

Rapport 2018:2

I väntans tider

En delrapport om satsningen
på kvinnors hälsa



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Gettyimages
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-87213-84-7



I väntans tider

En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa



Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Projektdirektören Hanna Sjöberg har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-05-04

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Hanna Sjöberg
Föredragande

Förord

Regeringen genomför sedan 2015 en satsning med flera olika delar för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Syftet med satsningen är att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor och minska hälsoklyftorna i samhället.

Inom satsningen har stimulansmedel fördelats till landstingen och regionerna för insatser inom vården av gravida, förlossningsvården och eftervården efter förlossning samt för insatser inom övrig vård som ges till kvinnor och för insatser inom primärvården för att stärka den vård som särskilt rör kvinnor. Inom ramen för satsningen genomfördes också en reform som gjorde mammografiscreening avgiftsfri i hela landet för kvinnor mellan 40 och 74 år från 1 juli 2016 samt en reform som gjorde preventivmedel inom läkemedelsförmånen kostnadsfria för unga under 21 år från januari 2017. Från år 2018 har screening för cervixcancer också blivit avgiftsfritt i hela landet. Regeringen har dessutom gett flera myndigheter i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag inom området. Den här delrapporten utgör den första rapporten inom vårt uppdrag att följa upp satsningen.

På Vårdanalys har arbetet bedrivits av Hanna Fagerlind (projektledare), Anna Gavanoas, Britt Eriksson, Kerstin Gunnarsson, Sofia Almlöf och Åsa Ljungvall. Analyschefen Cecilia Stenbjörn och projektdirektören Hanna Sjöberg har också deltagit i arbetet.

Vi vill tacka alla personer som låtit sig intervjuas inom ramen för uppföljningen och alla de som svarat på våra enkätundersökningar. Vi vill också tacka de som på olika sätt hjälpt oss med statistik och underlag till rapporten – medarbetare på Socialstyrelsen, Graviditetsregistret,

e-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, SKL och kontaktpersoner i landstingen med flera. Ett särskilt tack vill vi rikta till Margareta Larsson, docent vid Uppsala universitet, Tanja Tydén, senior professor vid Uppsala universitet, Monica Idestrom utredare vid Folkhälsomyndigheten, Karin Leifland, överläkare och verksamhetsområdeschef vid Södersjukhuset, Sven Törnberg, docent, tidigare överläkare och ansvarig för SLL:s screeningprogram, Karin Källén, professor vid Lunds universitet och utredare på Socialstyrelsen, Sophia Zachrisson, överläkare och docent Lunds universitet och Magdalena Lagerlund, forskare vid Lunds universitet som faktagranskat och lämnat värdefulla synpunkter på olika delar av rapporten. Vårdanalys står själva för alla skrivningar och slutsatser i rapporten.

Vår förhoppning är att resultat från denna rapport ska vara ett stöd i det fortsatta arbetet med satsningen på kvinnors hälsa.

Stockholm i maj 2018

Cecilia Stenbjörn
Analyschef

Sammanfattning

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att förbättra förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa. Enligt regeringen var motiven till satsningen att det fortfarande finns ”tydliga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller tillgång till vård och behandling på lika villkor inom hälso- och sjukvården”. Enligt regeringen är det övergripande syftet med satsningen ”att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället”.

Regeringens satsning på kvinnors hälsa är bred, den omfattar olika områden och består av både reformer (i form av lagförändringar) och stimulansmedel till landstingen. I satsningen ingår även andra insatser som uppdrag till myndigheter om att utveckla vissa kunskapsstöd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i uppdrag (S2016/06724/FS) att följa upp följande delar av regeringens samlade satsning på kvinnors hälsa:

- insatser som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa
- insatser för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden
- införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år
- införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

Insatserna som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa och insatserna för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden genomförs huvudsakligen genom överenskommelser mellan regeringen och SKL om stimulansmedel till

landstingen och regionerna (fortsättningsvis benämnda landstingen). De två andra delarna av satsningen som är särskilt utpekade i vårt uppdrag: en reform som innebär att mammografiscreening blir avgiftsfri i hela landet för kvinnor 40–74 år och en reform som innebär att preventivmedel blir kostnadsfria för unga under 21 år, genomförs som förändringar i författningar.

SÅ HAR VI GENOMFÖRT UPPFÖLJNINGEN I DENNA DELRAPPORT

I den här delrapporten analyserar vi delsatsningarna i förhållande till kända behov och utmaningar. Vi analyserar också hur aktiviteterna förhåller sig till målen med delsatsningarna. Dessutom följer vi upp hur arbetet har organiserats. Det är ännu för tidigt att med säkerhet dra slutsatser om resultat och effekter.

I uppföljningen har vi genomfört egna datainsamlingar och också använt tidigare insamlat material. Vi har till exempel gjort litteraturoversikter, analyserat offentlig statistik, samlat in och analyserat redovisningar från landstingen och genomfört intervjuer och möten med kontaktpersoner i landstingen, verksamhetsföreträdare, experter, professionsföreträdare, patientföreträdare och forskare.

Delrapporten är indelad i fyra separata kapitel. Det inledande kapitlet ger en bild av satsningen och dess olika delar och beskriver hur vi gått till väga i uppföljningen. Därpå följer ett kapitel för var och en av delsatsningarna. De tre kapitlen är:

- Kapitel 2: Uppföljning av överenskommelser om förlossningsvård och kvinnors hälsa.
- Kapitel 3: Uppföljning av avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år.
- Kapitel 4: Uppföljning av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år.

UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSERNA OM STÄRKT FÖRLOSSNINGSVÅRD OCH INSATSER FÖR KVINNORS HÄLSA

Den största delen i den samlade satsningen på att stärka kvinnors hälsa utgörs av de överenskommelser som regeringen ingått med SKL för åren 2015–2019. Fram till i dag har fyra överenskommelser (inklusive

tilläggsöverenskommelser) träffats. Sammantaget har 1 490 miljoner kronor betalats ut till landstingen för åren 2015–2017 utifrån befolkningsstorlek. Överenskommelserna som har gällt åren 2015–2017, som vi följer upp i denna rapport, har de övergripande målsättningarna att vården ska bli mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad, patientfokuserad och jämlik när det gäller förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa. I den andra överenskommelsen som träffades år 2017 förtydligade också att vården ska vara av god kvalitet och utgå från kvinnans behov.

Målen som uttrycks i överenskommelserna är alltså övergripande breda mål som avspeglar målen för hälso- och sjukvården generellt. Dessutom pekar överenskommelserna ut vissa specifika områden som parterna vill se en utveckling inom. Det gäller till exempel bemanning och kompetensförsörjning, att minimera förlossningsskador och utveckling av vårdkedjan. Överenskommelserna lämnar stor frihet till landstingen att själva prioritera vad man vill fokusera på utifrån regionala behov.

I den här delrapporten följer vi upp arbetet med överenskommelserna för perioden 2015–2017. Vi analyserar målsättningarna för överenskommelserna i förhållande till kända behov och utmaningar när det gäller kvinnors hälsa, den vård som ges till kvinnor och specifikt vården i samband med graviditet och förlossning. Vi följer upp inom vilka områden som landstingen genomfört insatser och hur arbetet har organiserats. Det är ännu för tidigt att se resultat av insatserna på nationell nivå.

Slutsatser från uppföljningen av arbetet inom överenskommelserna 2015–2017

Utifrån vår uppföljning i denna delrapport drar vi följande slutsatser:

Överenskommelsernas intentioner svarar mot kända behov men täcker inte hela den kända problembilden

Det är motiverat att arbeta för att utjämna skillnader i vård och hälsa mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor i samhället och mellan olika delar av landet. Vår genomgång visar även att det är motiverat att utveckla vården av gravida och födande, till exempel utifrån skillnader i den vård som ges och i vårdens utfall i olika delar av landet, men det finns också utvecklingsbehov när det gäller att göra vården mer personcentrerad genom bättre bemötande, delaktighet, samordning och kontinuitet i

vården. Detta kräver dock kunskap om vad som är en bra vård ur individens perspektiv – något som delvis saknas i dag.

I överenskommelserna mellan staten och SKL pekas ett antal områden ut, vi har kallat dem för resultatområden. Resultatområdena har betydelse för de övergripande målen i satsningen på kvinnors hälsa och de övergripande mål som SKL och regeringen anger i överenskommelserna. Däremot kan vi se att det utifrån kända behov och utmaningar saknas ett resultatområde som fokuserar på att minska psykisk ohälsa bland kvinnor. Det pågår dock en annan satsning på psykisk hälsa genom överenskommelse mellan staten och SKL.

Det har också saknats ett resultatområde som specifikt rör bemötande och personcentrering i graviditetsvårdkedjan, men det är något som har tydliggjorts i överenskommelsen för 2018–2019.

Huvuddelen av insatserna sker inom resultatområdena men det görs också många insatser med annat fokus

Vi ser att landstingen genomför insatser som tar sikte på de övergripande behov och utmaningar som är kända i dagsläget och det finns också insatser för alla de resultatområden som identifierats i överenskommelserna. Flera av insatserna kan mycket väl ha potential att påverka situationen i de enskilda landstingen. Bredden av insatser inom ett stort område gör det dock svårt att uppskatta i vilken utsträckning det samlade arbetet kommer påverka omotiverade skillnader i vård och hälsa mellan män och kvinnor, och skillnader mellan olika grupper av kvinnor.

Alla landsting har påbörjat eller genomfört insatser för att stärka bemanningen och kompetensförsörjningen. Nästan alla landsting har också arbetat med insatser för att förbättra identifiering, bemötande och behandling av kvinnor inom framför allt primärvården. Detta är två viktiga resultatområden som pekas ut i överenskommelserna. Nästan alla landsting har också arbetat för att minimera förlösningsskador. Två områden som på olika sätt uttrycks som prioriterade i överenskommelserna men där relativt få insatser genomförts, är insatser för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor samt insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor generellt, men särskilt i socioekonomiskt utsatta områden.

I överenskommelserna pekas också utveckling och förbättring av kunskapsstöd ut som ett resultatområde. Inom satsningen har det genomförts insatser på nationell nivå för att förbättra kunskapsstöden men

det saknas fortfarande en tydlig nationell samordning kring kunskapsstöden och implementeringen av dem. Detta är något som det nationella programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning ska arbeta med.

Flera insatser för att nå särskilda målgrupper men ett stort arbete krävs för att utjämna omotiverade skillnader

Landstingen genomför insatser som syftar till att stärka vården för vissa grupper med sämre hälsoutfall och det finns flera initiativ som kan förbättra utfallet för specifika målgrupper. Men landstingen behöver göra mer för att bidra till att utjämna omotiverade skillnader i hälsa mellan grupper. Vår bedömning är också att landstingens insatser inte har fokus på särskilda målgrupper i den utsträckning som kan förväntas utifrån skrivelserna i överenskommelserna, särskilt inte avseende insatser inom primärvården. Det ska tilläggas att skrivningarna i överenskommelserna öppnar för olika tolkningar gällande vilken typ av insatser som ska prioriteras.

Vi ser att det finns behov av lärande mellan landstingen men också av uppföljning och utvärdering av insatser för att nå och förbättra vården för grupper med sämre hälsoutfall.

Patienter och andra målgrupper har inte involverats i arbetet vilket riskerar att leda till sämre resultat

Vi ser att patienter eller andra målgrupper har involverats i liten utsträckning i landstingens behovsanalyser, i prioriteringar av insatser och i utformningen av insatserna. Sammantaget gör det att det är svårt att veta att om landstingen fokuserar på rätt åtgärder för att göra vården mer anpassad utifrån behoven hos olika grupper av kvinnor.

Överenskommelserna om att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa föregicks inte av någon nationell behovsanalys där utmaningar och behov identifierades utifrån ett patientperspektiv. SKL:s kartläggningar av förbättringsområden har varit ett stöd i landstingens arbete men vi ser ändå att det saknas kunskap om hur vården av gravida och födande fungerar ur patientperspektiv och vad som är god kvalitet i vården utifrån ett patientperspektiv. Nu görs ett arbete för att utveckla och implementera en enkät som riktar sig till kvinnor i olika faser av graviditeten och efter förlossning. Det är positivt att en nationell uppföljning av vården av gravida och födande, ur individernas perspektiv, ska införas brett. Men vi ser att det också behövs ytterligare kunskap om vad som är kvalitet, kontinuitet,

medbestämmande och delaktighet i vården, ur gravida kvinnors och deras partners perspektiv, och hur vården kan stärkas i dessa avseenden.

Drygt hälften av medlen har använts till bemanning och utbildningstjänster

Ett syfte med överenskommelserna är att stärka bemanningen, särskilt i förlossningsvården. Alla landsting har initierat insatser kopplade till resultatområdet bemanning och kompetensförsörjning. Samtidigt finns en ganska stor spridning mellan landstingen i hur stor andel av medlen som har använts till bemanning. Enligt landstingens redovisningar har hälften av landstingen använt 75 procent eller mer av medlen 2017 till bemanning eller utbildningstjänster, men andelen varierar mellan 10 procent och 92 procent. Totalt har 56 procent av överenskommelsens medel under 2017 använts till bemanning. Landstingens prognoser tyder på att andelen kommer att öka under 2018.

Det finns svårigheter för so mliga landsting att rekrytera personer med rätt utbildning och kompetens eftersom det råder brist på vissa yrkesgrupper på flera håll i landet. Landstingen har därför genomfört insatser som handlar om att vidareutbilda personal till vissa yrken, för att därigenom förbättra kompetensförsörjningen. Det är också vanligt med utbildningsinsatser för att stärka personalens kompetens generellt. Att använda medel från överenskommelserna för utbildning och kompetensutveckling kan ge förutsättningar för mer bestående resultat.

Sammantaget ser vi att alla landsting har arbetat med bemanning och kompetensförsörjning inom ramen för överenskommelsearbetet. Trots dessa insatser kommer kompetensförsörjningen fortsätta att vara en utmaning i flera delar av landet. Tillfälliga medel i en statlig satsning kan inte lösa kompetensförsörjningssituationen på sikt – för det behövs mer långsiktiga åtgärder som också innefattar ändrade arbetsätt i vården.

Styrningen av överenskommelserna ger landstingen frihet men bidrar till osäkerhet

Kombinationen av överenskommelsernas breda mål, många utpekade resultatområden, särskilda fokus på bemanning och stor frihet för landstingen att själva bedöma hur medlen ska användas, har skapat viss osäkerhet både kring hur medlen ska användas och kring hur medlen faktiskt används. Det är svårt att överblicka vilka mål landstingen ska fokusera på och vilka prioriteringar som gäller mellan områden och målgrupper. Det gäller inte minst insatserna inom primärvården.

Samtidigt finns klara fördelar med att landstingen ges frihet att själva bedöma hur medlen ska användas utifrån lokala och regionala behov. Det kräver dock att landstingen och verksamheterna har kunskap om hur behoven ser ut och vilka insatser som är relevanta att fokusera på. Då överenskommelserna inte föregicks av någon nationell behovsanalys har det varit upp till de olika landstingen att göra egna behovsanalys för att kunna prioritera bland insatser och målgrupper.

Överenskommelsen för åren 2018–2019 har delvis en annan struktur än tidigare överenskommelser, och parterna har här enats om ett antal mål för vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård.

VÅRA REKOMMENDATIONER

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att tillsammans med landstingen förtydliga målen med överenskommelserna och prioritera tydligare mellan mål och områden*

Vi rekommenderar regeringen att tillsammans med landstingen tydliggöra den strategiska inriktningen för överenskommelserna. Parterna bör förtydliga målen och säkerställa att de tar sikte på vad som ska uppnås men också prioritera tydligare mellan mål, områden och målgrupper. Vi uppfattar att detta i viss mån redan har påbörjats i och med överenskommelsen 2018. Vägen till att nå målen kan med fördel lämnas fri för landstingen men bör kombineras med tydligare fokus på uppföljning av olika insatser och lärande. Regeringen och landstingen bör också fortsätta att arbeta med att identifiera vilka stöd som landstingen behöver och vad som kan samordnas nationellt.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att styra insatserna mot särskilda målgrupper*

Vi rekommenderar regeringen att i större utsträckning styra överenskommelserna mot målgrupper med sämre hälsoutfall samt lärande mellan landstingen och kunskapsutveckling om hur vården kan utvecklas för dessa grupper. Vi rekommenderar också landstingen att i större utsträckning fokusera på insatser för grupper som vården har svårt att nå, grupper med sämre hälsoutfall och grupper som har sämre erfarenheter av vården. För att öka kunskapen om vad som är

framgångsrika arbetssätt är det angeläget att enskilda insatser följs upp och utvärderas.

