hade varit bättre att lägga den potten på preventivt arbete och på mödrahälsovården.

Intervju med företrädare för SBF, januari 2017

SBF:s representanter anser att det behövs ett nytt vårdprogram för mödrahälsovården som syftar till en bättre eftervård i hela landet. Det bör ingå i mödrahälsovårdens basprogram att barnmorskan inom mödrahälsovården ska ta kontakt med alla kvinnor som fött barn redan när de kommit hem från BB, för att kunna följa upp kvinnornas hälsa och erbjuda vård och stöd utifrån behov. Hembesök bör erbjudas till de som behöver, enligt SBF:s representanter.

Mödrahälsovården bör identifiera vilka som behöver emotionellt och fysiskt stöd samt erbjuda amningsstöd. Redan i slutet av graviditeten kan MHV-barnmorskan tillsammans med varje enskild kvinna börja planera för eftervården utifrån hennes individuella behov av stöd.

Företrädarna för SBF ser även ett särskilt behov av bättre informationen till kvinnor med kroniska sjukdomar och bättre uppföljning efter dessa kvinnors förlossning.

Idag är mödrahälsovårdens roll mycket inriktad på graviditeten och förlossningen, medan lite tid och resurser läggs på eftervård.

Systemet är inriktat på förlossningen och sen är det liksom över. Många kvinnor uttrycker att efter att de fick barn, när barnet väl är fött, då handlar det bara om barnet. Många kvinnor söker vård på många olika ställen, man skulle ha en vårdkedja som fångar dem. I en hållande vårdkedja träffar du den barnmorska som du har gått hos under graviditeten.

Intervju med företrädare för SBF, januari 2017

Enligt SBF:s representanter bör barnmorskan inom mödrahälsovården vara den som följer upp kvinnans hälsa och identifierar eventuella behov av stöd, vård eller behandling även efter förlossningen. MHV-barnmorskan har en etablerad kontakt med kvinnan sedan graviditeten och bör vara den sammanhållande länken i vårdkedjan. Däremot kanske barnmorskan inte alltid är den som har möjlighet att även behandla. Barnmorskan måste ha möjlighet att remittera till andra vårdnivåer.

Om mödrahälsovården får en utökad roll i eftervården behöver verksamheten förstärkas med utökade resurser. Representanterna för barnmorskeförbundet menar att mödrahälsovården ”går på knäna” idag och att många mödravårdcentraler bara klarar sig ekonomiskt om de slås samman med en vårdcentral. De menar att det finns ett stort engagemang bland barnmorskorna inom mödrahälsovården samtidigt som de inte har råd att erbjuda den vård som de skulle vilja.

Om eftervården inom mödrahälsovården byggs ut finns det även behov av att tänka på kringresurserna, enligt SBF:s representanter. Är det allmänläkarens kompetens vården ska satsa på eller ska resurserna knytas till mödrahälsovården i form av till exempel obstetiker och gynekologer? Under

graviditeten finns obstetiker och gynekologer inom mödrahjälsvården som kan konsulteras vid behov.

Med ett utökat uppdrag i eftervården, ser SBF:s representanter även behov av att stärka barnmorskornas kompetens inom vissa områden. Det behövs framför allt kompetenshöjande insatser om amning, bäckenbottensskador och om diagnostik och behandling av förlossningsskador, om de vanligaste graviditetskomplikationer som kan uppstå, om psykisk ohälsa och levnadsvanor samt om hälsa och träning under och efter graviditet.

Utmaningar och förändringsbehov enligt representanter för SFOG

Även SFOG:s representanter bedömer att vården efter förlossning behöver förbättras. De menar att erbjudandet om eftervård ser olika ut i olika delar av landet och att vården behöver bli mer jämlik.

Ett exempel är vårdtiden som varierar mellan olika sjukhus och huruvida det finns möjlighet även för partner att stanna tillsammans med patienten och det nyfödda barnet. På vissa sjukhus måste man gå hem redan efter några timmar, på andra sjukhus erbjuder man hela familjen möjlighet att stanna kvar på sjukhuset under ett eller flera dygn. Även uppföljningen varierar mellan olika sjukhus.

Intervju med företrädare för SFOG, april 2017

SFOG:s representanter ser positivt på nationella riktlinjer för förlossningsvården om nationell acceptans kan uppnås för ett arbetssätt. Det kan handla om vilken uppföljning som behövs vid tidig hemgång, om återbesök, amningsstöd och tillgången till stöd och vård för dem som behöver det.

Det är viktigt att det finns möjlighet till återbesök och stöd vid amningsproblem. Det är även viktigt att följa upp patienter som har haft en svår förlossning eller upplevt förlossningen som svår. Idealbilden är ju att barnmorskan pratar med patienten innan hon går hem och ringer upp patienten. Men det görs i olika utsträckning från klinik till klinik och beroende av hur mycket tid barnmorskan har.

Intervju med företrädare för SFOG, april 2017

SFOG:s representanter ser även ett behov av att förstärka uppföljningen under de första veckorna efter förlossningen, till exempel genom att en barnmorska ringer upp och frågar hur det är. Här bedömer de att det behöver skapas nya vårdstrukturer som överbryggat glappet mellan BB och mödravård.

Enligt SFOG:s representanter finns det stora förbättringsmöjligheter när det gäller diagnostik, vård och behandling av förlossningsskador i bäckenbotten. De ser även ett behov av att bristningsregistret i större utsträckning används även vid grad 2-bristningar som underlag för att utveckla och förbättra vården och ge återkoppling till läkare och barnmorskor. I registret

finns även uppgifter om patientupplevd kvalitet. Kompetensen behöver även höjas hos barnmorskor och läkare. Idag varierar kompetensen och kraven på kompetens mellan olika kliniker. SFOG:s representanter bedömer att vården för kvinnor som drabbats av förlossningsskador också behöver bli mer jämlik i hela landet, bland annat genom att implementera gemensamma metoder och arbetssätt på förlossningsklinikerna och inom mödrahälsovården. De menar att det idag finns stora skillnader mellan olika landsting och regioner när det gäller den vård som erbjuds kvinnor med mer omfattande bristningar efter förlossning. I ett fåtal landsting och regioner finns multidisciplinära mottagningar, så kallade Bäckentcentrum eller motsvarande mottagningar, som behandlar analinkontinens och funktionsproblem i bäckenbotten. Men enligt SFOG:s vice ordförande är tillgängligheten till vård och behandling bristfällig i hela landet. Hon arbetar som överläkare på kvinnokliniken vid Linköpings universitetssjukhus där hon träffar och behandlar kvinnor med missade eller felsydda förlossningsskador från hela Sverige. Hon vittnar om att många kvinnor söker sig till kliniken på grund av att de inte får hjälp på hemorten.