▶ *Vi rekommenderar landstingen att i högre grad involvera patienter och berörda målgrupper i arbetet*

Vi rekommenderar landstingen att i högre grad involvera patienter och patientföreträdare i behovsanalyser men också i utformningen och genomförandet av insatser och i vårdens utvecklingsarbete. Genom att involvera målgrupperna i utvecklingsarbetet förbättras förutsättningarna för en mer personcentrerad vård. Inte minst när det gäller vården av gravida finns stora möjligheter till delaktighet. Ett sådant arbete behöver vara genomtänkt ur ett jämlikhetsperspektiv, och ge förutsättningar för deltagande för en bredd av patienter och medborgare. Särskilda åtgärder kan behövas för att inhämta perspektiv från patienter och medborgare som vården har svårt att nå.

▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att fokusera mer på lärande inom ramen för överenskommelsearbetet*

Vi rekommenderar regeringen att tydligare styra överenskommelserna mot att främja lärande mellan landstingen. En viktig del i det är att insatser följs upp och utvärderas. Vi rekommenderar också landstingen att tillsammans planera, genomföra, följa upp och lära från insatser inom områden där det saknas kunskap och metoder. Detta gäller inte minst i insatser för att utveckla vården så att den blir mer personcentrerad och i insatser som ska stärka vården för vissa grupper med sämre hälsoutfall och sämre erfarenheter av vården.

▶ *Vi rekommenderar landstingen att tydligare kommunicera till medborgare och medarbetare hur medlen från överenskommelserna används*

Vi rekommenderar landstingen att förbättra informationen om överenskommelsearbetets omfattning, inriktning, prioriteringar och tidsramar till berörda verksamheter men också se till att information finns tillgänglig för patienter och medborgare.

UPPFÖLJNING AV REFORMEN OM AVGIFTSFRI MAMMOGRAFISCREENING FÖR KVINNOR 40–74 ÅR

Den första juli 2016 blev mammografiscreening för kvinnor mellan 40 och 74 år avgiftsfri i hela landet (lagen (2016:659) och förordningen (2016:660) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården. Syftet med reformen är att öka deltagandet i strukturerade mammografiundersökningar, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper (prop. 2015/16:138, s. 12-14). Mammografiscreening har rekommenderats av Socialstyrelsen för vissa grupper sedan 1986 och samtliga landsting hade infört mammografiscreening 1997. Patientavgiften för mammografiscreening har varierat mellan landstingen fram till dess att lagförändringen om avgiftsfri mammografiscreening infördes 1 juli 2016. I vissa landsting var det kostnadsfritt redan innan reformen.

I delrapporten har vi bland annat undersökt om det finns behov av att öka deltagandet i mammografiscreening, om avgiftsfrihet är en bra insats för att öka deltagandet och hur landstingen har informerat målgrupperna om avgiftsfriheten.

Det är för tidigt att dra slutsatser om hur deltagandet i mammografiscreening har utvecklats efter reformen. Inte heller i slutrapporten kommer vi att kunna påvisa om eventuella förändringar i deltagande beror uteslutande på reformen.

Slutsatser om reformen att avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år

Utifrån uppföljningen i denna delrapport drar vi följande slutsatser:

Deltagandet var högt redan innan reformen men skillnader mellan grupper motiverar insatser

Sverige är ett av de EU-länder som har högst deltagande i mammografiscreening, med ett nationellt deltagande på cirka 76 procent bland kvinnor i åldrarna 50–69 år (Ponti 2017). Forskningsstudier visar dock att deltagandet är lägre i vissa grupper. Sammantaget ser vi att det kan vara motiverat att försöka öka deltagandet i mammografi i vissa socioekonomiska grupper. Det saknas dock statistik för att överblicka läget och utvecklingen i deltagandet i mammografiscreening i landet i dag.

Nationell enhetlighet ökar tydligheten ur individperspektiv

Att inte delta i mammografiscreening kan för den enskilda kvinnan leda till att en bröstcancer upptäcks sent och därför blir mer svårbehandlad eller till och med leder till en förtida död. Mammografiscreening har genom reformen blivit mer likartad i sitt erbjudande till kvinnor över hela landet, vilket kan vara en fördel ur patientsynpunkt. Det ger bättre förutsättningar för att fler ska känna till vad som är det offentliga erbjudandet. Det ger också bättre förutsättningar för att utveckla bra och samordnad information till kvinnor i målgruppen över hela landet.

Avgiftsfrihet är en insats för att öka deltagandet som kan behöva kombineras med andra åtgärder

Enligt forskning finns det flera faktorer som leder till att vissa kvinnor inte deltar i mammografiscreening. Vi kan i dagsläget inte avgöra om, och i så fall i vilken mån, reformen påverkar deltagandet eller om det finns andra faktorer som har större betydelse för deltagandet. Vår slutsats i den här delrapporten är att nationell avgiftsfrihet har viss potential att öka deltagandet i mammografiscreeningen, dock i begränsad omfattning. Det kan också behövas andra insatser för att öka deltagandet, särskilt för grupper med ett lägre deltagande. Vår genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att det kan vara effektivt att kombinera olika typer av insatser för att uppnå ett högre deltagande.

Kännedomen om avgiftsfrihet är avgörande för reformens effekter

För att reformen ska få effekt för den grupp där kostnaden är avgörande för deltagandet behöver information nå ut om att undersökningen är avgiftsfri. Våra intervjuer indikerar att informationen om avgiftsfriheten inte nått ut till alla berörda kvinnor ännu trots att det framgår av nästan alla kallelser. Vi har dock inte undersökt kännedomen om avgiftsfriheten bland kvinnor i målgruppen. För att säkerställa att målgrupperna nås av informationen att mammografiscreeningen är avgiftsfri kan informationen behöva målgruppsanpassas i större utsträckning, och man kan behöva överväga andra informationskanaler.

Behov av bättre uppföljningsmöjligheter

Det är inte möjligt att på nationell nivå följa deltagandet i mammografiscreening, varken för kvinnor i målgruppen generellt eller i till exempel olika socioekonomiska grupper. Det innebär i sin tur att

mammografiverksamheterna inte på ett enkelt sätt kan analysera vilka grupper som de når i mindre utsträckning, jämföra sig nationellt och bedöma när de bör vidta åtgärder för att stärka deltagandet i en viss grupp, och inte heller utvärdera vilka åtgärder som fungerar. Vi ser därför att det behövs nationella uppföljningsdata för att följa, analysera och utveckla verksamheterna. Ett nationellt kvalitetsregister är också under utveckling och beräknas vara i nationellt bruk under 2018 (Regionala cancercentrum i samverkan 2018). I och med att erbjudandet om mammografiscreening har blivit mer likartat i landstingen finns också större möjligheter för landstingen att samverka kring till exempel mål, uppföljning och analyser samt nya arbetssätt och lärande.

Våra rekommendationer

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga insatser för att öka kännedomen om avgiftsfriheten*

Vi rekommenderar regeringen och hälso- och sjukvårdens huvudmän att överväga insatser för att öka kännedomen om avgiftsfriheten. Sådana informationsinsatser kan också kombineras med information om exempelvis syftet med mammografiscreening och hur undersökningen går till, för att på så sätt öka målgruppernas vilja att delta i mammografiscreening.

- ▶ *Vi rekommenderar landstingen att följa upp deltagandet i mammografiscreening för olika grupper och med riktade insatser stärka deltagandet i grupper där deltagandet är lågt*

Vi rekommenderar landstingen att följa upp och analysera deltagandet i mammografiscreening och utifrån behov och målgrupp genomföra insatser för att stärka deltagandet i grupper där deltagandet är lågt. Landstingen bör samverka i detta arbete.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att säkerställa att en nationell uppföljning kommer på plats till nytta för utveckling och forskning*

Det finns ett behov av en nationell, täckande uppföljning av screeningverksamheten för att stödja utveckling, uppföljning och

forskning på området. Det gäller inte minst för att kunna se om det finns behov av förstärkta insatser för att öka deltagandet i vissa grupper. Om det finns åtgärder som skulle kunna snabba på implementeringen av ett nationellt register för dessa syften bör de åtgärderna vidtas.

UPPFÖLJNING AV REFORMEN OM KOSTNADSFRIA PREVENTIVMEDEL FÖR UNGA UNDER 21 ÅR

Den 1 januari 2017 infördes kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år (19§ lagen 2002:160). De preventivmedel som omfattas är läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Reformen är en del i arbetet med att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter, enligt regeringen. I förarbetena till reformen skriver regeringen att oplanerade graviditeter är vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa bland såväl mödrar som barn. Subvention kan därför vara ett sätt att minska antalet oönskade graviditeter och reducera risken för tidigt barnafödande, speciellt bland kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning (Ds 2015:59).

Eftersom det är svårt att mäta oönskade graviditeter studerar vi förändringar i preventivmedelsförsäljning, aborttal och tonårsfödslar. Det har dock gått för kort tid sedan reformens införande för att vi ska kunna dra slutsatser om utvecklingen. Det återkommer vi därför till i slutrapporten 2020. Men inte heller i slutrapporten kommer vi att kunna påvisa om eventuella förändringar beror uteslutande på reformen.

I delrapporten undersöker vi om det finns behov av att minska antalet oönskade graviditeter bland unga under 21 år, om kostnadsfria preventivmedel är en insats som bedöms kunna minska oönskade graviditeter bland unga, vilka faktorer som påverkar ungas användning av preventivmedel och hur landstingen arbetar för att informera om avgiftsfriheten och med andra insatser för att minska oönskade graviditeter bland unga.

Slutsatser om reformen om kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år

Utifrån vår uppföljning drar vi följande slutsatser:

Det är viktigt att arbeta för att minska oönskade graviditeter bland unga

Att bli gravid och få barn i ung ålder har stor påverkan på livet för en ung människa – och har också betydelse för samhället i stort. Sammanfattningsvis ser vi att tonårsgraviteterna har minskat över tid. Abortstatistiken visar att antalet tonårsaborter (15–19 år) har minskat med 47 procent under de senaste tio åren, från 25,4 aborter per 1 000 i åldersgruppen 2006 till 13,4 år 2016. Aborter har länge varit vanligast i åldersgruppen 20–24 år, följt av åldersgruppen 25–29 år. Antalet tonårsfödslar har också minskat över tid, dock inte lika mycket som antalet aborter (Socialstyrelsen 2017e).

Det finns indikationer på att både aborter och födslar/tonårsgraviteter är ojämnt fördelade mellan socioekonomiska grupper. När vi jämför Sverige med andra länder ser vi också att Sverige har höga aborttal jämfört med de andra nordiska länderna.

Sammantaget ser vi att det finns ett värde i att minimera oönskade graviditeter bland unga, både ur ett individ- och ett samhällsperspektiv. Därför finns det ett behov av fortsatt arbete för att minska antalet oönskade graviditeter.

Nationell enhetlighet avseende egenavgifter är positivt ur individperspektiv men kan behöva kompletteras av andra åtgärder

Vår slutsats är att reformen om kostnadsfria preventivmedel kan innebära ökad användning av preventivmedel bland unga, och därigenom leda till en minskning i antalet oönskade graviditeter.

Sverige har länge haft subventionerade preventivmedel för unga, som finansierats av de enskilda landstingen. Subventionernas omfattning har dock varierat mellan landstingen och över tid. Reformen har inneburit att tillgången till preventivmedel har blivit mer lika i landet för unga under 21 år, vilket vi ser som positivt ur individperspektiv, särskilt med tanke på målgruppen som kanske inte har lika god kunskap om hur hälso- och sjukvården är organiserad som befolkningen i stort.

För reformens genomslag är det viktigt att kostnadsfriheten är känd i målgruppen. Vi ser att det varierar på vilket sätt ungdomsmottagningar i landstingen har arbetat för att informera unga om kostnadsfriheten och vi bedömer att det är osäkert om den information som hittills givits har varit tillräcklig för att nå de grupper som avstår från preventivmedel av ekonomiska skäl.

Vår litteraturstudie visar att det finns flera andra faktorer som kan påverka ungas användning av preventivmedel. Intervjupersoner menar också att det behövs andra kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter i målgruppen, till exempel nämns rådgivning, bättre bemötande och saklig och korrekt information till unga om biverkningar. Vår enkät till ansvariga för ungdomsmottagningar visar också att det har genomförts andra insatser för att minska oönskade graviditeter bland unga.

Reformen påverkar inte primärt det ansvar och den roll som unga män har i att förebygga oönskade graviditeter. Det är viktigt att det förebyggande arbetet också involverar unga män.

Det är viktigt med saklig information gällande hormonella preventivmedels påverkan på unga kvinnors hälsa och mående

Många unga kvinnor känner oro över biverkningar av hormonella preventivmedel. Oron kan få till följd att kvinnor väljer andra preventivmetoder som ur graviditetssynpunkt är mindre säkra. Det är angeläget att kvinnor får saklig och korrekt information om hormonella preventivmedels fördelar, nackdelar och eventuella biverkningar.

Våra rekommendationer

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga insatser för att öka kännedomen om kostnadsfriheten*

För reformens genomslag är det viktigt att kostnadsfriheten blir känd i målgruppen. För att nå de yngsta i reformens målgrupp kan informationsinsatser i skolan vara särskilt viktiga, eftersom skolan har en möjlighet att nå ut brett till alla unga. För äldre personer i reformens målgrupp kan ungdomsmottagningarna ha en viktig funktion. Det finns också goda förutsättningar att informera målgruppen nationellt.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter*

Kostnadsfriheten kan vara av betydelse för att öka användningen av preventivmedel, särskilt för unga med små ekonomiska marginaler. Det finns dock andra insatser som också kan användas för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga. Det kan till exempel handla om stärkt

undervisning i skolan om sexuell och reproduktiv hälsa. Men det behövs mer kunskap om vad som är effektiva insatser. Forskning visar att individer i utsatta grupper ofta har sämre kunskap om preventivmedel, och insatserna bör därför ha ett särskilt fokus mot socioekonomiskt utsatta grupper. Det är också viktigt att se till unga mäns roll och ansvar i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att sammanställa kunskapen om hormonella preventivmedels påverkan på unga kvinnors hälsa och mående*

Vi rekommenderar regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att kartlägga och sammanställa den kunskap som finns om hormonella preventivmedels fördelar, nackdelar och eventuella biverkningar. Kunskapen bör sammanställas på ett sätt så att den möjliggör för kvinnor att få ett stöd i beslut om val av preventivmedel. Det skulle också främja att alla kvinnor har tillgång till likvärdig information.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att ge uppdrag till lämplig myndighet att följa utvecklingen av sexualitet och hälsa bland unga*

Det är angeläget att följa utvecklingen inom området sexualitet och hälsa bland unga över tid för att kunna analysera eventuella förändringar och utifrån behov vidta lämpliga åtgärder. Den senaste aktuella studien genomfördes 2015 av Folkhälsomyndigheten genom en enkätundersökning till unga i åldrarna 16–29 år. Regeringen bör därför ge lämplig myndighet i uppdrag att följa utvecklingen av sexualitet och hälsa bland unga, genom regelbundet återkommande undersökningar bland unga i befolkningen.