Det är mycket långa väntetider överallt. Patienterna bollar kors och tvärs och är arga. Vi är översvämmade med egenremisser.
Intervju med företrädare för SFOG, januari 2017

Enligt SFOG:s representanter finns det även ett stort mörkertal, det vill säga kvinnor med förlossningsskador som inte upptäcks och kvinnor som inte söker vård på grund av att de inte känner till att de kan få hjälp.

Det finns ett mörkertal. Många kvinnor vet inte om att man kan få hjälp. Om man säger att det känns konstigt i underlivet till sin barnmorska kan hon säga att det ser bra ut och då söker man inte vård. Sen vet man i vården inte riktigt var man ska skicka kvinnorna. Man vet inte vem som gör det här. Man kan tro att det handlar om utseende när det handlar om funktion och muskelfästen. När den offentliga vården brister så poppar det upp avarter, plastikkirurger som tjänar pengar på att sy ihop underliv, som fokuserar på utseende och inte på funktion.
Intervju med företrädare för SFOG, januari 2017

SFOG och SBF har, inom ramen för LÖF:s arbete för Säker förlossningsvård, tagit fram ett webbaserat utbildningsprogram med rekommenderade metoder och arbetssätt för prevention, diagnostik, behandling och uppföljning på kort och lång sikt av bristningar efter förlossning (se sidan 18 i rapporten *Kunskapsstöd för vård av kvinnor efter förlossning*). Förhoppningen är att utbildningsprogrammet ska bidra till ökad kunskap hos läkare och barnmorskor på samtliga kvinnokliniker samt hos barnmorskor och läkare inom mödrahälsovården. Enligt SFOG:s representanter behövs även förbättringar i grundutbildningen för barnmorskor och specialistutbildningarna för gynekologer. Tanken är att utbildningsprogrammet ska kunna användas i båda dessa utbildningar. Utbildningsprogrammet innehåller även rekommendationer för arbetets organisation med bemanning och arbetsfördelning.

Förhoppningen är att programmet därigenom ska bidra till att arbetssätt och metoder blir mer lika i hela landet.

Förändringsbehov enligt representanter för intresse-/patientorganisationer

Representanter för föreningarna Födelsehuset i Västra Götaland, Skåne och Ångermanland och Föräldrastödet i Värmland uppmärksammade flera förändringsbehov i vården efter förlossning ur nyblivna mammor och föräldrars perspektiv. De handlar om vårdtiden på sjukhuset/BB och den uppföljning och det stöd som nyblivna mammor och föräldrar erbjuds både på sjukhuset och efter hemgång. Flera menar även att det föräldrastöd och amningsstöd som blivande föräldrar får innan barnets födelse behöver förbättras.

Andra problem som uppmärksammades är att mamma och barn separeras på sjukhuset efter kejsarsnitt och att samvård inte alltid erbjuds för mamman och barnet i de fall barnet är sjukt eller för tidigt fött. Mammans partner eller barnets pappa får inte heller alltid vara delaktig och tillsammans med mamman och barnet dygnet runt på sjukhuset.

De tog även upp att det är bristande kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal som kvinnan möter under graviditeten och förlossningen och efter förlossningen. Under flera av intervjuerna framkom det även att det är otydligt var kvinnor ska vända sig för vård och behandling vid komplikationer till följd av bristningar efter förlossning.

Vårdtiden på sjukhuset/BB efter förlossning

Frågan om vårdtiden efter förlossningen på sjukhuset/BB är aktuell. Samtliga intervjuade menar att det är viktigt att vårdtiden anpassas utifrån individuella behov, att kvinnor som fött barn själva har möjlighet att påverka vårdtiden på sjukhuset/BB och att det finns möjlighet till stöd efter förlossningen på sjukhuset.

I Göteborg är många föräldrar rädda för att tvingas åka hem redan efter sex timmar, enligt Födelsehusets representant i Västra Götaland. Sedan slutet av januari har Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg nämligen nya riktlinjer som innebär att friska omfödorskor med normal förlossning och ett friskt barn går hem 6–8 timmar efter förlossningen. Förstfödorskor får fortfarande välja om de vill stanna kvar på BB eller inte [31].

Det finns en jättestor oro sedan det lades fram att om man är omfödorska då ska man gå hem efter sex timmar. Jag tycker det bör läggas fram som ett erbjudande och något man själv får välja. Kvinnor är rädda för att de ska tvingas åka hem efter sex timmar.

Representant för Födelsehuset i Västra Götaland, februari 2017

På Centralsjukhuset i Karlstad i Värmland är rutinen att både förstfödorskor och omfödorskor går hem sex timmar efter förlossningen om varken mamma eller barn har fått några komplikationer. För dem som inte vill gå hem finns även möjlighet att ta in på BB-/patienthotellet.

Den intervjuade representanten för organisationen Föräldrastödet i Värmland arbetar som förlossningspedagog och har kontakt med många par både innan och efter förlossningen. Hon berättade om ett par som var tacksamma att de hade en komplicerad förlossning så att de fick vara kvar på BB och därmed fick möjlighet till stöd efter förlossningen. Hennes erfarenhet är att många föräldrar är väldigt omtumlande efter förlossningen och att nyblivna föräldrar har stort behov av stöd, bland annat stöd och hjälp med amningen, emotionellt stöd och stöd i föräldraskapet.

Det är bedrövligt att man ska vara glad att man hade en komplicerad förlossning för att då fick man stanna kvar och fick möjlighet till stöd. De finns de föräldrar som vill åka hem direkt också, det är inte alla som behöver eftervården. Men på det stora hela tror jag att de flesta önskar att de hade fått mer hjälp. Och det är även många andragångsföräldrar som kommer tillbaka till mig och suger i sig information då de upplevde att det inte blev så bra första gången. Det är så omtumlande att få barn, och sen när man blickar tillbaka så känner man att man var väldigt ensam och utlämnad.