Innehåll

1	En satsning på kvinnors hälsa.....	23
1.1	En satsning som omfattar både nationella reformer och stimulansmedel till landstingen.....	24
1.2	Överenskommelserna mellan staten och SKL utgör den största delen i satsningen.....	25
1.3	En reform som gör mammografiscreening avgiftsfri för kvinnor 40–74 år i hela landet.....	29
1.4	En reform som gör preventivmedel för unga under 21 år kostnadsfria i hela landet.....	30
1.5	Vårdanalys uppdrag	32
1.6	Vi använder flera olika metoder.....	34
1.7	Flera andra uppföljningar av överenskommelserna	40
2	Uppföljning av överenskommelser om förlossningsvård och kvinnors hälsa	42
2.1	Regeringen har ingått överenskommelser med SKL om att stärka förlossningsvården och Kvinnors hälsa.....	45
2.2	Uppföljning av överenskommelsearbetet	49
2.3	Vården av kvinnor kan utvecklas – läge och utmaningar	52
2.4	Graviditetsvården – läge och utmaningar.....	57
2.5	SKL har en samordnande roll i överenskommelsearbetet och ansvar för att ta fram kunskapsstöd	76
2.6	Landstingen har organiserat sitt arbete med överenskommelserna på olika sätt	79
2.7	Få landsting redovisar hur medlen från överenskommelserna har använts på insatsnivå.....	85
2.8	Nästan 500 insatser har initierats för att stärka kvinnors hälsa.....	87
2.9	Drygt hälften av medlen har använts till bemanning	109
2.10	Synpunkter på överenskommelsernas utformning och genomförande	112
2.11	Slutsatser	114
2.12	Våra rekommendationer.....	121

3	Uppföljning av avgiftsfri mammografiscreening	125
3.1	En reform för att öka deltagandet i mammografiscreening genom avgiftsfrihet	127
3.2	Uppföljning av reformen	128
3.3	Screening bidrar till att bröstcancer upptäcks tidigare	130
3.4	Ett högt deltagande med stora variationer	133
3.5	Avgiftsfrihet – en av flera möjliga insatser för ett ökat deltagande i mammografiscreening	136
3.6	Skillnader i organisation och arbetsätt kan påverka deltagandet ...	140
3.7	Andra insatser har genomförts lokalt för att öka deltagandet	144
3.8	Hur kommer vi att följa upp resultaten av reformen till 2020?	146
3.9	Slutsatser	147
3.10	Våra rekommendationer	149
4	Uppföljning av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år	151
4.1	En reform för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga .	153
4.2	Uppföljning av reformen	154
4.3	Det finns olika preventiva metoder för att undvika oönskad graviditet	157
4.4	Det är svårt att mäta oönskade graviditeter men tonårsaborterna har minskat	163
4.5	Kostnadsfrihet – en av flera möjliga insatser för att öka ungas användning av preventivmedel	169
4.6	Skillnader i hur unga har informerats om kostnadsfriheten	175
4.7	Andra insatser har genomförts som kan påverka preventivmedelsanvändningen	177
4.8	En viktig reform – men andra insatser behövs också enligt intervjupersoner	178
4.9	Det är ännu för tidigt att bedöma om preventivmedelsförsäljningen ökat till följd av reformen	181
4.10	Hur kommer vi att följa upp resultaten av reformen till 2020	183
4.11	Slutsatser	184
4.12	Våra rekommendationer	186
5	Referenser	189
6	Bilagor	204
	Bilaga 1 – Metod	204
	Bilaga 2 – Metod för utvärdering av överenskommelsen om förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa	207
	Bilaga 3 – Metod för utvärdering av avgiftsfri mammografiscreening	212
	Bilaga 4 – Metod för utvärdering av kostnadsfria preventivmedel	216
	Bilaga 5 – Sammanställning av intervjuade personer	223

1 En satsning på kvinnors hälsa

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Enligt regeringen är det övergripande syftet med den samlade satsningen att ”minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället” (Regeringskansliet 2016). Sedan i november 2016 är jämställd hälsa ett jämställdhetspolitiskt delmål och den satsning som görs för att stärka kvinnors hälsa är enligt regeringen en del i att uppfylla det jämställdhetspolitiska delmålet (Regeringskansliet 2016).

Regeringens satsning på kvinnors hälsa riktar sig mot olika områden och omfattar både reformer i form av lagändringar och stimulansmedel till landstingen och regionerna (fortsättningsvis i rapporten kallade landstingen), men också andra insatser som uppdrag till Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) fick 2016 i uppdrag (Socialdepartementet 2016b) att följa upp och analysera effekterna av följande delar av regeringens satsning:

- insatser som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa
- insatser för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden
- införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år
- införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

Den här rapporten är en delrapport inom uppdraget. I delrapporten analyserar vi delsatsningarnas inriktning och mål i förhållande till kända behov och utmaningar samt följer upp hur arbetet har genomförts och organiserats åren 2015-2017. Vid tiden för den här delrapporten är det för tidigt att mäta resultat och effekter.

1.1 EN SATSNING SOM OMFATTAR BÅDE NATIONELLA REFORMER OCH STIMULANSMEDEL TILL LANDSTINGEN

Satsningen på kvinnors hälsa är bred och regeringen har använt flera olika tillvägagångssätt för genomförandet. Satsningen sammanfattas i följande punkter på regeringens webbsida:

- överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelserna har träffats i flera omgångar, se faktaruta på sida 27. De omfattar huvudsakligen statliga stimulansmedel till landstingen för att stärka förlossningsvården och främja insatser som syftar till en bättre hälsa hos kvinnor samt medel för att stärka primärvårdens insatser för att främja kvinnors hälsa
- avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor mellan 40 och 74 år
- kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år
- avgiftsfri screening för livmoderhalscancer (cervixcancer).

Dessutom har regeringen gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att systematiskt sammanställa kunskap på förlossningsområdet (Socialdepartementet 2015d). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bland annat bedöma behovet av kunskap och kunskapsstöd i förlossningsvården samt i den vård i övrigt som rör kvinnors hälsa (Socialdepartementet 2015c). Uppdraget till Socialstyrelsen har förlängts till 31 dec 2019. Regeringen har också avsatt medel för att förstärka ungdomsmottagningarnas verksamheter. Detta ingår som en del i satsningen på psykisk ohälsa (Socialdepartementet 2016a). Regeringen har också satsat på utökade utbildningsplatser på barnmorskeutbildningen (se t.ex. prop. 2015/16:1 Utgiftsområde 16, Utbildning och universitetsforskning).

När vi i rapporten fortsättningsvis skriver om satsningen avser vi alla dessa delar sammantaget. När vi skriver om olika delar av satsningen avser

vi någon av de ovan nämnda punkterna, och när vi skriver om insatser avser vi aktiviteter som landstingen genomfört inom ramen för regeringens och SKL:s överenskommelser om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa.

Sammantaget omfattar satsningen drygt 3,9 miljarder kronor åren 2015–2018. Resterande del av satsningen 2019–2022 är aviserad av den nuvarande regeringen (prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9). Detta sammanfattas i tabell 1. I tabellen har vi inte inkluderat förstärkningen av ungdomsmottagningarnas arbete. Vi har inte heller inkluderat de utökade platserna på barnmorskeutbildningen som ingår i en större utbyggnad av platserna på utbildningarna till barnmorska, sjuksköterska och specialistsjuksköterska och inte heller uppdragen till olika myndigheter.

Tabell 1. Omfattning i miljoner kronor per år för satsningen.

Del av satsningen	Utbetalt				2019	2020	2021	2022
	2015	2016	2017	2018				
Förbättra förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa ^(1, 2, 3, 4, 7)	200	375	673	1 545	1 400*	1 000*	1 000*	1 000*
Förstärka primärvårdens arbete med kvinnors hälsa ^(1, 2, 3)	-	125	117	114	130*			
SKL:s samordningsansvar för insatserna i överenskommelsen ^(1, 2)	-	5	6	15				
Stöd till screeninginsatser (medel till SKL, ^{1, 2})	-	5	5	16				
Stöd till utvecklingen av centrum för bäckenrehabilitering (medel till SKL, ^{1, 2})		10	10	-				
Avgiftsfri mammografiscreening 40-74 år ⁽⁵⁾	-	100	207	207	207	207	207	207
Kostnadsfria preventivmedel till och med 20 år ⁽⁶⁾	-	-	27	27	27	27	27	27
Avgiftsfri screening av livmoderhalscancer ^(7, 8)	-	-	-	141	141	141	141	141
Totalt	200	620	1 045	2 065	1 905	1 375	1 375	1 375

Källa: 1. Socialdepartementet 2015b. 2. Socialdepartementet 2016c. 3. Socialdepartementet 2017c. 4. Socialdepartementet 2017d. 5. prop. 2015/16:138, avsnitt 8.3, sid 18. 6. prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8.3, s. 65, Ds 2015:59 s 47. 7. Socialdepartementet 2018b. 8. Ersättning för avgift för mammografiscreening ingår i det generella statsbidraget och ersättningen för screening av livmoderhalscancer ingår från 2019 i det generella statsbidraget. *Aviserat ej beslutat.

1.2 ÖVERENSKOMMELSERNA MELLAN STATEN OCH SKL UTGÖR DEN STÖRSTA DELEN I SATSNINGEN

Den största delen i den samlade satsningen för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas till kvinnor är de överenskommelser som



regeringen ingått med SKL i fyra omgångar (se faktaruta på sida 27). I överenskommelserna anger parterna ambitioner och fokusområden för att utveckla vården så att den främjar kvinnors hälsa.

Överenskommelserna avser huvudsakligen stimulansmedel i form av riktade statsbidrag som betalas ut till landstingen. Medlen till landstingen utbetalas utifrån befolkningsstorlek för insatser som rör förlossningsvården och kvinnors hälsa, samt för insatser inom primärvården som rör kvinnors hälsa. Överenskommelserna ger landstingen stor frihet att själva bedöma hur de bäst använder medlen inom områden som rör kvinnors hälsa för att uppnå målen i överenskommelserna (se t.ex. Socialdepartementet och SKL 2017a).

Överenskommelserna om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa har hittills omfattat åren 2015–2019. I regeringens budgetproposition för 2018 aviserades en förlängning av delsatsningen som rör förlossningsvården till år 2022.

Överenskommelserna mellan staten och SKL har träffats i fyra omgångar:

- 1) **Överenskommelse 1 för 2015–2016** (Socialdepartementet och SKL, 2015, En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2015 och 2016 S2015/07777/FS)
- 2) **Överenskommelse 2 för 2017–2019** (Socialdepartementet och SKL, 2017a, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting S2016/00844/FS, S2017/00425/FS)
- 3) **Överenskommelse 3**, en tilläggsöverenskommelse för 2017–2019 (Socialdepartementet och SKL, 2017b, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2017–2019, S2017/03585/FS)
- 4) **Överenskommelse 4**, en tilläggsöverenskommelse för 2018–2019 (Socialdepartementet och SKL, 2018, Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa, tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2018–2019, S2018/01950/FS).

I budgeten för 2018 aviserar regeringen att den kommer att föreslå riksdagen att förlänga satsningen till år 2022 (prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9,).

I rapporten kallar vi överenskommelserna för överenskommelse 1, överenskommelse 2, överenskommelse 3 och överenskommelse 4.

1.2.1 Syfte och mål med överenskommelserna

Det är svårt att sammanfatta mål, syfte och prioriteringar för samtliga överenskommelser om förstärkningar av förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelserna innehåller ett antal beskrivningar av mål och syften på en övergripande nivå, som delvis skiljer sig åt mellan de olika överenskommelserna. De innehåller också flera olika skrivningar om vilka utmaningar som finns och vad som ska prioriteras i arbetet. I detta avsnitt sammanfattar vi de övergripande syftena med överenskommelserna. Deras innehåll beskrivs närmare i kapitel 2 men för en fullständig beskrivning av bakgrund och motiv hänvisar vi läsaren till de olika överenskommelserna som specificeras ovan.



Övergripande syften med överenskommelserna

Regeringen och SKL skriver i överenskommelse 1 att parterna vill ”verka för att uppnå målet om en mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa”. I överenskommelse 2 anges också att målen innefattar att vården ska vara av god kvalitet och utgå från kvinnans behov. Regeringen och SKL anger också att det övergripande målet för överenskommelserna som har gällt 2015–2017 är att ”främja sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa samt stärka primärvårdens insatser som rör kvinnors hälsa” (överenskommelse 1 och 2).

Områden som ska prioriteras särskilt enligt överenskommelserna

I överenskommelse 1 pekade parterna ut att vissa områden skulle vara i särskilt fokus: att minska förlossningsskadorna, att säkra en fortsatt god tillgänglighet till medicinska aborter, att stärka primärvårdens arbete för kvinnors hälsa – särskilt i socioekonomiskt utsatta områden, bemanning och kompetensförsörjning samt att utveckla och förbättra kunskapsstöden till hälso- och sjukvården (överenskommelse 1).

I överenskommelse 2, för 2017–2019, lade parterna till att insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan skulle prioriteras både generellt och specifikt i socioekonomiskt utsatta områden. I överenskommelse 2 förtydligades också innehållet i respektive satsning på förlossningsvård och primärvård och vissa grupper som satsningen särskilt riktar sig till pekades också ut (överenskommelse 2). I överenskommelse 3 (för 2017–2019) lyftes särskilt utvecklingsområden som verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor och barnmorskor, utveckling av vårdkedjan inklusive eftervården, utarbetande av kunskapsstöd och utbildning om förlossningsskador.

I överenskommelse 4 (för åren 2018–2019) samt i statsbudgeten för 2018 framgår att insatserna ska förstärkas med en miljard under 2018. Förstärkningen ska gå till att stärka kompetensförsörjningen och bemanningen samt förbättra arbetsätten (överenskommelse 4 och prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9). I överenskommelse 4 har parterna också enats om ett antal mer specifika mål för vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård och parterna tydliggör också att arbetet inom överenskommelserna omfattar hela vårdkedjan när det gäller graviditet och

förlossning. I överenskommelse 4 ingår dessutom insatser inom neonatalvården och en avgiftsfri screening för cervixcancer.

I överenskommelserna anges genomgående att bemanning och kompetensförsörjning ska vara i fokus och parterna är överens om att stärka bemanningen inom förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. De pekar särskilt ut att förbättringar inom förlossningsvården ska ske genom att stärka bemanningen (se t.ex. överenskommelse 1 och 2). I överenskommelsen för 2017–2019 anges också att landstingen ska redovisa hur stor andel av medlen som har använts för bemanning och bemanningsfrågor (överenskommelse 2).

I överenskommelserna beskriver också parterna vad som är bakgrunden till att överenskommelserna riktas in mot de områden och delar av vården, liksom de särskilda målgrupper som nämns. Parterna betonar bland annat att det finns behov av att utveckla arbetet med komplikationer och skador hos den födande kvinnan i samband med förlossning, att det råder en större efterfrågan än tillgång på barnmorskor, att det finns bristande kunskap om vanliga kvinnosjukdomar och skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Regeringen och SKL skriver att det krävs insatser och samverkan mellan flera olika aktörer och på olika nivåer för att åstadkomma en förbättring.

1.3 EN REFORM SOM GÖR MAMMOGRAFISCREENING AVGIFTSFRI FÖR KVINNOR 40–74 ÅR I HELA LANDET

Som en del i regeringens arbete för att stärka kvinnors hälsa och uppnå en mer jämlik vård, infördes den första juli 2016 avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år (lagen (2016:659) och förordningen (2016:660) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården samt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF- FS 2016:63) om avgiftsfri mammografiscreening för bröstcancer.

Enligt regeringens proposition var syftet med reformen att öka deltagandet i mammografiscreening, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper (prop. 2015/16:138, s. 12–14). Enligt regeringen deltar kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden i mindre utsträckning i mammografiscreening än andra kvinnor. Samtidigt har de kvinnor som har fått bröstcancer och som har inbjudits till mammografiscreening, men inte deltagit, högre dödlighet i sin sjukdom än övriga (prop. 2015/16:138 s. 9). Regeringen hänvisar till en uppföljning av



Stockholms läns landstings införande av avgiftsfri mammografiscreening 2012 som visade på en ökning av deltagandet sedan avgiften togs bort, med drygt 3 procent och med upp till 6 procent för kvinnor från områden med hög andel utlandsfödda (prop. 2015/16:138 s. 9 som hänvisar till Törnberg 2014). Regeringen hänvisar också till en sammanställning av flera forskningsstudier (Stone 2002) som visar att låg eller ingen avgift har visat sig vara en av de mest avgörande faktorerna för ett högre deltagande i mammografiscreening (prop. 2015/16:138, s. 8).

Innan reformen varierade patientavgiften för mammografiscreening mellan landstingen från ingen avgift alls till en avgift på 200 kronor. I och med reformen erbjuds kvinnor 40–74 år över hela landet att delta i mammografiscreening utan att betala någon patientavgift, vilket beräknas medföra minskade intäkter och ökade kostnader för landstingen. Staten kompenserar därför landstingen varje år för inkomstbortfallet. Kompensationen 2016 var 100 miljoner, och från och med 2017 är den 207 miljoner per år (prop. 2015/16:138, s. 18).

1.4 EN REFORM SOM GÖR PREVENTIVMEDEL FÖR UNGA UNDER 21 ÅR KOSTNADSFRIA I HELA LANDET

I regeringens satsning på kvinnors hälsa ingår även en reform för att göra preventivmedel kostnadsfria för unga under 21 år. Den 1 januari 2017 infördes kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år (19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (förmånslagen)). De preventivmedel som omfattas är de läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna som fastställs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Syftet med reformen är, enligt regeringen, att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop.2016/17:1 utgiftsområde 9, s.56). Personer under 18 år omfattades redan, sedan 1 januari 2016, av kostnadsfrihet för läkemedel inom läkemedelsförmånerna (19 § stycke 1 förmånslagen).

Regeringen motiverar satsningen på kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år med att forskning visar att en av de viktigaste faktorerna för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga är subventionerade preventivmedel (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9, s. 62).

I en promemoria från 2015 har regeringen också hänvisat till landstingen i Norrbotten och Gotland, där införande och utökning av subventionerade och kostnadsfria preventivmedel följdes av sjunkande

antal aborter bland unga. Där anges också att oplanerade graviditeter är vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa. Därför menar regeringen att subventioner av preventivmedel kan vara ett effektivt sätt att både minska antalet oönskade graviditeter och risken för tidigt barnafödande, speciellt för kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning. (Ds 2015:59)

I regeringens promemoria Ds 2015:59 hänvisas också till flera forskningsrapporter på området. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) har i en studie undersökt hur införandet av subventionerade p-piller för tonåringar har påverkat barnafödande, aborter och kvinnors socioekonomiska situation i framtiden (IFAU 2009). IFAU kom fram till att subventionering av p-piller resulterade i 8 procent färre aborter och kraftigt minskad risk för tidigt barnafödande. Resultatet från studien visade också att subventionen hade störst effekt på risken för tidigt barnafödande hos flickor till föräldrar med låg eller kortare utbildning. Däremot visade inte studien några statistiskt säkerställda effekter på olika variabler som mäter socioekonomi. (IFAU 2009)

En annan studie som regeringen hänvisar till visar att faktorer som ung ålder, att ha barn, rökning, svag socioekonomisk situation och tillgång till preventivmedel har ett samband med upprepade aborter (Heikinheimo 2008). En svensk och en dansk studie visar liknande resultat samt ett samband mellan upprepade aborter och att vara utlandsfödd (Helström 2003; Rasch 2008).

Regeringen motiverar reformens övre åldersgräns på 21 år med att oplanerade graviditeter bedöms kunna påverka yngre personer mer negativt än andra (landstingen kan fortfarande välja att själva finansiera kostnadsfria preventivmedel för andra åldersgrupper). Det handlar enligt regeringen dels om hälsorisker i samband med tonårsgraviditeter, dels de sociala konsekvenser som en oönskad graviditet kan få för unga kvinnor (Ds 2015:59). Regeringen anger också som skäl att antalet tonårsaborter som, trots att de minskat över tid, ligger på den högsta nivån i jämförelse med de andra nordiska länderna (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9, s. 62). Redan innan reformens införande subventionerade samtliga landsting, i olika uträkning, preventivmedel för unga under 25 år efter en rekommendation av SKL om en modell för subvention som beslutades 2013 (SKL 2013). Modellen innebär i korthet att kvinnor upp till 25 år får sina preventivmedel subventionerade i särskild ordning av landstingen. De



Årliga kostnaderna för en enskild person ska enligt modellen inte överstiga 100 kronor vid köp av preventivmedel inom läkemedelsförmånerna. De flesta landsting har följt SKL:s rekommendation och har sedan 2014 eller 2015 en maxavgift om 100 kronor per år för preventivmedel som ingår i förmånerna för unga till och med 25 år. Det har dock funnits skillnader mellan landstingen gällande preventivmedel utanför läkemedelsförmånerna. Några landsting har också redan tidigare infört helt kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna. Sedan 2014 har fyra landsting; Blekinge, Norrbotten Skåne och Örebro, erbjudit kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga upp till 25 år.

Eftersom landstingens subventioner varierat, och i flera fall varit mer långtgående än reformen, betonade regeringen att reformen syftar till att minska antalet oönskade graviditeter och inte till att sänka landstingens nuvarande nivåer av subventionering av preventivmedel (Ds 2015:59).

Regeringen beräknade kostnaden för reformen till 27 miljoner per år (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9, s. 65, Ds 2015:59). Kostnaden för reformen är beräknad utifrån aktuella data på inbetalda egenavgifter för preventivmedel till personer i åldersgruppen. Viss hänsyn har tagits till att reformen antas leda till en ökad användning och till att vissa personer kanske byter preventivmedel till ett som omfattas av reformen. (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9, s. 65).

1.5 VÅRDANALYS UPPDRAG

Vårdanalys fick 2016 i uppdrag (S2016/06724/FS) av regeringen att följa upp satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa, samt reformerna som inneburit avgiftsfri screening för mammografi för kvinnor 40–74 år och kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år. Enligt uppdraget ska vi särskilt granska insatserna från ett patient- och brukarperspektiv. I uppdraget framgår att vi ska analysera de samlade insatserna som görs 2015–2019.

1.5.1 Uppdraget ska rapporteras vid tre tillfällen och leda fram till en samlad bedömning om satsningens effekter

Uppdraget till Vårdanalys omfattar att följa upp och analysera följande delar av satsningen på kvinnors hälsa:

- insatser som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa
- insatser för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden
- införandet av avgiftsfri mammografi till kvinnor 40–74 år
- införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

Enligt uppdraget ska vi särskilt granska de insatser som landstingen valt att genomföra inom ramen för överenskommelserna om stärkt förlossningsvård och insatser för att främja kvinnors hälsa. I den här delen av uppföljningen ska vi enligt uppdraget analysera och bedöma

- hur insatserna valts, utifrån vilka behov
- om insatserna lett till avsedd effekt på kort och lång sikt
- om insatserna haft någon oförutsedd konsekvens
- om det är möjligt: vilka effekter insatserna haft på utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund
- eventuella andra aspekter på insatserna.

Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen i september 2020. Slutrapporten ska innehålla myndighetens samlade bedömning om satsningens effekter, i den utsträckning som det är möjligt att mäta effekter. Vi ska också göra en bedömning av hur satsningen bidragit till utveckling av områdena samt vilka utmaningar vi bedömer kvarstår. Resultatet av uppföljningen ska kunna användas av andra myndigheter och huvudmän i deras fortsatta arbete även sedan satsningen avslutats.

Den här rapporten utgör den första delrapporten inom uppdraget. Inom ramen för vårt uppdrag ska vi också redovisa en fördjupningsstudie om framgångsfaktorer inom ett eller flera av satsningens områden. Fördjupningsstudien ska presenteras senast den 1 juni 2019.

1.5.2 Delrapporten fokuserar på satsningens inriktning, genomförande och förutsättningar för måloppfyllelse

Den här delrapporten fokuserar på hur inriktningen för de olika delsatsningarna förhåller sig till behov och utmaningar inom de olika områdena, vad som har gjorts inom delsatsningarna och hur arbetet har organiserats samt hur arbetet förhåller sig till målen. Vi drar också vissa slutsatser om förutsättningarna att uppfylla målen och lämnar vissa



rekommendationer till regeringen och landstingen om vad som skulle kunna stärka måluppfyllelsen. Delrapporten baseras på det arbete som har genomförts 2015–2017.

Inom uppdraget studerar vi:

- Val av mål för de olika delsatsningarna
- Val av aktiviteter inom de olika delsatsningarna
- Genomförande av aktiviteter
- Måluppfyllelse/resultat – effekter
- Hållbarheten i resultat och effekter över tid

Delrapport
2018

Slutrapport
2020

Vi har valt att dela upp delrapporten i tre delar utifrån de områden som vårt uppföljningsuppdrag omfattar, det vill säga:

- Kapitel 2: Uppföljning av överenskommelser om förlossningsvård och kvinnors hälsa.
- Kapitel 3: Uppföljning av reformen att göra mammografiscreening avgiftsfri för kvinnor 40–74 år.
- Kapitel 4: Uppföljning av reformen att göra preventivmedel till unga under 21 år kostnadsfria.

De frågor som vi besvarar i rapporten för respektive delsatsning beskrivs i kapitel 2–4.

1.6 VI ANVÄNDER FLERA OLIKA METODER

Den samlade satsningen på kvinnors hälsa baseras på olika typer av styrmedel som lagstiftning, stimulansmedel, nationella kunskapsstöd och samordning. För att få en så heltäckande bild som möjligt av de olika delsatsningarna använder vi flera olika metoder och datakällor. Vi presenterar de metoder vi använt inom ramen för uppdraget i metodbilagorna. I utvärderingen har vi utgått från ett analytiskt ramverk som baseras på en programteoretisk ansats. Det innebär att vi schematiskt beskriver hur satsningen är tänkt att fungera och vilka samband som finns mellan utgångsläge, resurser, aktiviteter, effekter och mål (Vedung 2009, Lindgren 2006).

1.6.1 Vi har använt en förenklad programteoretisk ansats för att analysera var och en av delsatsningarna

I slutrapporten 2020 ska vi bedöma måluppfyllelsen för de tre delar i överenskommelsen som ingår i vårt uppföljningsuppdrag och mäta resultat och effekter i den utsträckning som det är möjligt. I den här delrapporten analyserar vi om målen med delsatsningarna stämmer överens med kända behov och utmaningar, liksom hur delsatsningarna har genomförts i förhållande till målen för delsatsningarna. Vi har utgått från ett analytiskt ramverk som baseras på en programteoretisk ansats, som gör att vi kan analysera kedjan mellan önskade effekter och valda aktiviteter, det vill säga om det finns samband mellan önskad effekt och de aktiviteter som genomförs (se faktaruta som förklarar vad en programteori är). Eftersom de olika delarna har olika mål har vi konstruerat tre olika analysramverk och gör analyserna för var och en av delsatsningarna.

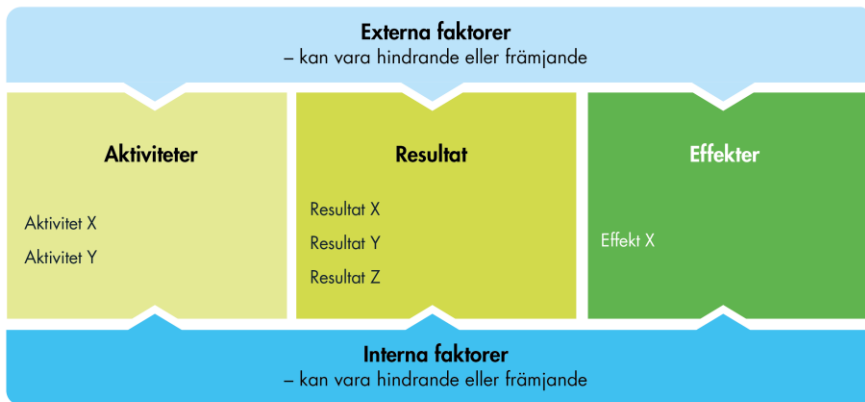
En programteoretisk ansats för att förklara kopplingen mellan aktiviteter och effekter

En programteori kan beskrivas som en modell över hur ett program, projekt, verksamhet eller liknande är tänkt att fungera – vilka de önskvärda resultaten och effekterna är och vilka aktiviteter som krävs för att de önskade resultaten och effekterna ska uppnås. Aktiviteter avser det som genomförs, till exempel införandet av avgiftsfri mammografiscreening. Med resultat avses de förändringar som ska uppnås i målgruppen, till exempel ökat deltagande i mammografiscreening. Resultatet ska helst ha ett målvärde, till exempel att 85 procent av alla kvinnor deltar i mammografiscreening ett visst år. Resultatet ska vara en förutsättning för att nå den önskade effekten. Effekten avser den förändring som ytterst ska uppnås, till exempel tidigare upptäckt av och minskad dödlighet i bröstcancer.

En programteori rymmer också antaganden om bland annat interna och externa faktorer som kan påverka måluppfyllelsen. Ett exempel på en intern faktor kan vara omorganisationer eller andra interna förändringar som påverkar arbetet. Externa faktorer är förändringar i omvärlden som har betydelse för arbetet.



Figur 1. Schematisk bild över ett analytiskt ramverk utifrån en programteoretisk ansats.



I uppdragets förstudiefas utarbetades tre analytiska ramverk; en för överenskommelserna mellan staten och SKL, en för reformen om avgiftsfri mammografiscreening och en för reformen om kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år. Vi har konstruerat de tre programteoretiska modellerna utifrån vår tolkning av delsatsningarna. Det innebär att de analytiska ramverken är Vårdanalys tolkning av logiken bakom de olika delsatsningarna utifrån till exempel förarbeten och information i överenskommelserna. För införandet av avgiftsfri mammografiscreening och kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år har det varit mindre komplicerat att konstruera en tänkt orsakskedja mellan aktiviteter, resultat och effekter medan det är svårare för överenskommelserna mellan staten och SKL.

Vi redogör mer specifikt för de analytiska ramverken för var och en av delsatsningarna i kapitel 2–4.

1.6.2 Vi har genomfört flera olika delstudier och använt olika datakällor för att besvara frågorna

Inom ramen för uppdragets delar har vi genomfört flera mindre delstudier och samlat in data från flera olika källor. I figur 2 visar vi vilka frågeställningar vi har utgått ifrån samt vilka data vi har använt för att besvara frågeställningarna.

Figur 2. Frågeställningar och använda datakällor.

Överenskommelserna om förlossningsvård och kvinnors hälsa	Avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40-74 år	Kostenadsfria preventivmedel för unga under 21 år
<p>Frågor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Är överenskommelsernas målsättningar rätt valda givet kända utmaningar och behov? 2. Genomförs insatser som kopplar till de resultatområden som har identifierats i överenskommelserna? 3. Genomförs insatser med särskilt fokus på specifika målgrupper? 4. Hur har val av insatser gått till i landstingen och hur har landstingen organiserat arbetet med överenskommelserna? 	<p>Frågor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finns det behov av att öka deltagandet i mammografiscreening och är behovet större i vissa grupper? 2. Kan avgiftsfrihet öka deltagandet i mammografiscreening? 3. Hur har landstingen arbetat för att informera kvinnor i olika målgrupper om avgiftsfriheten? 4. Finns det skillnader i landstingens screeningverksamhet som skulle kunna påverka deltagandet? 	<p>Frågor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finns det behov av att försöka minska antalet oönskade graviditeter bland unga under 21 år? 2. Är kostnadsfria preventivmedel en insats som kan minska oönskade graviditeter bland unga? 3. Vilka faktorer påverkar ungas användning av preventivmedel? 4. Hur har landstingen arbetat för att informera unga i olika målgrupper om kostnadsfriheten? 5. Hur har landstingen arbetat för att minska oönskade graviditeter bland unga?
<p>Data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analys av landstingens redovisningar av påbörjade och genomförda insatser inom ramen för överenskommelserna 2016-2017 2. Intervjuer med kontaktpersoner för satsningen hos samtliga landsting 3. Intervjuer med personer med olika befattningar i tre landsting 4. Intervjuer med forskare, verksamhetsföreträdare, experter, patientföreträdare och professionsföreträdare 5. Offentlig statistik och statistik från Graviditetsregistret 	<p>Data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Litteraturstudie 2. Enkätundersökning till samtliga ansvariga för screeningverksamheterna 3. Intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare och patientföreträdare 4. Analys av kallelsebrevens utformning 	<p>Data</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Litteraturstudie 2. Enkätundersökning till ansvariga för landets ungdoms-mottagningar 3. Intervjuer med experter, forskare, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare 4. Statistik över aborter och tonårsfödslar från Socialstyrelsen 5. Statistik över försäljning av preventivmedel från e-Hälsomyndigheten

Not: Begreppet expert används om de intervjupersoner som arbetar inom ett visst sakområde, exempelvis intervjupersoner med specialistkunskap inom sexuell eller reproduktiv hälsa. Begreppet forskare används om de intervjupersoner som är intervjuade i sin roll som yrkesverksamma forskare inom universitet eller högskola. Begreppet verksamhetsföreträdare används om de intervjupersoner som företräder en viss verksamhet inom ett landsting eller en verksamhet som arbetar på uppdrag av ett landsting. Begreppet professionsföreträdare används om de intervjupersoner som är intervjuade i egenskap av företrädare för en viss professionsorganisation. En person kan tillhöra flera av dessa kategorier samtidigt.