Representant för föreningen Föräldrastödet i Värmland, februari 2017

Födelsehusets representant i Skåne arbetar som barnmorska på Ystads lasarett. Där finns möjlighet för kvinnor att själva påverka vårdtiden efter förlossningen. Hon berättade att tidigare stannade många tre dygn på BB då PKU på barnet gjordes efter tre dygn. Idag görs testet efter två dygn och många stannar då i två dygn. Hon bedömer att friska mammor och barn som själva önskar det, kan åka hem efter 6 timmar om uppföljning och stöd kan erbjudas antingen per telefon eller genom hembesök. Även kontroller på barnet skulle kunna göras i hemmet, enligt Födelsehusets representant i Skåne. Idag upplever många föräldrar att det blir mycket ”flängande fram och tillbaka” med ett nyfött barn i och med att föräldrarna inom ett par dagar ska åka tillbaka till sjukhuset för hörseltext, PKU och läkarundersökning på barnet, enligt representanten i Västra Götaland.

Födelsehusets representant i Ångermanland berättade att många föräldrar upplever att de blir hemskickade väldigt tidigt. Hon är kritisk till att det framställs som ett positivt erbjudande och som ett bättre alternativ än att vara kvar på sjukhuset.

Om man är förstföderska kanske man inte vet vad som är bäst och man kan inte föreställa sig hur situationen blir hemma. Men när man väl kommer hem inser man att man inte fattat vad det här är. Man behöver stöd, både när det gäller amning och omhändertagande av barnet. Naturligtvis finns det dem som även uppskattar att åka hem tidigt. Men jag är kritisk till att det framställs som ett bättre och mer positivt alternativ att åka hem än att stanna kvar utan att föräldrarna ser och förstår vad det innebär.

Representant för Födelsehuset i Ångermanland, februari 2017

Möjlighet till samvård och en familjecentrerad vård

En annan fråga är möjligheten för mammans partner eller barnets pappa att stanna kvar på BB tillsammans med mamman och barnet. Det ses som viktigt att inte separera familjen. Företrädaren för Födelsehuset i Skåne berättade att på Ystads lasarett kan partnern eller pappan stanna i mån av plats.

Det skapar oro. Många är rädda för att de inte ska få plats. Föräldrar väljer Ystad för att det är litet och för att partner oftast kan vara kvar. Men det behövs fler platser för att kunna erbjuda alla den möjligheten. Man behöver vara tillsammans hela familjen.

Representant för Födelsehuset i Skåne, februari 2017

Flera av de intervjuade menar att det är viktigt att inte separera mamma och barn i de fall mamman har förlöst med kejsarsnitt eller om barnet är sjukt eller för tidigt fött och behöver vårdas på neonatalvårdsavdelning.

Vi jobbar för zero-separation när det gäller mamma och barn. I min roll som doula har jag alldeles för många gånger sett att det händer något under förlossningen, mamman kanske behöver åka till operation och så blir mamman borta i sex timmar. Om det inte finns någon annan förälder på plats så får barnet vara med personalen. Man borde ha uppvak där barnet kan vara med mamman. Det är konstigt att man ska förstöra de första timmarna i barnets liv utan anledning när det finns möjlighet att faktiskt vara tillsammans. Det gäller även om barnet hamnar på neonatalvårdsavdelning. Det är viktigt att det finns möjlighet till samvård där.

Representant för Födelsehuset i Västra Götaland, februari 2017

Uppföljning och stöd efter förlossningen

Samtliga intervjuade menar att den uppföljning och det stöd som erbjuds efter förlossningen behöver förbättras, både på sjukhuset/BB och under den närmsta tiden efter förlossningen. Flera påpekade att fokus flyttas från kvinnan till det nyfödda barnet när barnet väl är fött. Återbesöken på BB handlar i första hand om barnet, liksom rutinbesöken på BVC.

Flertalet intervjuade menar att nyblivna mammor inte får tillräckligt stöd med amning. På BB finns ofta inte tillräckligt med tid och utrymme för att ge bra stöd, och många kvinnor åker hem innan amningen har kommit igång ordentligt. Samtidigt har BVC begränsade telefontider och begränsat utrymme att ge amningsstöd. När den ordinarie vården brister vänder sig många nyblivna mammor till ideella organisationer såsom Amningshjälpen.

Företrädaren för Födelsehuset i Västra Götaland är så kallad hjälpmamma för organisationen Amningshjälpen och håller även i amningsutbildningar. Hon menar att behov av amningsstöd finns dygnet runt och berättade att hon får många samtal och sms från kvinnor som inte får stöd på BVC eller på amningsmottagningarna.

BVC har telefontid mellan 9.30 och 9.45 och då ringer alla. Amningsmottagningen blir för de kvinnor som har stora problem med amningen och kvinnor som har drabbats av bröstkomplikationer. Vi i Amningshjälpen

har märkt stor skillnad när amningsmottagningar stänger. De är dessutom alltid stängda på natten och på sommaren. Var ska man vända sig då? Som hjälpmamma får jag ta samtal och sms var och varannan dag.
Representant för Födelsehuset i Västra Götaland, februari 2017

Oavsett om amningen går bra eller dåligt har nyblivna mammor ofta många frågor om amningen, och hälso- och sjukvården kan inte ta för givet att omförderskor eller flerbarnsmammor inte behöver stöd och hjälp med amning, enligt flera av de intervjuade representanterna. Födelsehusets representant i Ångermanland menar att det är bra att Amningshjälpen finns, men att organisationens storlek och det högra trycket på Amningshjälpen också är ett tecken på att något i den ordinarie vården inte fungerar.

Representanterna för Föräldrastödet i Värmland och Födelsehuset i Västra Götaland menar att blivande föräldrar även får för lite stöd och amningsförberedelse innan barnet föds, bland annat till följd av att den föräldrautbildning som erbjuds inom mödrahälsovården har blivit allt kortare.

I Sverige vill man att alla ska amma, men man erbjuder inte stöd innan och efter förlossningen. Det blir jättekonstigt när man knappt har någon form av amningsförberedelse och så tror man att det ska lösa sig på BB. Då brister det. Om man har fått en bra start kan man bli en stark familj och även undvika förlossningsdepressioner.

Representant för Födelsehuset i Västra Götaland, februari 2017.

Representanterna för Födelsehuset i både Skåne, Västra Götaland och Ångermanland menar att det även behöver bli tydligare vart kvinnor ska vända sig vid komplikationer efter förlossningen, till exempel komplikationer som är relaterade till bristningar. Representanten i Västra Götaland berättade att kvinnor vänder sig till läkare i andra delar av Sverige på grund av de inte får hjälp på hemorten.