De olika metoderna för datainsamling och analys som använts inom ramen för uppdraget presenteras närmare i bilagorna 1–4.

1.6.3 Vi har gjort vissa avgränsningar för vår uppföljning

Vi har valt att tolka och avgränsa uppdraget till uppföljning och analys av de tre delar som specificerats i uppdraget:

1. överenskommelser om stärkt förlossningsvård och andra insatser för kvinnors hälsa, inklusive primärvården med särskilt inriktning på socioekonomiskt utsatta områden
2. införandet av avgiftsfri mammografiscreening till kvinnor 40–74 år
3. införandet av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år.

Det innebär bland annat att vi i den här delrapporten inte följer upp utbyggnaden av utbildningarna till barnmorska, sjuksköterska och specialistsjuksköterska eller andra insatser som regeringen genomför som berör kvinnors hälsa, exempelvis införandet av avgiftsfri screening av cervixcancer. Vi följer inte heller upp och granskar andra myndigheters arbete. Däremot har vi belyst SKL:s arbete inom ramen för överenskommelserna.

I den här delrapporten analyserar vi om målen för och utformningen av de olika delsatsningarna är relevanta utifrån behov och utmaningar på områdena. Vi följer också upp hur arbetet har genomförts och organiserats och analyserar förutsättningarna för att uppfylla målen med delsatsningarna.

I slutrapporten kommer vi inte att kunna utvärdera effekterna på kvinnors hälsa i alla delar. Till exempel kommer vi inte kunna bedöma vilken inverkan införandet av avgiftsfri mammografiscreening har på tidig upptäckt av och överlevnad i bröstcancer. Vi kommer däremot kunna redovisa måluppfyllelsen för satsningen på resultatnivå genom att vi mäter och följer upp hur deltagandet i mammografiscreening har utvecklats över tid. När det gäller reformen om kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år kommer vi däremot kunna mäta förändringar på effektnivå när det gäller aborter och tonårsgraviditeter samt förändringar på resultatnivå när det gäller preventivmedelsanvändningen i olika grupper. Vi kommer dock när det gäller alla tre delsatsningar att ha svårt att säkerställa att

eventuella förändringar har uppkommit som en direkt konsekvens av reformerna eller de insatser som gjorts, eftersom det är svårt att isolera effekter och även andra faktorer påverkar utvecklingen. Vi kommer alltså mäta och analysera resultat och effekter inom vissa områden, och i den mån det är möjligt göra bedömningar av om eventuella förändringar beror på det arbete som genomförts inom ramen för delsatsningarna.

1.6.4 I uppföljningen undersöker vi om satsningen leder till förbättringar för individen

Den samlade satsningen på kvinnors hälsa syftar i slutändan till en mer jämlik hälsa genom en bättre hälso- och sjukvård för kvinnor. För att följa upp arbetet använder vi olika etablerade mått och indikatorer från offentlig statistik. Men det är också viktigt att undersöka vad som faktiskt är en bra vård ur ett patientperspektiv och vad som är prioriterade förbättringar av vården för kvinnor i olika grupper, och värdera eventuella resultat och effekter utifrån det.

I den här rapporten har vi fokuserat på vad som görs inom ramen för delsatsningarna och hur det förhåller sig till kända behov och utmaningar ur ett patientperspektiv. Vi undersöker också om patient- och individperspektivet har funnits med i arbetet till exempel om landstingen i valet av insatser har tagit reda på vad som är viktigt ur ett patientperspektiv och om man haft med patientrepresentanter i utformningen och genomförandet av insatserna.

Vi har också intervjuat företrädare för patientorganisationer och andra organisationer som företräder målgrupperna för satsningen, för att ta reda på hur de ser att satsningen förhåller sig till behov och utmaningar. Det finns dock inte någon organisation som brett företräder alla de kvinnor som föder barn varje år. Inte heller finns det någon organisation som brett företräder kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Vi har i den här delrapporten varit i kontakt med företrädare för relevanta organisationer med olika inriktningar.

I den fortsatta uppföljningen kommer vi att arbeta vidare med att undersöka hur de aktiviteter som görs förhåller sig till vad som är en bra vård ur ett patient- och individperspektiv.



1.7 FLERA ANDRA UPPFÖLJNINGAR AV ÖVERENSKOMMELSERNA

Satsningen på kvinnors hälsa inkluderar utveckling av vissa nationella kunskapsstöd. Landstingens arbete inom överenskommelserna samordnas och följs också upp av SKL. För att undvika att samma information samlas in flera gånger från samma parter, har vi haft kontakt med andra aktörer som har uppdrag inom samma område. I det här avsnittet sammanfattar vi några av dessa arbeten kortfattat.

SKL:s arbete med uppföljning och kartläggning för att stödja landstingen

Inom överenskommelserna har parterna enats om att SKL ska ansvara för vissa insatser för kunskapsutveckling till stöd för landstingen samt för viss samordning. I början av 2016 genomförde SKL en kartläggning av utmaningarna inom förlossningsvården och inom övriga områden som rör kvinnors hälsa (SKL 2016). SKL har också kartlagt vårdkedjan före, under och efter graviditet i syfte att identifiera förbättringsbehov och lärande exempel för beslutsfattare som ska besluta om förbättringsåtgärder. Kartläggningen presenteras i rapporten *Trygg hela vägen – kartläggning av vården före, under och efter graviditet* (SKL 2018c). SKL har också genomfört en nulägesbeskrivning för att identifiera förbättringsmöjligheter för en stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården som resulterade i rapporten *Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter* (SKL 2017b).

I SKL:s arbete ingår också att tillsammans med relevanta kvalitetsregisterorganisationer och professionsorganisationer utveckla en nationell graviditetsenkät till kvinnor som är gravida och har fött barn. Förutom dessa arbeten publicerar SKL varje år uppföljningsrapporter om vilka insatser som görs i landstingen inom överenskommelsen, och särskilt hur medlen har använts för att stärka bemanningen inom förlossningsvården.

Socialstyrelsen och SBU har tagit fram nationella kunskapsunderlag inom satsningen

Som en del av den samlade satsningen har Socialstyrelsen kartlagt hur vården efter förlossning ser ut i Sverige i dag samt utmaningar och behov av förändringar i vården. Socialstyrelsen har även bedömt om det behövs nya kunskapsstöd för vården efter förlossning (Socialstyrelsen 2017c). Socialstyrelsen har också fått i uppdrag av regeringen att genomföra en

informationssatsning riktad till gravida och nyförlösta kvinnor om hälsofrågor kopplade till förlossningen (Regeringskansliet 2018). Dessutom har Socialstyrelsen kartlagt komplikationer efter förlossning i relation till förlossningsätt (Socialstyrelsen 2018e).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har genomfört en systematisk kunskapsöversikt över analsfinkterskador vid förlossning (se SBU 2016a). SBU har också kartlagt systematiska kunskapsöversikter om utvärderingar av behandling av förlossningsskador (SBU 2016b). SBU har också fått i uppdrag att kartlägga diagnostik och behandling av olika typer av smärttillstånd hos kvinnor samt sammanställa och tillgängliggöra kunskap om behandlingar (Regeringskansliet 2018).

2 Uppföljning av överenskommelser om förlossningsvård och kvinnors hälsa

Kapitlet i korthet

Inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa har regeringen ingått flera överenskommelser med SKL. Det övergripande målet med överenskommelserna är att uppnå en tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård som är av god kvalitet och utgår från kvinnans behov. Genom överenskommelserna fördelar regeringen stimulansmedel till landstingen och regionerna efter befolkningsstorlek. Medlen ska användas för att förbättra förlossningsvården och annan vård för att främja kvinnors hälsa samt stärka primärvårdens insatser som rör kvinnors hälsa.

Vårt uppdrag är att följa och analysera insatserna

Vårt uppdrag från regeringen är att granska de insatser som landstingen valt att genomföra inom ramen för överenskommelserna. Vi ska bedöma hur insatserna har valts, vilka resultat och effekter de leder till och hur de påverkar utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund. I den här delrapporten följer vi upp arbetet med överenskommelserna för perioden 2015–2017 och besvarar följande frågeställningar:

- Är överenskommelsernas målsättningar rätt valda givet kända utmaningar och behov?
- Genomförs insatser som kopplar till de resultatområden som har identifierats i överenskommelserna?
- Genomförs insatser med särskilt fokus på specifika målgrupper?
- Hur har val av insatser gått till i landstingen och hur har landstingen organiserat arbetet med överenskommelserna?

För att besvara frågeställningarna har vi genomfört egna datainsamlingar men också använt tidigare insamlat material, till exempel landstingens redovisningar av insatser och intervjuer med kontaktpersoner i landstingen, forskare, experter, patientföreträdare och professionsföreträdare samt intervjuer med personer med olika befattningar i tre landsting. Vi har också använt statistik bland annat från Socialstyrelsen och Graviditetsregistret.

Landstingen har redovisat ett stort antal insatser

Det finns en stor spridning av insatser som genomförs av landstingen. Totalt har landstingen arbetat med nästan 500 insatser under perioden 2015–2017. Av dem fokuserar ungefär två tredjedelar av insatserna helt eller delvis på vård under graviditet, förlossning eller eftervård. Det gäller exempelvis förbättrande av bemötandet i vården, minskade av förlossningsskador och utveckling av vårdkedjan. Nästan en femtedel av insatserna genomförs i primärvården (exklusive mödravård till gravida). Regeringen och SKL pekar i överenskommelserna också ut ett antal resultatområden som parterna vill se en utveckling inom. De resultatområden där flest insatser har genomförts är bemanning och kompetensförsörjning samt bemötande, identifiering och behandling, särskilt inom primärvården. Samtliga landsting har arbetat med att stärka bemanningen men i olika utsträckning. Totalt har ungefär 56 procent av medlen använts till bemanning och utbildningstjänster. Förutom för bemanning kan vi inte följa hur stora medel från överenskommelsen som har använts för olika insatser.

Våra slutsatser och rekommendationer

Det är motiverat att arbeta för att utjämna skillnader i vård och hälsa mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor i samhället och mellan olika delar av landet. Vår genomgång visar också att det är motiverat



att utveckla vården av gravida och födande. Vi ser också att de resultatområden som pekats ut i överenskommelserna har betydelse för de övergripande målen för satsningen på kvinnors hälsa. Men vi kan se att det saknas ett resultatområde när det gäller psykisk ohälsa och att det har saknats ett om bemötande och personcentrering i hela graviditetsvårdkedjan – något som tydliggjorts i överenskommelsen för 2018.

Landstingen genomför insatser som tar sikte på de övergripande behov och utmaningar som är kända i dagsläget och det finns också insatser för alla de resultatområden som pekats ut i överenskommelserna. Det är dock en stor bredd mellan landstingen i vad man valt att fokusera arbetet på. Landstingen genomför också insatser som syftar till att stärka vården för vissa grupper med sämre hälsoutfall, särskilt har man fokuserat på utlandsfödda kvinnor. Givet de utmaningar som finns och överenskommelsernas intentioner behöver landstingen göra mer för att möta behoven och bidra till att utjämna omotiverade skillnader i hälsa mellan grupper.

Ett syfte med överenskommelserna är att stärka bemanningen, särskilt i förlossningsvården. Sammantaget ser vi att insatser för ökad bemanning och kompetensförsörjning har varit i fokus i de flesta landsting. Trots dessa insatser kommer kompetensförsörjningen att fortsatt vara en utmaning i flera delar av landet.

I uppföljningen ser vi att det nästan helt saknas involvering av patienter eller andra målgrupper i prioriteringar kring och utformningen av insatser. Att involvera patienter och andra målgrupper i arbetet kan stärka möjligheterna att göra vården mer anpassad utifrån behoven hos olika grupper av kvinnor.

Överenskommelserna omfattar flera mål och syften på övergripande nivå och vissa resultatområden där regeringen och SKL vill se en utveckling. Utformningen gör det möjligt för landstingen att använda medlen utifrån lokala och regionala behov. Men överenskommelsernas bredd tycks ha bidragit till en viss osäkerhet kring hur medlen ska användas. Det får också konsekvenser för möjligheterna att följa upp och utvärdera det arbete som genomförs.

Vi lämnar följande rekommendationer från uppföljningen:

- Vi rekommenderar regeringen att tillsammans med landstingen förtydliga målen med överenskommelserna och prioritera tydligare mellan mål och områden.
- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att styra insatserna mot särskilda målgrupper.
- Vi rekommenderar landstingen att i högre grad involvera patienter och berörda målgrupper i arbetet.
- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att fokusera mer på lärande inom ramen för överenskommelsearbetet.
- Vi rekommenderar landstingen att tydligare kommunicera till medborgare och medarbetare hur medlen från överenskommelserna används.

2.1 REGERINGEN HAR INGÅTT ÖVERENSKOMMELSER MED SKL OM ATT STÄRKA FÖRLOSSNINGSVÅRDEN OCH KVINNORS HÄLSA

Syftet med satsningen på kvinnors hälsa är att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället (Regeringskansliet 2016). Inom ramen för satsningen har regeringen ingått överenskommelser med SKL om förstärkningar av förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa för åren 2015–2020 (överenskommelse 1, 2, 3 och 4)). Fokus i överenskommelserna är att med stimulansmedel stärka förlossningsvården, annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa samt primärvårdens insatser för att främja kvinnors hälsa. Stimulansmedlen fördelas efter landstingens befolkningsstorlek.

Regeringen och SKL motiverar överenskommelserna om stärkt förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa med att det finns utvecklingsområden både när det gäller förlossningsvården och den hälso- och sjukvård i övrigt som ges till kvinnor, till exempel när det gäller kunskaper om kvinnors sjukdomar i vården, kompetensförsörjning till förlossningsvården och förekomsten av förlossningsskador (överenskommelse 1).

Överenskommelserna ger stor frihet för landstingen att själva prioritera vad de vill använda medlen till utifrån lokala och regionala behov. Överenskommelserna anger syften och breda målbeskrivningar men pekar också ut specifika områden där parterna vill se en utveckling, till exempel eftervården efter förlossning och en stärkt bemanning i förlossningsvården.



Tabell 2 visar tilldelade medel per landsting för åren 2015–2017.

Tabell 2.Fördelning av medel från överenskommelserna till respektive landsting år 2015–2017.

Landsting	Utbetalt 2015 (tkr)	Utbetalt 2016 (tkr)	Utbetalt 2017 (tkr)	Totalt (tkr)	Andel av medlen (%)
Stockholms läns landsting	45 100	113 147	179 446	337 692	22,7
Västra Götalandsregionen	33 486	83 664	132 231	249 381	16,7
Region Skåne	26 446	66 139	104 592	197 177	13,2
Region Östergötland	9 071	22 639	35 743	67 453	4,5
Region Uppsala	7 160	17 961	28 542	53 663	3,6
Region Jönköpings län	7 064	17 656	27 898	52 618	3,5
Region Halland	6 374	15 955	25 307	47 636	3,2
Region Örebro län	5 912	14 786	23 313	44 012	2,9
Landstinget Sörmland	5 759	14 396	22 753	42 909	2,9
Region Gävleborg	5 745	14 322	22 505	42 573	2,9
Landstinget Dalarna	5 723	14 269	22 473	42 464	2,8
Landstinget i Värmland	5 636	14 013	22 053	41 702	2,8
Region Västmanland	5 370	13 427	21 156	39 953	2,7
Västerbottens läns landsting	5 383	13 406	21 031	39 820	2,7
Region Norrbotten	5 129	12 714	19 834	37 677	2,5
Landstinget Västernorrland	4 987	12 419	19 423	36 829	2,5
Landstinget i Kalmar län	4 834	12 058	19 068	35 960	2,4
Region Kronoberg	3 881	9 712	15 368	28 961	1,9
Landstinget Blekinge	3 163	7 922	12 514	23 599	1,6
Region Jämtland Härjedalen	2 601	6 470	10 167	19 238	1,3
Region Gotland	1 175	2 923	4 584	8 681	0,6
Summa	200 000	500 000	790 000	1 490 000	100,0

Källa: Socialdepartementet 2015b, 2016c, 2017c, 2017d.

2.1.1 Överenskommelserna som avser åren 2015–2017 omfattar huvudsakligen stimulansmedel till landstingen i två delar

Överenskommelserna mellan regeringen och SKL avser huvudsakligen stimulansmedel till landstingen för insatser som rör förlossningsvården och kvinnors hälsa, samt för insatser inom primärvården som rör kvinnors hälsa.