Födelsehusets representant i Skåne menar att vi i Sverige även behöver bli bättre på att följa upp mindre bristningar.

Danska barmorskor har kommit hit och föreläst för oss på Ystads lasarett. Det är inte bara grad III-bristningar som du kan få problem av. I Danmark betittas alla bristningar innan hemgång. Är det inte okej re-suturerar man dem eller har uppföljning. I Sverige är det inte uppföljning förrän efter åtta veckor. Vi borde fånga upp besvär tidigare och se till att det inte är tabubelagt med besvär. Då sparar man mycket pengar och mycket lidande. Idag följer man bara upp större bristningar i Sverige.

Representant för Födelsehuset i Skåne, februari 2017

Hon menar att många lider i tystnad och att det händer att kvinnor ringer till förlossningen lång tid efteråt för att de inte vet var de ska vända sig. Brister i uppföljningen och i det stöd som erbjuds efter förlossningen drabbar alla grupper av kvinnor, men särskilt kvinnor som befinner sig i en utsatt situation och inte har ett socialt nätverk omkring sig, enligt företrädare för Födelsehuset.

De som är medlemmar i vår förening är medvetna pålästa kvinnor. De har ganska bra koll på vad de kan kräva av vården. Men kvinnor från andra länder och utsatta grupper löper större risk när det är upp till varje enskild kvinna att själv uppmärksamma och ta tag i sin situation.

Representant för Födelsehuset i Ångermanland, februari 2017

Föreningen Föräldrastödet i Värmland håller på att utbilda post-partumdoulor som ska erbjuda stöd efter förlossningen. Föreningen har uppmärksammat att många kvinnor som är nya i Sverige samt unga mammor och ensamstående mammor blir väldigt utsatta efter förlossningen då uppföljningen och stödet brister både innan och efter förlossningen.

Kontinuitet i vårdkedjan

Födelsehuset arbetar för kontinuitet i vårdkedjan och en mänskligare atmosfär inom förlossningsvården. Flera av de intervjuade representanterna är kritiska till att vården i samband med graviditet, förlossning och eftervård behandlas som olika skeenden. Först är kvinnan gravid, sedan är det en förlossning och därefter har hon ett barn och då är det BVC som tar över. Det är skilda personalgrupper som tar hand om de olika skeendena och vården utförs inom olika verksamheter, i olika byggnader och för vissa till och med i olika städer, enligt Födelsehuset representant i Ångermanland.

För kvinnan är det ju en sammanhängande process. Men den barnmorska man lär känna under graviditeten är ju inte den som är med under förlossningen. Då ska man lära känna en annan barnmorska. Vi ser det här som ett systemfel. Det borde finnas ett mer sammanhängande tänk och en helhet i vårdprocessen. Man borde kunna arbeta mer som ett team som följer kvinnan genom hela processen. Det skulle även öka kompetens hos personalen för de skulle vara delaktiga i hela processen. Det är en vision helt klart.

Representant för Födelsehuset i Ångermanland, februari 2017

Födelsehusets representant i Västra Götaland menar att det även borde vara samma barnmorska som suturerar bristningar efter förlossningen som sedan följer upp bristningar och suturer. Idag är det en barnmorska som suturerar och en annan barnmorska som följer upp bristningar vid eftervårdsbesöket inom mödrahälsovården.

När man har blivit opererad då får man komma tillbaka och träffa sin läkare igen, man kommer inte tillbaka till en annan person. Det skulle nog även vara bra för barnmorskorna som suturerar att få återkoppling på hur det blev.

Representant för Födelsehuset i Västra Götaland, februari 2017

Även Födelsehusets representant i Skåne menar att kontinuiteten i vårdkedjan är bristfällig i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Hon berättade att hon har fött flera av sina barn i England och att det där finns en

helt annan kontinuitet i vårdkedjan med avseende på den personal som kvinnan möter, samtidigt som eftervården ges i hemmet.

På mödravårdscentralen var det fem barnmorskor som hade ansvar för dig och en som var huvudansvarig. Barnmorskan förlöste dig antingen i hemmet eller åkte in med dig till sjukhuset. Sen hade man eftervård i hemmet. Från dagen du gick hem så kom de på hembesök. Det var en barnmorska som kom hem varje dag och stöttade om man till exempel behövde hjälp med amningen eller hade komplikationer efter förlossningen. I England hade jag samma barnmorska under alla graviditeter. Man känner varandra och följer varandra. Jag tror på mindre enheter, det personliga och mer kontinuitet.
Representant för Födelsehuset i Skåne, februari 2017.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns brister och behov av förändringar i vården efter förlossning såväl på sjukhuset som efter hemgång från sjukhuset. Kartläggningen visar att det behövs mer kunskap och utbildning för personalen i hela vårdkedjan om psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och förlossning, om diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten, samt om amning och bröstkomplikationer i samband med amning.

Socialstyrelsen bedömer även att det behövs nya kunskapsstöd, i form av riktlinjer, rekommendationer eller andra former av kunskapsstöd, för vården efter förlossning.

De flesta brister i vården till kvinnor efter förlossning är dock strukturella, och det kan behövas organisatoriska förändringar för att uppnå en mer patientcentrerad, tillgänglig, säker och jämlik vård i hela landet.

Socialstyrelsen bedömer att

- det finns omotiverade praxisskillnader inom och mellan landstingen och regionerna
- vården på sjukhuset behöver bli mer patientcentrerad
- det finns behov av förändringar på flertalet sjukhus för att kunna erbjuda samvård och en familjecentrerad vård
- det finns ett glapp i vårdkedjan och behov av att förbättra uppföljningen och vården efter hemgång från sjukhuset
- det saknas kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal som kvinnan möter under graviditet, förlossning och eftervård.

Behov av nya kunskapsstöd för vården

En majoritet av svarspersonerna i denna kartläggning ser ett behov av nya kunskapsstöd, rekommendationer eller motsvarande på nationell nivå för vården efter förlossning. Flera tillfrågade ger också uttryck för att det saknas en övergripande styrning av vården och att det behövs en ökad samsyn och likriktning för att kunna uppnå en mer jämlik vård i hela landet.

Socialstyrelsen delar bilden av att det saknas en övergripande styrning av vården i samband med förlossning och eftervård. Denna kartläggning visar att det saknas nationella kunskapsstöd som omfattar hela vårdkedjan i samband med graviditet, förlossning och eftervård som vänder sig till beslutsfattare och ger stöd för beslut om fördelning av resurser och prioriteringar inom förlossningsvården.

Svarspersonerna i denna kartläggning efterfrågar även kunskapsstöd, rekommendationer eller motsvarande för vissa specifika delar av vården efter förlossning. Det är framför allt inom följande områden som nya kunskapsstöd efterfrågas

- psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och förlossning
- diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsen bedömer att det behövs kunskapsstöd för vården efter förlossning. Det saknas kunskapsstöd som vänder sig till beslutsfattare och ger stöd för beslut om fördelning av resurser och prioriteringar för hela vårdkedjan inom förlossningsvården.

Socialstyrelsen bedömer vidare att det finns ett specifikt behov av kunskapsstöd, för att identifiera, behandla och stödja personer med psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Merparten (80 procent) av landstingen och regionerna har egna riktlinjer eller vårdprogram för psykisk ohälsa och sjukdom i samband med graviditet och förlossning, men en majoritet (63 procent) av sjukhusen saknar skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossning. Det saknas nationella kunskapsstöd för psykisk ohälsa och sjukdom som berör hela vårdkedjan i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Undantaget är den rapport som en arbetsgrupp inom SFOG tagit fram med övergripande råd [1].

Socialstyrelsen avser att dialog med landsting, regioner och berörda professionsföreningar samt representanter från patient- och föräldraorganisationer bedöma vilka former av kunskapsstöd som bör tas fram för att möta dessa behov.

Det finns även ett behov av kunskapsstöd på nationell nivå för diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten. SFOG och SBF har dock med hjälp av LÖF tagit fram ett utbildningsprogram med rekommenderade metoder och arbetssätt för prevention, diagnostik, behandling och uppföljning på kort och lång sikt av bristningar efter förlossning. Målsättningen är att utbildningsprogrammet ska publiceras i april 2017. Med anledning av detta ser Socialstyrelsen inget behov av något motsvarande kunskapsstöd för diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten. Programmets effekter bör dock utvärderas när programmet har implementerats fullt ut för att avgöra om det möter landstingens och regionernas utmaningar och behov eller om det finns fortsatt behov av kunskapsstöd inom detta område. Socialstyrelsen bedömer även att bristningsregistret kan bidra till att förbättra uppföljningen och handläggningen av bristningar efter förlossning.

Det finns omotiverade praxisskillnader mellan och inom landstingen och regionerna

Jämlik vård innebär att vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. Kartläggningen visar att den vård som erbjuds kvinnor efter förlossning ser olika ut beroende av var i landet de bor. Socialstyrelsens bedömer att det finns omotiverade praxisskillnader både mellan och inom landstingen och regionerna.

På sjukhusen visar kartläggningen skillnader avseende

- vilka alternativ för eftervård som kan erbjudas efter att mamma och barn lämnat förlossningsavdelningen
- hur lång vårdtiden på sjukhuset är efter förlossning och i vilken utsträckning kvinnor som fött barn har möjlighet att påverka vårdtiden
- vilken uppföljning som erbjuds efter hemgång från sjukhuset
- i vilken utsträckning samvård erbjuds på sjukhuset för mamma och barn om barnet är sjukt eller för tidigt fött
- i vilken utsträckning mammans partner eller barnets pappa har möjlighet att vara delaktig i vården och att vara tillsammans med mamman och barnet dygnet runt på sjukhuset
- i vilken utsträckning kvinnor som fött barn får möjlighet att prata igenom förlossningen efteråt med den barnmorska som deltog under förlossningen
- om det finns rutiner och arbetsätt för att skapa kontinuitet avseende den personal kvinnan möter under förlossning och eftervård på sjukhuset.

Det finns även skillnader i vilket stöd och vilken uppföljning som erbjuds efter förlossningen inom mödrahälsovården.

Vården på sjukhuset efter förlossning

Det finns indikationer på att de korta vårdtiderna på sjukhuset kombinerat med hög arbetsbelastning för personalen medför att det inte alltid finns tid och utrymme att tillhandahålla en säker och individanpassad vård som tillgodoser kvinnornas och familjernas behov av återhämtning, information och stöd efter förlossningen.

Företrädare för föreningen Födelsehuset vittnar om att kvinnor är oroliga över att tvingas åka hem utan att själva känna sig redo för det. Kvinnor som fött barn vill själva kunna påverka tiden för hemgång från sjukhuset [4, 8], ha tid för att samtala i lugn och ro med en barnmorska, ställa frågor om sin egen och barnets hälsa och prata igenom förlossningen med den barnmorska som deltog [4, 5, 7]. De efterfrågar även information, stöd och hjälp med amning [4, 5, 7, 8], stöd för fysiska och emotionella behov [6] och möjlighet till avlastning för att få vila och hämta kraft [4, 5], enligt tidigare studier och forskning.

Verksamhetsansvariga vittnar om att personalen på förlossningen/BB inte alltid hinner upptäcka amningsproblem och symptom på nedstämdhet och psykisk ohälsa på grund av korta vårdtider. Vid hög beläggning och hög

arbetsbelastning för personalen finns även mindre tid att ge amningsstöd till nyförlösta kvinnor. Dessutom angav flera verksamhetsansvariga i sina enkätsvar att samtal om förlossningen med den barnmorska som deltog, inte alltid går att erbjuda på grund av korta vårdtider och hög arbetsbelastning för personalen.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Att föda barn är en både fysiskt och psykiskt krävande och omvälvande process. Det är viktigt att kvinnor ges tid för vila och återhämtning efter förlossningen, ges möjlighet att ställa frågor och får information och stöd för såväl sina fysiska som emotionella behov. Landstingen och regionerna behöver säkerställa att vården utformas så att kvinnors behov av återhämtning, information och stöd efter förlossning kan tillgodoses. Vårdtiden behöver beslutas i samråd med patienterna och utifrån både medicinska och andra psykosociala behov.

Brister när det gäller att erbjuda samvård och en familjecentrerad vård på sjukhuset

Enligt rekommendationen *Ten steps to successful breastfeeding* (WHO/UNICEF) som anpassats efter svenska förhållanden av Socialstyrelsen i samarbete med fler myndigheter, bör sjukhusen ha samvård, det vill säga låta mammor/föräldrar och nyfödda barn vara tillsammans dygnet runt [25, 26]. Vården bör organiseras så att den är patient- och familjecentrerad och därmed omfatta andra behov än rent medicinska hos både barnet, föräldrar och eventuella syskon. FN:s barnkonvention ligger till grund för barnets rättigheter som en egen individ och som en del av familjen. En patient- och familjecentrerad vård innebär bland annat att föräldrar och barn inte skiljs åt och att vården därmed bör bereda plats så att föräldrar kan bo tillsammans med barnet på vårdenheten [32].