Insatser för att stärka förlossningsvården och bättre hälsa hos kvinnor

En del av överenskommelserna avser medel till landstingen för en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Dessa insatser ska enligt överenskommelserna som har gällt för åren 2015–2017 i första hand stärka förlossningsvården och eftervården av födande. I andra hand får medlen användas till insatser inom hälso- och sjukvården under förutsättning att insatserna leder till att stärka kvinnors hälsa (överenskommelse 2). Landstingen ska i första hand genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, bland annat bemanningen, i förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa. Insatserna ska skapa bättre förutsättningar för ökad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet för kvinnan och hennes familj, samt en bättre arbetsmiljö för medarbetarna i förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa (överenskommelse 2). För dessa insatser fördelades 200 miljoner år 2015, 375 miljoner år 2016 och 673 miljoner år 2017 till landstingen.

I statsbudgeten för 2018 förstärktes insatserna inom dessa områden med ytterligare en miljard kronor för år 2018 (utöver de redan aviserade medlen för 2018) och då aviserade också regeringen att den vill att förstärkningen ska gälla årligen under perioden 2019–2022. I och med det utvidgades också insatserna till att omfatta neonatalvården och en avgiftsfri screening för cervixcancer. I statsbudgeten för 2018 angavs också att medlen framför allt skulle gå till att stärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön (överenskommelse 4 och prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9, bet. 2017/18:SoU1, rskr. 2017/:121).

Mödravården var inte särskilt utpekad i den första överenskommelsen för 2015–2016 förutom i vissa skrivningar kring de medel som avsätts för primärvården. Sedan lyftes hela vårdkedjan kring graviditet, förlossning och eftervård fram i den andra och tredje överenskommelsen för 2017–2019. Eftersom överenskommelserna medger att landstingen får använda tilldelade medel för all vård som syftar till att stärka kvinnors hälsa har det ändå varit möjligt för landstingen att genomföra insatser inom mödravården under hela perioden, även om detta inte har varit helt tydligt. I den fjärde överenskommelsen för 2018–2019 tydliggörs ytterligare att insatserna ska förbättra hela vårdkedjan för gravida och födande.



Insatser inom primärvården som rör kvinnors hälsa

Det andra insatsområdet i överenskommelserna som avser stimulansmedel till landstingen för åren 2015–2019 gäller insatser för att stärka primärvårdens insatser som främjar kvinnors hälsa, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. Enligt överenskommelserna behöver primärvårdens kunskap om kvinnors sjukdomar stärkas och bemötandet förbättras. Enligt överenskommelserna ska landstingen i första hand välja insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor. Andra insatser kan väljas om de tydligt leder till att primärvårdens behandling av kvinnors sjukdomar förbättras. Överenskommelserna anger också att samtliga insatser ska syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden (överenskommelse 2).

Ett område som särskilt behöver uppmärksammas, enligt överenskommelserna, är metoder för att identifiera och nå patientgrupper i utsatta områden. Enligt parterna kan nya arbetsmetoder komma att krävas för att nå socioekonomiskt utsatta kvinnor, inte minst när det gäller det hälsofrämjande och förbyggande arbetet. I den första överenskommelsen kom parterna överens om att främja innovativa metoder för detta (överenskommelse 1). I den andra överenskommelsen nämns flera exempel på områden som kan behöva utvecklas, bland annat vården av könsstympade och våldsutsatta kvinnor (överenskommelse 2). För genomförandet av insatser inom primärvården fördelades 125 miljoner år 2016, 117 miljoner år 2017 och 114 miljoner år 2018 och 130 miljoner är aviserat för 2019 (se tabell 1).

Några målgrupper nämns särskilt i överenskommelserna

Det övergripande syftet med satsningen på kvinnors hälsa är enligt regeringen att utjämna skillnader i hälsa mellan kvinnor och män. Ett övergripande mål för överenskommelserna mellan SKL och regeringen på dessa områden är också en mer jämlik vård. I överenskommelserna anges också några grupper som det är angeläget att utveckla vården för.

Regeringen och SKL anger att insatserna som avser primärvården ska ha en särskild inriktning mot socioekonomiskt utsatta områden. I den andra överenskommelsen nämns också våldsutsatta kvinnor, kvinnor som är könsstympade och också män och partners som delaktiga under graviditet och förlossning liksom i förebyggande av oönskade graviditeter. I den uppföljning av insatserna som Vårdanalys har i uppdrag att göra ingår

att följa upp och analysera vilka effekter insatserna har haft på utrikes respektive inrikes födda personer och personer med olika utbildningsbakgrund.

2.2 UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSEARBETET

Vårdanalys har i uppdrag att följa upp och analysera insatserna som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa och insatserna för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden (Socialdepartementet 2016b). Den här delrapporten belyser vad landstingen har valt att fokusera sitt arbete på under åren 2016–2017.

När vi i kapitlet belyser vård och insatser under graviditet, förlossning och eftervård använder vi genomgående begreppet graviditetsvården.

2.2.1 Vi har konstruerat en orsakskedja för att kunna följa om insatserna leder till avsedda resultat och effekter

Överenskommelserna om att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa konstaterar att parterna vill ”verka för att uppnå målet om en mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa” (överenskommelse 1). I den andra överenskommelsen som avsåg 2017–2019 lades också till att vården ska utgå från kvinnans behov och vara av god kvalitet. Överenskommelserna har alltså övergripande mål- och syftesformuleringar men saknar mer konkreta mål som är specifika, mätbara och tidsbegränsade. Däremot pekar överenskommelserna ut ett antal områden där regeringen och SKL anger att de förväntar sig förbättringar – vi kallar dessa resultatområden. Resultatområdena ger dock inte vägledning om vad som krävs för att önskat resultat ska anses vara uppnådda eller hur det ska mätas.

Generellt har överenskommelserna framför allt redogjort för områden där det har identifierats ett behov av utveckling eller förbättring, snarare än hur situationen inom respektive område ska se ut när förändringen är uppnådd. I den fjärde överenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2018–2019 anger däremot parterna tydligare målformuleringar för vårdkedjan för gravida, men de innehåller inte tydliga målvärden.

För att kunna följa upp vilka resultat som genomförda insatser leder till, utifrån resultatområdena i överenskommelserna, har vi konstruerat en



analysmodell som bygger på en programteoretisk ansats. Modellen visar hur de insatser som görs inom ramen för överenskommelserna är tänkta att hänga ihop med de resultat som ska uppnås och de långsiktiga effekterna. Vi har konstruerat modellen utifrån hur vi har tolkat skrivningarna i de överenskommelser som har gällt 2015–2017. I figur 3 visar vi vår analysmodell. Resultatområdena är vagt formulerade ur utvärderingsteknisk synvinkel, och förhållandet mellan resultat- och effektnivå är inte tydliggjord i de olika delarna. Vi har därför själva konstruerat en kedja av aktiviteter, resultat och effekter utifrån vår tolkning av skrivningarna i överenskommelserna.

Det som också gör det mer komplicerat att skapa ett analytiskt ramverk utifrån en programteoretisk ansats här är att landstingen har stor frihet att utifrån de egna behoven välja insatser, och mål för insatserna. En konsekvens av det är att landstingen kan genomföra insatser som inte syftar till förändring inom något av de identifierade resultatområdena i överenskommelserna. Därför behöver vi titta på vad landstingen har prioriterat att göra, utifrån vilka behov och med vilka mål – och revidera modellen i takt med att vi får ny kunskap om det. Den kommer också att uppdateras med eventuella nya resultatområden i kommande överenskommelser.

Figur 3. Analysmodell för uppföljning av överenskommelserna 2015–2017.



Vi har tagit fram ett antal frågeställningar som uppföljningen i delrapporten utgår ifrån. De huvudsakliga frågeställningar vi följer upp i delrapporten är:

- Är överenskommelsernas målsättningar rätt valda givet kända utmaningar och behov?
- Genomförs insatser som kopplar till de resultatområden som har identifierats i överenskommelserna?
- Genomförs insatser med särskilt fokus på specifika målgrupper?
- Hur har val av insatser gått till i landstingen och hur har landstingen organiserat arbetet med överenskommelserna?

För att bedöma om överenskommelsernas målsättningar och resultatområden är rätt valda utifrån de behov som finns, utgår vi från redan kända behov och utmaningar. Vi har alltså inte gjort en egen fullständig behovsanalys av om det är motiverat att satsa på att stärka kvinnors hälsa eller vad som skulle vara de mest effektiva områdena att vidta insatser inom för att stärka kvinnors hälsa.

Vid tiden för denna delrapport är det för tidigt att se resultat och bedöma effekter av de insatser som har genomförts. Det är något som vi återkommer till i slutrapporten som presenteras år 2020.

2.2.2 Vi har använt oss av flera olika metoder och datakällor för att följa upp överenskommelsearbetet

Vi har använt flera olika datakällor och metoder för att besvara frågeställningarna: en analys av landstingens redovisningar av påbörjade och genomförda insatser 2016–2017, intervjuer med samtliga kontaktpersoner för överenskommelserna hos landstingen, intervjuer med personer med olika befattningar i tre landsting samt intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare, patientföreträdare och professionsföreträdare. Vi använder oss också av offentlig statistik från till exempel Socialstyrelsen samt statistik från bland annat Graviditetsregistret. Mer detaljerad information om de metoder som vi har använt finns i bilaga 1 och 2.

2.2.3 Kapitlets disposition

Vi har börjat kapitlet med att beskriva överenskommelserna mellan regeringen och SKL. Sedan beskrev vi vårt angreppssätt för uppföljningen. I nästa avsnitt (avsnitt 2.3) följer en beskrivning av vissa skillnader i hälsa och hälso- och sjukvård mellan kvinnor och män och av större kända behov och utmaningar när det gäller vården för kvinnor. Därefter följer en beskrivning av kända behov och utmaningar när det gäller vården av gravida och födande. I avsnitt 2.5 analyserar vi hur landstingen har organiserat arbetet utifrån överenskommelserna och hur de har identifierat vilka insatser som de vill genomföra. Vi analyserar därefter hur insatserna som landstingen redovisat matchar de resultatområden som pekas ut i överenskommelserna samt i vilken utsträckning som de riktas mot de särskilt utpekade målgrupperna i överenskommelserna. Avslutningsvis drar vi slutsatser om överenskommelsearbetet hittills och lämnar några rekommendationer till regeringen och landstingen för det fortsatta arbetet.

2.3 VÅRDEN AV KVINNOR KAN UTVECKLAS – LÄGE OCH UTMANINGAR

Att hälso- och sjukvården är jämlik innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Samtidigt vet vi att det finns omotiverade skillnader mellan män och kvinnor liksom mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller hälsa, utfallen av den vård som ges och vilken vård som ges (Socialstyrelsen, 2011). Även medellivslängd och dödlighet skiljer sig åt mellan olika sociala grupper i samhället (SOU 2016:55). Det finns också regionala och lokala skillnader i vården som ges och i utfallen av vården (Socialstyrelsen 2014b, SOU 2017:47). Många gånger är sambanden och förklaringarna till skillnaderna komplexa.

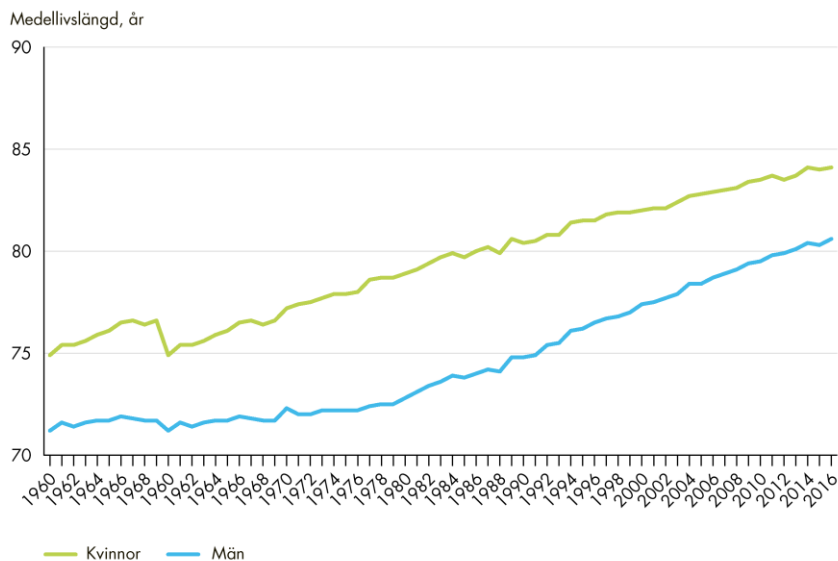
Nedan beskriver vi kortfattat några centrala skillnader i vård och hälsa mellan män och kvinnor, mellan olika grupper samt mellan olika delar av landet med hjälp av befintlig statistik.

2.3.1 Det finns skillnader i hälsa mellan kvinnor och män

Kvinnor och män lever i genomsnitt olika länge. Den återstående medellivslängden för kvinnor är längre än för män och har varit det under

en lång tidsperiod. Däremot visar den långsiktiga utvecklingen av medellivslängden att skillnaden mellan kvinnor och män minskar, se figur 4. Det finns också skillnader i medellivslängd utifrån utbildningsnivå, där den återstående medellivslängden för gruppen med förgymnasial utbildning inte förändrats under 2000-talet, medan grupper med längre utbildning har ökat sin återstående medellivslängd. Det finns också regionala skillnader liksom skillnader mellan kommuner inom ett och samma län. (Folkhälsomyndigheten 2018a).

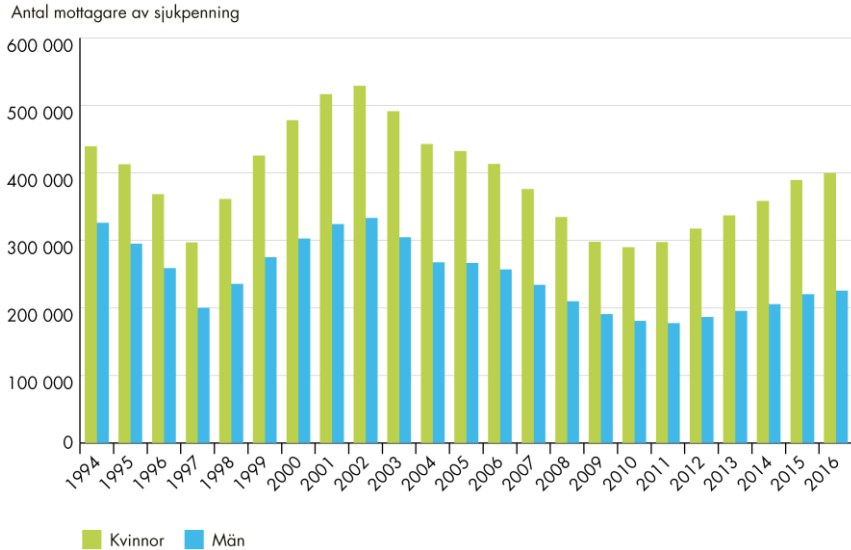
Figur 4. Medellivslängd efter kön 1960–2016.



Källa: SCB Statistikdatabasen, Befolkningsstatistik 2018. Vårdanalys bearbetning.

Även sjukligheten (det vill säga insjuknade i vissa sjukdomar) är högre bland män än bland kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2017a). Däremot har kvinnor i flera avseenden en sämre hälsa än män (SOU 2016:55) och kvinnor är i högre grad än män sjukskrivna och får ersättning av Försäkringskassan (figur 5). (Försäkringskassan 2017). Sjukskrivningarna varierar också över tid och mellan olika delar av landet. Exempel på faktorer som kan påverka antalet mottagare med sjukpenning, utöver rena befolkningsförändringar, är konjunkturen och arbetsmarknadsläget, regelverket och tillämpningen av det samt arbetskraftens sammansättning. Dessa faktorer samspelar också sinsemellan. (Försäkringskassan 2014)

Figur 5. Antal mottagare av sjukpenning (dvs. antalet personer som är sjukskrivna och får ersättning av Försäkringskassan) 1994–2016, kvinnor och män.



Källa: Socialförsäkringen i siffror 2017, Försäkringskassan. Vårdanalys bearbetning.

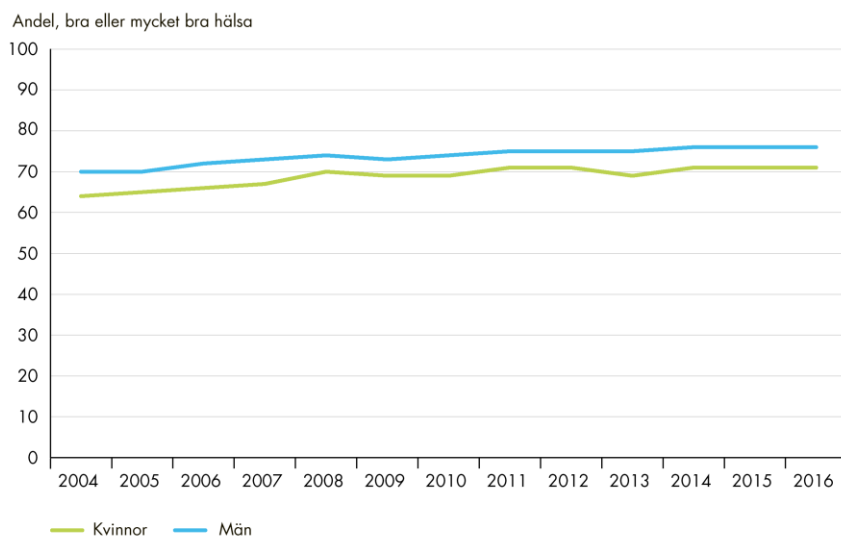
Vi ser att det finns skillnader i orsakerna till sjukskrivning. Kvinnor i alla åldersgrupper har i högre grad varit sjukskrivna och har tagit emot ersättning från Försäkringskassan för diagnoser i form av psykiska sjukdomar (där anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, respektive förstämningssyndrom är de diagnoser som ökat mest), medan män i högre grad var sjukskrivna och tog emot ersättning från Försäkringskassan kopplat till diagnoser inom rörelseorganens sjukdomar (tabell 3).

Den självskattade hälsan är också sämre hos kvinnor än män (figur 6) (Folkhälsomyndigheten 2017a).

Tabell 3. Pågående fall med sjukpenning fördelat på diagnosgrupp, ålder och kön i december 2016, procent.

Diagnos	16-29		30-39		40-49		50-59		60-	
	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män
Psykiska sjukdomar	57,8	49,7	63,6	58,6	58,7	46,9	44,6	32	33	19,5
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,6	1,1	0,8	1,7	1,4	4,4	2,8	8,7	4,8	12,1
Rörelseorganens sjukdomar	9,7	17,4	10,6	16,5	17,6	21,8	24,6	27,3	28,5	30,3
Skador m.m	4,1	18,1	2,6	9,1	3,6	8,6	5,5	7,8	6,7	7,5
Övriga sjukdomar	27,8	13,7	22,4	14,1	18,7	18,2	22,6	24,2	26,9	30,6

Not: Analyserna bygger på sjukfallets huvuddiagnos i det första läkarintyget. Diagnos anges enligt ICD-10 och psykiatriska diagnoser innefattar koderna F00–F99. Källa: Socialförsäkringen i siffror 2017, Försäkringskassan.

Figur 6. Allmän hälsa (självrapporterat) efter, kön och år. Andel (procent) som uppger bra eller mycket bra hälsa är bland personer i åldrarna 16-84 år 2016.

Källa: Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten databas 2018. Vårdanalys bearbetning.

Det råder också olika sjukdomsmönster hos kvinnor och män. Exempel på sjukdomar som är vanligare bland kvinnor är benskörhet, lungsjukdomar och multipel skleros, medan bland annat diabetes, magsår och psoriasis är vanligare bland män. En och samma sjukdom kan också skilja sig åt och ge

olika symptom hos män och kvinnor (SOU 2015:86 s. 418). Det finns även sjukdomar som endast drabbar kvinnor, exempelvis endometrios.

2.3.2 Skillnader mellan kvinnor och män i vårdens resultat och i den vård som ges

Det finns skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vilka behandlingar och vårdinsatser som kvinnor och män får tillgång till vid samma diagnos. Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor, och det är ett område som har kommit att bli ett av de mest beforskade områdena när det gäller skillnader mellan män och kvinnor (SKL 2014a). Studier visar till exempel att kvinnor behandlas med läkemedel i mindre utsträckning än män och även får vissa ingrepp i lägre grad än män (SOU 2015:86 s. 422, Socialstyrelsen 2011, SKL 2014a).

Det finns flera möjliga förklaringar till skillnader mellan män och kvinnor i behandlingar och vårdinsatser, bland annat skillnader i hur säkra olika behandlingar är för kvinnor respektive män liksom att det råder ofullständig kunskap om biologiska skillnader mellan kvinnor och män (SOU 2015:86 s. 431). Andra skillnader kan bero på att den medicinska forskningen och utvecklingen av diagnosticering har haft olika stort fokus på män respektive kvinnor. Till exempel utgår diagnoskriterierna för depression främst från kvinnors symptom, vilket leder till en underdiagnostik och underbehandling bland män (SOU 2015:86 s. 429, SKL 2014a). Men det har också forskats relativt sett mindre på sjukdomar som huvudsakligen drabbar kvinnor, som exempelvis endometrios.

Det finns också vissa skillnader mellan kvinnor och män när vi ser till hur vården fungerar ur ett patientperspektiv. Av Nationell patientenkät framgår exempelvis att män under perioden 2015–2017 i högre grad än kvinnor har givit ett positivt betyg till bemötandet inom primärvården, akutmottagningar på sjukhus och vid inläggningar på sjukhus (vardenisiffror.se). När det däremot gäller öppenvårdsmottagningar har en större andel kvinnor en positiv bild av bemötandet än män (vardenisiffror.se). I undersökningen International Health Policy Survey 2016 ser vi små skillnader mellan män och kvinnor 18 år och äldre i deras upplevelser av vården inom de flesta områden (Vårdanalys 2016). Män är något nöjdare när det gäller vissa aspekter av delaktighet, bemötande samt information och koordinering och män har även en mer positiv syn på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det är också fler män (72

procent) än kvinnor (65 procent) som upplever att läkaren de vanligen går till tillbringar tillräcklig tid med dem (Vårdanalys 2016). Däremot har fler kvinnor än män angett att de har en fast läkarkontakt – 47 procent av kvinnorna jämfört med 38 procent av männen (Vårdanalys 2016).

2.3.3 Skillnader mellan kvinnor i olika sociala grupper och i olika delar av landet

Det finns också skillnader mellan olika grupper av kvinnor. Sedan 1990-talet har den självskattade hälsan hos kvinnor med låg utbildning försämrats och kvinnor med enbart grundskoleutbildning har haft den minst gynnsamma utvecklingen gällande livslängd (Folkhälsomyndigheten 2016). En rapport från SCB visar också att inrikes födda kvinnor i större utsträckning än utrikesfödda bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott (SCB 2016b). Andra rapporter visar att de lokala och regionala variationerna i hälsa och även vård är stora, både för kvinnor och för män, och att skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper ökar (Socialstyrelsen 2014b, SOU 2017:47).

2.4 GRAVIDITETSVÅRDEN – LÄGE OCH UTMANINGAR

I överenskommelserna konstaterar regeringen och SKL att det finns utvecklingsområden inom förlossningsvården bland annat när det gäller komplikationer och skador hos kvinnan i samband med förlossning och när det gäller kompetensförsörjningen till förlossningsvården. I detta avsnitt ger vi en övergripande bild av läget och utmaningar när det gäller graviditetsvården (vården av gravida, förlossningsvården och vården efter förlossning).

I ett internationellt perspektiv har Sverige en förlossningsvård av god medicinsk kvalitet, sett exempelvis till mödradödlighet och barnadödlighet. Sverige är enligt WHO ett av de länder som har lägst mödradödlighet i världen. År 2015 var mödradödligheten i Sverige 4 per 100 000 levande födda barn, vilket är en halvering från 1990 då samma siffra var 8 per 100 000 levande födda (Förenta nationerna, 2015). Barnadödligheten är mycket låg och 2016 var den 1,2 barn per 1000 levande födda under den första veckan (Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen), att jämföra med 2,8 barn 1990. Samtidigt finns det förbättringsområden.



Vi ser att vården måste bli bättre och snabbare på att ställa om till förändrade förutsättningar och behov men också anpassa sig och ta till tillvara på ny kunskap. Bilden av hur graviditetsvården fungerar är komplex och varierar till viss del över landet. Beskrivningar av läget och utmaningar i vården av gravida och födande baserar vi främst på statistik och litteratur samt de intervjuer som vi har genomfört. Vi gör beskrivningen utifrån följande teman:

- fler förlossningar och kortare vårdtider
- riskgrupper i vården vid graviditet och förlossning har ökat
- regionala skillnader i både den vård som ges och i utfall
- personcentrering – delaktighet, bemötande och kontinuitet behöver utvecklas
- kompetensförsörjningen – bemanningsproblem inom vården av gravida och födande
- medias rapportering ger inte hela bilden.

2.4.1 Fler förlossningar och kortare vårdtider

Antalet förlossningar varierar över tid vilket gör att behoven av graviditetsvård förändras över tid. Vården behöver också anpassa sig till ny kunskap som kan ge nya behandlings- och effektiviseringsmöjligheter. Ett exempel på en förändring som vården behöver anpassa sig till är att vårdtiderna efter förlossning har kortats avsevärt.

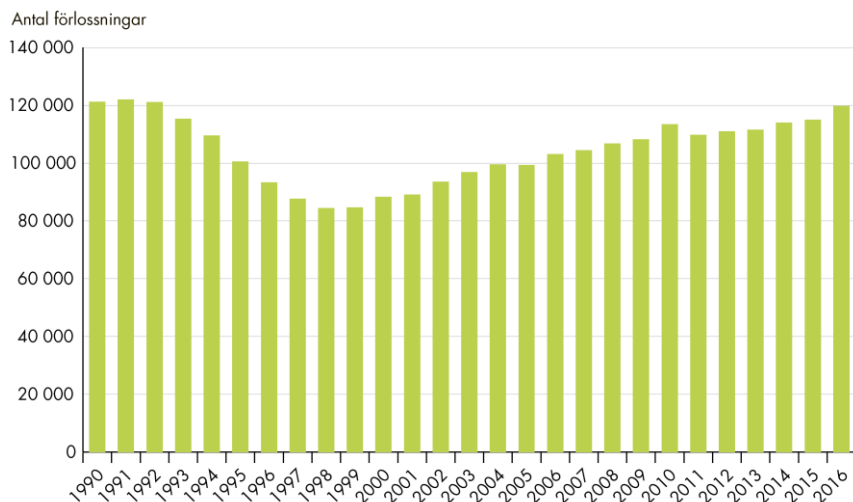
Antalet förlossningar har ökat med 30 procent på två decennier

I Sverige sker cirka 110 000 förlossningar per år (Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen) men antalet varierar över tid. Antalet förlossningar ökade med 30 procent mellan 1998 och 2016, vilket motsvarar 35 000 förlossningar under ett år (Figur 7). Denna period följde på en kraftig nedgång i antal förlossningar sedan 1990.

Hur många barn som föds under ett år beror på flera faktorer. En sådan faktor är antalet kvinnor i fertil ålder. I dag finns det jämförelsevis många kvinnor i fertil ålder i Sverige, vilket innebär att det föds många barn. Det ekonomiska läget vid en viss tid är också något som verkar påverka barnafödandet. En ytterligare faktor är hur många barn varje kvinna föder, vilket också varierar över tid – bland annat beroende på det ekonomiska läget. Under 2000-talet har antal barn per kvinna ökat och år 2016 var det

summerade fruktsamhetstalet 1,85 barn per kvinna (SCB 2018). Migration kan också påverka antalet födda på kort sikt, om att antalet kvinnor i fertil ålder är stort bland dem som invandrar (SCB 2016a).

Figur 7. Antal förlossningar per år 1990–2016.

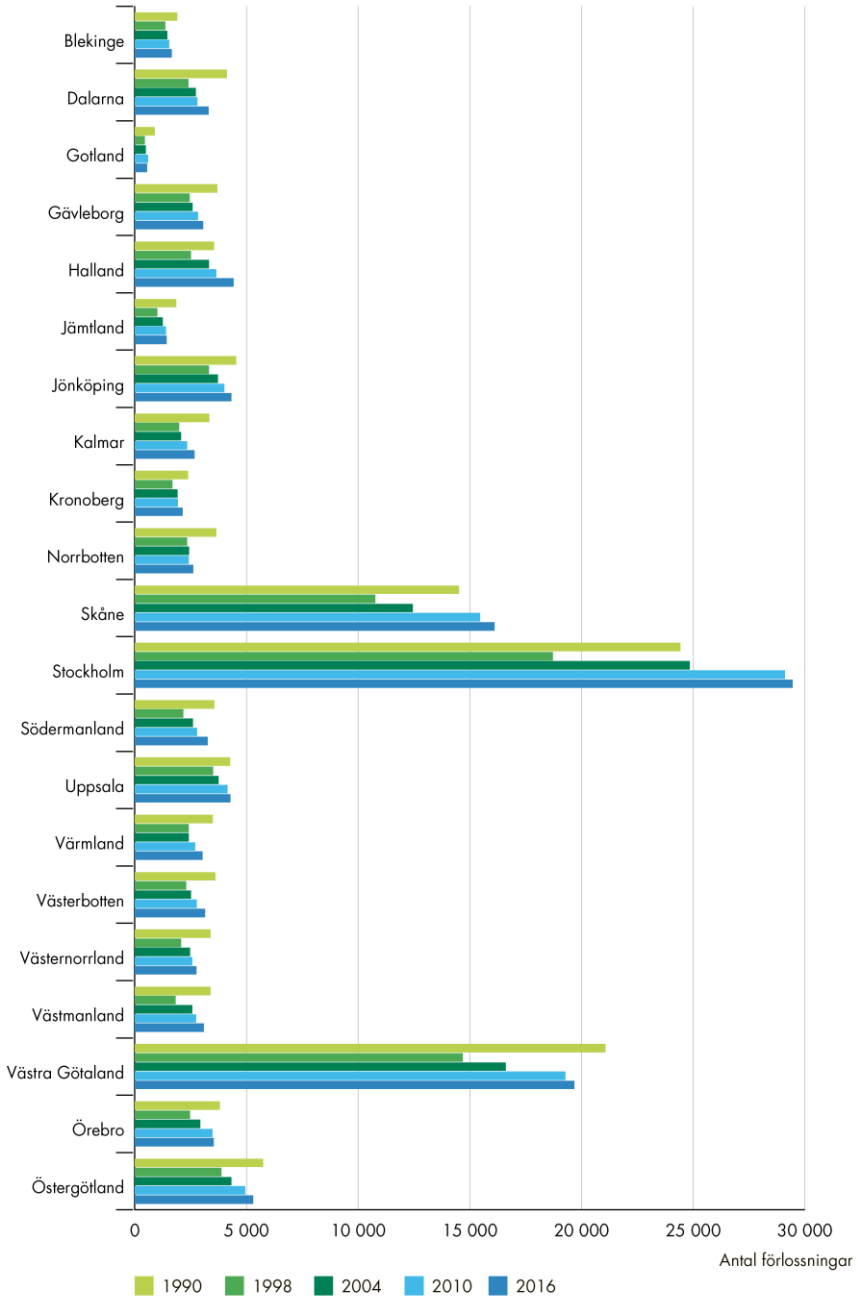


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen 2018. Vårdanalys bearbetning.

I flertalet landsting har antalet förlossningar minskat mellan 1990 och 2016, men det finns också landsting där antalet förlossningar har ökat. Jämför man med mitten på 00-talet, har antalet förlossningar ökat i samtliga landsting (Socialstyrelsen, statistikdatabas 2018).



Figur 8. Antal förlossningar per år i landstingen, 1990, 1998, 2004, 2010 och 2016.