Redan på 1970-talet kom forskning som visade att samvård efter förlossning är viktig för interaktionen mellan mamma och barn, underlättar amningens etablering och bidrar till en längre amningsperiod [33, 34]. Studier visar även att samvårdade barn helammats i större utsträckning vid fyra månaders ålder än de barn som inte har samvårdats [35]. De sjukhus som under 90-talet anpassade sin verksamhet efter WHO:s och Unicefs tio amningsfrämjande steg klassades som amningsvänliga och det kan vara en av anledningarna till att amningsfrekvensen och amningslängden ökade i Sverige under 1990-talet. År 1996 låg nivån som högst, då mer än 90 procent av barnen ammades vid två månaders ålder [36]. År 2014 helammades 64 procent av barnen vid två månaders ålder och 21 procent ammades delvis [37].

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns brister och behov av förändringar på flera sjukhus när det gäller att erbjuda en familjecentrerad vård där båda föräldrarna och barnet får möjlighet att vara tillsammans dygnet runt.

Det finns även behov av förändringar på flertalet sjukhus för att kunna erbjuda samvård för mamma och barn om barnet är för tidigt fött eller sjukt. Socialstyrelsen bedömer att det finns stor potential till förbättring när det gäller att ha samvård och en familjecentrerad vård. Sjukhusen behöver organisera vården så att det finns förutsättningar för föräldrar och barn att vara tillsammans.

Vården efter hemgång från sjukhuset

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett glapp i vårdkedjan efter att mamma och barn har lämnat sjukhuset och att det är otydligt var kvinnor ska vända sig vid fysiska eller psykiska problem efter förlossningen. Uppföljningen av kvinnors hälsa behöver förbättras liksom tillgången till stöd och vård.

Glapp i vårdkedjan

Trots att medelvårdtiden på sjukhuset är mindre än två dygn är det inte alltid som kvinnornas hälsa efter förlossningen följs upp efter att de lämnat sjukhuset.

Vid tidig hemgång har bröstmjolkproduktionen inte kommit igång ordentligt och amningen har inte etablerats, så många kvinnor behöver stöd och rådgivning om amning när de har kommit hem. Efter hemgången dröjer det dock oftast 1–2 veckor innan barnhälsovården träffar familjen för första gången, vilket kan ställa till med problem för bland annat amningen. Den första tiden efter förlossningen när mjölken rinner till och amningen etableras är en sårbar och känslig tid då det är viktigt att nyblivna mammor har tillgång till bra stöd. Det finns indikationer på att många kvinnor vill ha mer stöd och rådgivning om amning än vad som erbjuds av hälso- och sjukvården idag. Företrädare för organisationen Födelsehuset vittnar om att nyblivna mammor söker stöd hos ideella föreningar som Amningshjälpen på grund av bristande tillgänglighet och stöd inom den ordinarie vården. De menar även att blivande mammor inte får tillräcklig utbildning och förberedelse för amning under graviditeten. För lite stöd och hjälp med amning är också en av orsakerna till att kvinnor har varit missnöjda med vården efter förlossning, enligt tidigare studier och forskning [7, 8].

Socialstyrelsen bedömer att det även finns en risk att hälso- och sjukvården missar att identifiera kvinnor som skulle behöva psykosocialt stöd den närmsta tiden efter förlossningen, och då kanske särskilt kvinnor som inte har tidigare känd psykisk ohälsa eller sjukdom. En majoritet av sjukhusen saknar skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa och sjukdom efter förlossningen. Var femte sjukhus ger varken muntlig eller skriftlig information om var kvinnor ska vända sig vid nedstämdhet, depression eller annan psykisk ohälsa efter förlossningen. Barnhälsovården har en central roll när det gäller barnets hälsa och familjesituation. Barnhälsovården följer och uppmärksammar även föräldrars psykiska hälsa och bör erbjuda EPDS-screening för depressionssymptom till nyblivna mammor [13, 30]. Flertalet vårdutvecklare inom barnhälsovården bedömer dock att BVC-sjuksköterskorna får för lite information från förlossningen/BB om mam-

mans hälsa efter förlossningen, och inte minst om hennes psykiska välbefinnande.

Otydligt vart kvinnor ska vända sig för stöd och vård
Socialstyrelsen bedömer vidare att det är otydligt vart nyförlösta kvinnor ska vända sig om de har fysiska och psykiska problem som är relaterade till förlossningen när en vecka har passerat och förlossningen/BB inte längre är huvudansvariga för vården.

Tidigare studier visar att 12 procent av nyförlösta kvinnor i Stockholm söker vård på en akutmottagning på sjukhus under de närmsta veckorna efter förlossningen, bland annat på grund av blödning, infektion, smärta och amningsrelaterade problem, och då framför allt infektion/mastit [38, 39]. Det kan vara ett tecken på att det inte finns någon annan vårdenhet som tar emot kvinnor med förlossningsrelaterade problem när en vecka har passerat. Det kan också handla om bristande tillgänglighet på andra vårdenheter, till exempel begränsade öppettider och väntetider. Det kan även vara en indikation på att uppföljningen av kvinnornas hälsa efter förlossningen är bristfällig, och att det saknas rutiner för att identifiera kvinnor som behöver stöd och vård under den närmsta tiden efter förlossningen. Socialstyrelsen bedömer att det finns anledning att undersöka om andra landsting och regioner har en motsvarande situation.

Tillgången till medicinsk vård vid bröstkomplikationer
Socialstyrelsen har noterat att i många landsting och regioner är kvinnor som fött barn i första hand hänvisade till amningsmottagningar på sjukhuset om de får bröstkomplikationer som kräver medicinsk behandling. Många kvinnor har dock långt att åka till närmsta sjukhus och amningsmottagningarna har begränsade telefontider och öppettider. Nyblivna mammor kan då bli hänvisade till att istället söka vård på en akutmottagning på sjukhuset.

Socialstyrelsen anser att nyförlösta kvinnor inte ska behöva resa långt eller tillbringa timmar på en akutmottagning om vården skulle kunna ges någon annanstans. Vården bör utformas så att den finns så nära kvinnorna som möjligt och med god tillgänglighet vad gäller till exempel öppettider och väntetider. Socialstyrelsens kartläggning visar att kvinnor i ett fåtal landsting och regioner kan vända sig till sin vårdcentral i samband med amningsrelaterade bröstkomplikationer. Det gäller Dalarna, Norrbotten, Västerbotten, Jämtland-Härjedalen, Värmland, Västra Götaland och Kalmar län. I flera av dessa landsting och regioner kan det vara långt till närmsta sjukhus. Socialstyrelsen har inte studerat närmare om detta gäller samtliga vårdcentraler eller vilken bemanning och kompetens som finns på dessa vårdcentraler.

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna behöver se över sin organisation och etablera rutiner för att tillgodose kvinnors behov av stöd och vård efter hemgång från sjukhuset, oavsett om det handlar om emotionellt och psykosocialt stöd, amningsrelaterat stöd eller vård och behandling vid fysiska komplikationer som är relaterade till förlossningen. Myndigheten bedömer att det behövs tidigare uppföljning än vad som erbjuds idag och

uppföljning vid fler tillfällen för att identifiera kvinnor som har behov av amningsstöd och kvinnor som har fysiska eller psykiska komplikationer efter förlossningen. Tillgången till vård och stöd behöver förbättras.

Bristerna i uppföljningen och stödet efter förlossning kan drabba alla kvinnor och inte minst kvinnor som befinner sig i en mer utsatt situation. I enkätsvaren har vårdgivarna lyft särskilda utmaningar i vården till utlandsfödda kvinnor som inte pratar svenska, till exempel nyanlända och asylsökande. Företrädare för patient- och föräldraorganisationer vittnar om att kvinnor som är nya i Sverige samt unga och ensamstående mammor ofta blir mer utsatta efter förlossningen när uppföljningen och stödet brister. Socialstyrelsen har tidigare genomfört en analys av socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Den visar bland annat att kvinnor som är födda i vissa länder har högre risk för bland annat graviditetsdiabetes, akuta kejsarsnitt och sfinkterrupturer [2].

Ett sätt att förbättra uppföljningen och stödet som erbjuds kvinnor den närmsta tiden efter förlossning, kan vara att mödrahälsovården får ett utökat uppdrag för att följa upp kvinnors hälsa efter förlossning samt erbjuda stöd och vård utifrån individuella behov. Detta förespråkas av SBF och flera samordningsbarnmorskor i olika delar av landet. En fördel med detta alternativ är att barnmorskan inom mödrahälsovården redan haft kontakt med kvinnan eller föräldrarna under hela graviditeten. Det kan bidra till ökad trygghet och kontinuitet i vårdkedjan, och även ge bättre förutsättningar för att identifiera och tillgodose kvinnor som behöver stöd eller vård efter förlossningen.

Socialstyrelsen bedömer vidare att det finns anledning för landstingen och regionerna att se över om tillgängligheten till medicinsk vård vid bröstkomplikationer kan förbättras, till exempel genom att primärvården kan erbjuda denna vård, antingen på vårdcentralerna eller inom mödrahälsovården. Det förutsätter dock att det finns god kunskap om amning och bröstkomplikationer bland berörd personal inom dessa verksamheter.

Socialstyrelsen planerar att göra en fördjupad kartläggning och analys av vården för kvinnor som drabbats av förlossningsskador i bäckenbotten. Det finns indikationer på brister i vården både när det gäller väntetider och tillgång till effektiva behandlingsmetoder. Tillgång till multidisciplinär diagnostik och behandling vid så kallade Bäckebottencentrum finns endast i ett fåtal landsting och regioner.

Det saknas kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter

En svensk studie visar att mer än varannan kvinna efterfrågar en större kontinuitet i mödrahälsovården, med möjlighet att möta samma barnmorska genom hela graviditeten, förlossningen och tiden efter förlossningen. I Sverige är det sällsynt med vårdmodeller som ger den kontinuiteten i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Den barnmorska som svarar för vården under graviditeten är sällan den som arbetar på förlossningen eller i vården efter förlossningen [40]. Socialstyrelsens kartläggning visar att det

även saknas kontinuitet avseende de barnmorskor som kvinnor möter under och efter förlossningen på sjukhuset/BB.

Efter att mamman och barnet har lämnat sjukhuset och den första veckan har passerat är det inte längre personalen på förlossningen/BB som ansvarar för vården i de flesta landsting och regioner. Omkring 1–2 veckor efter barnets födelse ska alla familjer med ett nyfött barn erbjudas ett hembesök från barnhälsovården. Det innebär ytterligare en ny vårdkontakt för familjen. I de allra flesta landsting och regioner träffar kvinnor som fött barn inte sin barnmorska inom mödrahälsovården igen förrän vid eftervårdsbesöket cirka 6–12 veckor efter förlossningen.

I enkätsvaren framkom dessutom att samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan behöver förbättras, inte minst för patienter med en komplicerad graviditet och förlossning samt patienter med psykisk ohälsa och sjukdom.

Vetenskapliga studier har visat på flera fördelar när kontinuitet i vårdkedjan erbjudits genom att samma barnmorska eller en grupp av barnmorskor arbetat med hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård. Fördelar som framkommit är bland annat färre ingrepp under förlossningen, nöjdare kvinnor och en billigare vård [41], färre kejsarsnitt och färre analsfinkterskador [42] samt lägre risk för utbrändhet och högre grad av tillfredsställelse bland barnmorskor [43, 44].

Socialstyrelsens bedömning och slutsatser

Socialstyrelsen bedömer att vården i samband med graviditet och förlossning är fragmenterad och inte organiserad för att skapa kontinuitet för patienterna. Det finns stor potential till förbättring när det gäller att skapa kontinuitet i vårdkedjan avseende den personal kvinnor möter under graviditet, förlossning och eftervård. Samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan behöver också förbättras.

I Sollefteå startar just nu ett projekt där en grupp av barnmorskor ska erbjuda kontinuitet under graviditeten, förlossningen och uppföljningen efteråt [45]. Socialstyrelsen uppmuntrar att fler sådana initiativ tas och utvärderas, samt bedömer att det finns anledning för landstingen och regionerna att se över sin organisation för att i högre grad åstadkomma kontinuitet avseende de barnmorskor kvinnor möter under graviditet, förlossning och eftervård.

Referenser

1. Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Barnafödande och psykisk sjukdom. ARG rapport nr 62, 2009. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG); 2009.
2. Socialstyrelsen. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Hämtad 2017-03-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016-12-14.pdf>
3. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001 Sep; 28:202-7.
4. Hildingsson I. Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning. Stockholm: 2003.
5. Idestrom M, Andersson-Ellstrom A. Upplevelser av förlossning och eftervård: en studie av de kvinnor som födde barn i Karlstad under mars och juli månad 1998. Karlstad: Landstinget i Värmland, Primärvårdens FoU-enhet; 2000.
6. Barimani M. Bridging the gap in the chain of care for expectant and new mothers. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
7. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85: 551–560.
8. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research* 2007, 7:178. Publicerad 5 november 2007.
9. Födelsehuset. Välkommen till födelsehuset. Hämtad 2017-02-01 från <http://fodelsehuset.se>
10. Föräldrastödet i Värmland. Om föräldrastödet. Hämtad 2017-02-01 från <http://www.foraldrastodet.se/foraldrastodet/om/>
11. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med mödrabarnhälsovårdspsykologernas förening. Mödrabarnhälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Rapport nr 76, publicerad 2008, uppdaterad webbversion 2016. Hämtad 2017-02-01 från <https://www.sfog.se/start/arg-rapporterdiagnosbok/>
12. Rikshandboken för barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program. Översikt. Hämtad 2017-02-10 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Barnhalsovardens-nationella-program/>
13. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Hämtad 2017-03-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>
14. Rikshandboken för barnhälsovård. Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS. Hämtad 2017-01-04 från

- <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>
15. Vårdgivareguiden Stockholms läns landsting. EPDS – Riktlinjer. Hämtad 2017-03-01 från <http://vardgivarguiden.se/sv/behandlingsstod/BVC/riktlinjer-stodmaterial/metoder/EPDS-riktlinjer/>
 16. Graviditetsregistret, årsrapport 2015. Hämtad 2017-01-02 från <https://www.medscinet.com/GR>
 17. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: medicinska födelseregistret 1973-2013, assisterad befruktning 1991-2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 18. Skånes universitetssjukhus. Bäckebottencentrum. Hämtad 2017-02-01 från <http://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/om-oss/specialistomraden/backebottencentrum/>
 19. Danderyds sjukhus. Bäckebottencentrum Gynekologi. Hämtad 2017-02-01 från <http://www.ds.se/Backebottencentrum>
 20. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). Bristningsregistret. Hämtad 2017-01-10 från <https://www.sfog.se/start/kvalitet/bristningsregistret/>
 21. Kylberg E, Westlund AM, Zwedberg S. Amning i dag. 2. uppl. Stockholm: Gothia fortbildning; 2014.
 22. World Health Organization. Mastitis: Causes and management. Department of child and adolescent health and development. World Health Organization; Geneva; 2000.
 23. Karolinska universitetssjukhuset. PKU-provet. Hämtad 2017-03-09 från www.karolinska.se/PKU
 24. Olsson, A. Förlossningsskador och suturering. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A, red. Reproduktiv hälsa. Studentlitteratur; 2016, s.513.
 25. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services – A joint WHO/UNICEF Statement. WHO 1989.
 26. Socialstyrelsen. Tio steg som främjar amning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Hämtad 2016-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-27>
 27. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska neonatalsektionen. Säker vård efter förlossningen. Rekommendationer för vård efter förlossningen för modern och barnet. Stockholm: 2013. Rapporten hämtad 2016-11-05 från <https://www.sfog.se/start/rad-riktlinjer/sfog-rad-obstetrik/post-partum/>
 28. Rikshandboken för barnhälsovård. Barnhälsovårdens nationella program. Hembesök förslag på upplägg. Hembesök till barn som är nyfödda eller hemkomna från sjukhus i nyföddhetsperioden. Hämtad 2017-01-05 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovarsprogrammet-aldrar/Hembesok/>
 29. Rikshandboken för barnhälsovård. Barnhälsovårdsprogrammet åldrar 1–3 veckor. Hämtad 2017-01-05 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovarsprogrammet-aldrar/1-3-veckor/>

30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-6>
31. Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vård efter förlossning. Hämtad 2017-03-08 från <https://www.sahlgrenska.se/w/v/vard-efter-forlossning/>
32. Socialstyrelsen. Vård av extremt för tidigt födda barn: en vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
33. Johnson N. W. (1976). Breastfeeding at one hour of age. *American Journal of Maternal-Child Nursing*, january/february 1976, s.12-16.
34. de Château P, Holmberg H, Jakobsson K & Winberg J (1977). A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 1997, 19, s. 575-584.
35. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art.No.:CD006641. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
36. Socialstyrelsen. Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
37. Socialstyrelsen. Statistik om amning 2014. Socialstyrelsen; 2016. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20331/2016-9-19.pdf>
38. Barimani M, Oxelmark L, Johansson S E, Langius-Eklöf A, Hylander I. Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scand J Caring Sci*; 2014; 28; s. 57–65.
39. Vikström A, Johansson Sven-Erik, Barimani M. Postnatal ER visits within 30 days – pattern, risk factors, and implications for care. Submitted.
40. Hildingsson I, Karlström A, Haines H, Johansson M. Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare* 7 (2016) s. 27–32.
41. Sandall, J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art No: CD004667. DOI: 10.1002/14651858-CD004667.pub4.
42. Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Gunewald C. In-hospital birth center with the same Medical guidelines as Standard Care: A comparative study of Obstetric Interventions and Outcome. *BIRTH* 38:2 June 2011.
43. Jepsen, I, Aagard Nohr E, Foureur M, Elgaard Sorensen E. A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery* 2016; 46: 61-69.

44. Newton M, Forster D, McLachlan H: Exploring satisfaction and burnout among caseload and non-caseload midwives. *Women and Birth* 2011; 24: (Suppl 1): 3.
45. Vårdfokus. Ny barnmorskemodell ska ge tryggare mammor. Hämtad 2017-03-29 från www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/januari/kontinuitet-ska-ge-tryggare-mammor/

Bilagor

Bilaga 1. Enkät till ledningen i landsting och regioner.

Bilaga 2. Enkät till verksamhetsansvariga på förlossningen/BB.

Bilaga 3. Enkät till samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården.

Bilaga 4. Enkät till vårdutvecklare inom barnhälsovården.

Samtliga bilagor finns på

www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-13/