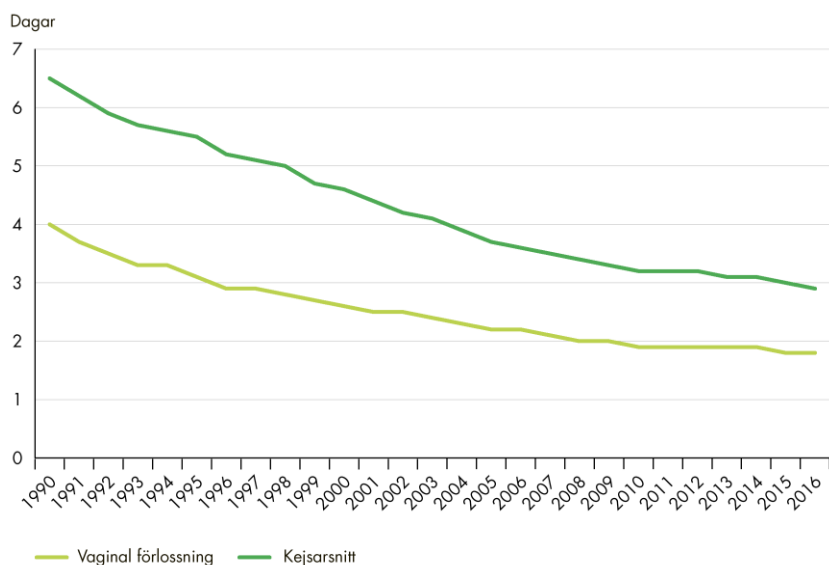


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-05-03. Vårdanalys bearbetning.

Kortare vårdtider ställer andra krav på eftervård

Generellt har vårdtiderna inom den svenska hälso- och sjukvården minskat, bland annat beroende på att den medicinska utvecklingen har medfört överflyttning från slutenvård till öppen vård och hemsjukvård. Att vårdtiderna kortats gäller även inom förlossningsvården. På 30 år har vårdtiden efter förlossning mer än halverats. Under 2016 var medelvårdtiden på sjukhus 1,8 dygn efter vaginal förlossning och 2,9 dygn efter kejsarsnitt (Medicinska födelseregistret, 2018), se figur 9. Det finns också skillnader mellan olika sjukhus där vissa sjukhus har en vårdtid på 6–12 timmar efter vaginal förlossning om inga komplikationer föreligger för varken mamman eller barnet. Totalt erbjuder 40 av 43 sjukhus (95 procent) hemgång direkt från förlossningsavdelningen, men bara tre sjukhus erbjuder uppföljning i hemmet med hembesök av barnmorska (Socialstyrelsen 2017c). Det finns stora skillnader mellan landstingen och mellan sjukhus i vilken eftervård som erbjuds födande efter förlossningen liksom skillnader i hur eftervården är planerad (Socialstyrelsen 2017c).

Figur 9. Medelvårdtid i dygn efter förlossning, enkelbörd, fördelat på förlossningssätt.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen 2018. Vårdanalys bearbetning.

När medelvårdtiden efter förlossning sjunker ställs högre krav på kontinuitet i vårdkedjan, patientsäkerhet samt uppföljning och stöd (Graviditetsregistret 2016). Flera kartläggningar och utredningar visar att kontinuiteten mellan

förlossningsvården och eftervården inte fungerar tillräckligt bra (Socialstyrelsen 2017c; Sveriges kvinnolobby 2017; SKL 2018c). Det är också något som framkommer i våra intervjuer.

Den födande bör enligt Socialstyrelsen erbjudas eftervårdsbesök inom mödravården mellan 6 till 12 veckor efter förlossningen (Socialstyrelsen 2017c). Under denna tid är det otydligt vart kvinnor ska vända sig för stöd och vård (Socialstyrelsen 2017c). Det är inte heller så att alla som fött barn kommer på efterkontroll hos mödravården. År 2016 kom cirka 77 procent av de födande på denna efterkontroll (Graviditetsregistret 2016). De som deltog i lägre utsträckning på eftervårdsbesöken var tonårsmödrar, kvinnor i gruppen med lägst utbildningsnivå, kvinnor födda utanför Europa, mödrar som var rökande samt mödrar med låg självskattad hälsa före graviditeten (Graviditetsregistret 2016).

2.4.2 Riskgrupper i vården vid graviditet och förlossning har ökat

Behoven av vård påverkas av förändringar i samhället. När det gäller vården av gravida och födande påverkar exempelvis den demografiska utvecklingen inklusive migration, levnadsvanor, lagstiftning och familjenormer behoven. Vården behöver anpassa sig till de förändringar som detta för med sig. Under de senaste trettio åren har gruppen gravida och födande förändrats. Äldre förstföderskor har blivit vanligare och det är fler födande med utomeuropisk bakgrund, liksom födande med fetma. Graviditeter efter assisterad befruktning (IVF och IVF-relaterade metoder) ökar efter att det ha blivit tillgängligt för fler i befolkningen. Medicinska framsteg har även gjort att personer med funktionsnedsättningar har större möjligheter att bli gravida och få barn.

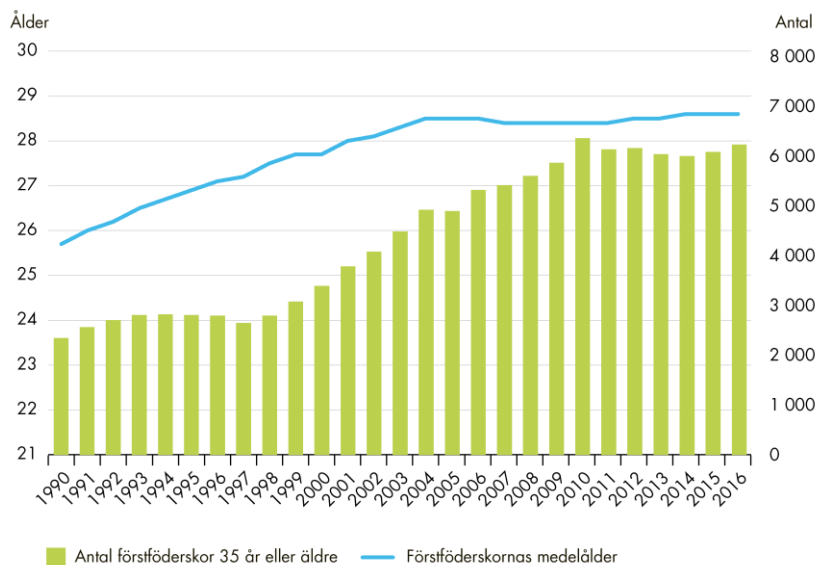
Ökad ålder hos gravida och födande

Genomsnittsåldern för förstföderskor i Sverige har ökat med tre år sedan 1990. De senaste tio åren har medelåldern planat ut, se figur 10. År 2016 var snittåldern för förstföderskor 28,6 år. Högst snittålder hade förstföderskor i Stockholms län, 30,2 år. Lägst snittålder hade förstföderskor i Blekinge, 27,0 år. När det gäller antalet förstföderskor 35 år och äldre ser vi att den gruppen har mer än fördubblats under tidsperioden 1990 till 2016, se figur 10. Andelen har ökat från cirka 4 procent till cirka 12 procent från 1990 till 2016. SCB antar i sina befolkningsframskrivningar att medelåldern för förstföderskor ytterligare

kommer att ökat något omkring år 2025, vilket de förklarar med att det då är stora födelsekohorter som är omkring 35 år (SCB, 2018).

Forskning visar att en högre ålder vid graviditet och förlossning innebär flera medicinska risker. Exempelvis ökar riskerna för tidig födsel, tillväxthämning och dödföddhet hos barnet, jämfört med om personerna fött barn i yngre åldrar (Waldenström 2014).

Figur 10. Förstfödernas medelålder och antal förstfödernas 35 år och äldre, 1990–2017.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen 2018. Vårdanalys bearbetning.

Fler kvinnor som föder barn har fetma

Andelen kvinnor med övervikt vid inskrivning i mödravården har legat konstant runt 25 procent sedan år 2000, medan andelen kvinnor med fetma under samma period har ökat från 10 till 14 procent (Socialstyrelsens statistikdatabas; Graviditetsregistret 2016). Övervikt och fetma (mätt som BMI) vid förlossning är kända riskfaktorer för den gravida eftersom det innebär ökad risk för graviditetsdiabetes, högt blodtryck, och havandeskapsförgiftning. Födande med högt BMI har ökad risk för kejsarsnitt och komplikationsfrekvensen är förhöjd oavsett förlossnings-sätt. Vid övervikt och fetma är det också vanligare att föda barn som är ovanligt stora (Blomberg 2015).

Fler gravida och födande är utrikes födda

Allt fler kvinnor i barnafödande åldrar i Sverige har icke-europeiskt bakgrund. År 1991 var 87 procent av de födande kvinnorna födda i Sverige och 2016 var motsvarande siffra 72 procent (Socialstyrelsen, medicinska födelseregistret). Förändringstakten har varit relativt jämn över perioden. SCB (2018) antar i sina befolkningsframskrivningar att antalet barn som föds av en utrikesfödd mamma kommer att öka de närmaste åren, som en följd av den höga invandringen de senaste åren. Efter år 2031 antar SCB att andelen kommer att minska.

En rapport från Socialstyrelsen visar bland annat att vissa utrikesfödda har högre risk för exempelvis graviditetsdiabetes, akuta kejsarsnitt och sfinkterrupturer (Socialstyrelsen 2016b). Detta trots att det tagits hänsyn till flera samspelande faktorer som exempelvis ålder, paritet, utbildning, inkomst, rökvanor och samboende. Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara var en grupp som hade ökad risk för ett stort antal negativa utfall. Rapporten visade också att barn till kvinnor födda i Afrika söder om Sahara löpte ökad risk för dödföddhet eller död under första levnadsveckan.

Det är också fler gravida och födande som har utsatts för könsstypning. Kvinnor som är könsstypade har större risker vid graviditet och förlossning, och behöver därför ett särskilt omhändertagande både före, under och efter förlossningen (Socialstyrelsen 2016a). Enligt Socialstyrelsen fanns det 2015 cirka 38 000 kvinnor som var könsstypade i Sverige (Socialstyrelsen 2015). Under 2016 kom Socialstyrelsen med ett kunskapsunderlag som innehåller en sammanställning av bemötande och medicinsk hantering av könsstypade kvinnor (Socialstyrelsen 2016a).

Assisterad befruktning har blivit vanligare

Assisterad befruktning (IVF och IVF-relaterade metoder) har blivit vanligare. Det beror dels på den medicinska utvecklingen, dels på att fler grupper har rätt till assisterad befruktning (SKL 2018c). När grupper som tidigare hade begränsade möjligheter att bli gravida, nu har ökade möjligheter, innebär det gruppen gravida blir mer heterogen, till exempel med fler HBTQIA-personer. Det ställer i sin tur andra krav på vårdpersonalens kompetens. En annan aspekt är att frekvensen av flerbörd (tvillingar, trillingar etc.) är större vid assisterad befruktning, även om den över tid har minskat (SKL 2018c). Vården behöver hantera förändringar i behoven som kommer av en ökad förekomst av assisterad befruktning.

2.4.3 Regionala skillnader i både den vård som ges och i utfall

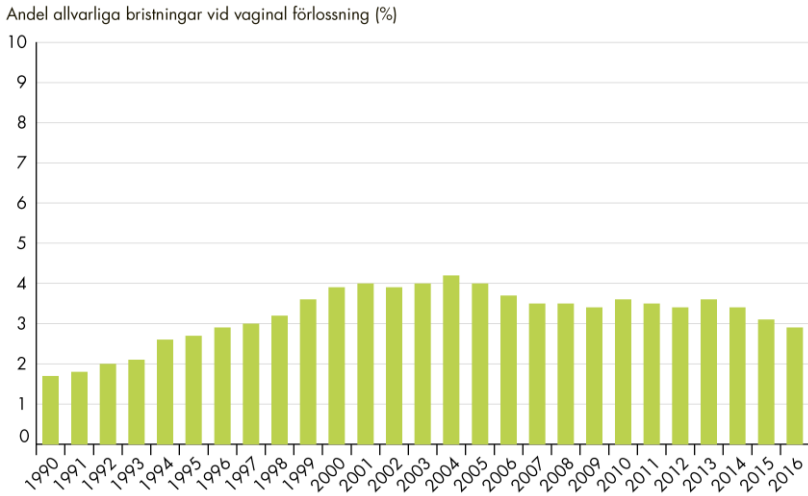
Det finns flera regionala skillnader i vården av gravida och födande. Det gäller exempelvis andelen kejsarsnitt och allvarliga bristningar, liksom andelen förlossningar som sätts ingång på medicinsk väg (induceras) och andelen kvinnor som får ryggmärgsbedövning (epidural) vid vaginal förlossning.

Andelen förlossningar som sker genom kejsarsnitt har ökat från 11 procent 1990 till 18 procent 2016. Planerade kejsarsnitt har ofta medicinska orsaker men svår förlossningsrädsla kan också vara en indikation. Andelen kejsarsnitt varierar kraftigt mellan olika landsting och 2016 var den lägst i Östergötland med 12 procent och högst i Stockholm med 22 procent (Socialstyrelsens statistikdatabas). Det pågår arbete för att på olika sätt minska andelen kejsarsnitt eftersom vaginala förlossningar bedöms vara bättre för både kvinnan och barnet. Socialstyrelsen har studerat komplikationer efter förlossningar och kejsarsnitt i en nyligen publicerad rapport (Socialstyrelsen 2018e) och kommer fram till att de komplikationer som orsakas av kejsarsnitt är både fler och allvarigare.

En skada som kvinnor kan få under förlossningar är bristningar i bäckenbotten (SBU 2016a, b). Bristningar är av olika allvarlighetsgrad, grad I-IV där IV är den allvarligaste graden. Förekomsten av bristningar grad III-IV är generellt mer än dubbelt så hög vid instrumentella förlossningar där sugklocka eller tång har använts. Andelen förstföderskor som vid vaginal förlossning fått bristningar av grad III eller IV låg under de första åren på 2010-talet på cirka 6 procent i Sverige. Sedan 2014 har en viss, gradvis minskning observerats jämfört med föregående år, och 2016 fick 5,1 procent av förstföderskorna och 1,3 procent av omföderskorna grad III- eller grad IV-bristningar (Socialstyrelsen 2018b). Det ska noteras att det i det Medicinska födelseregistret inte förs statistik över bristningar av grad I och II, även om också bristningar av dessa grader kan påverka kvinnors hälsa och livskvalitet. I figur 11 visas hur förekomsten av bristningar grad III och IV förändrats över tid.



Figur 11. Andel bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt förstföderskor och omföderskor.

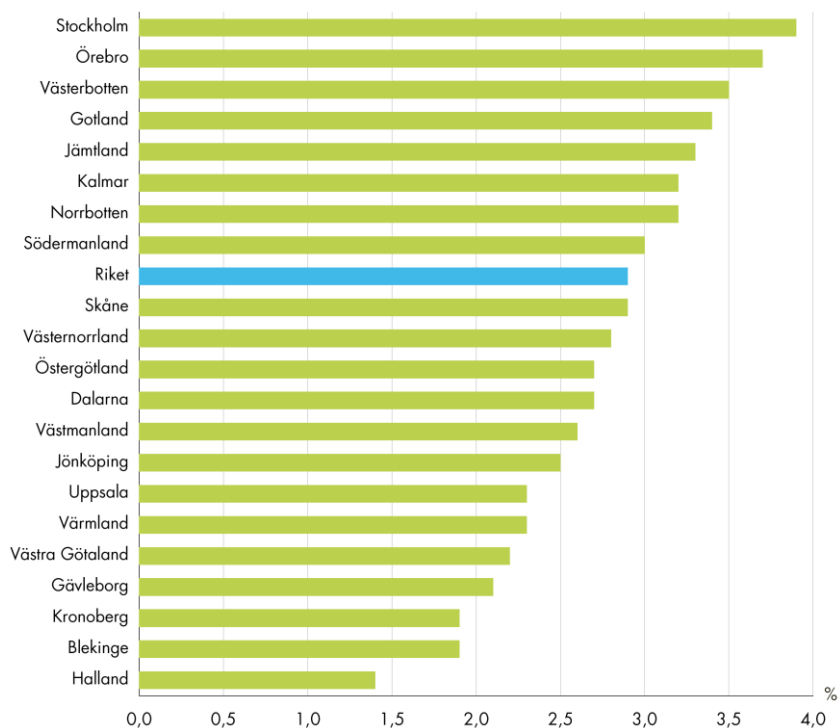


Källa: Sveriges officiella statistik, Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/publikationer 2018/2018-1-6. Vårdanalys bearbetning.

I en internationell jämförelse tycks Sverige ha en högre andel bristningar av grad III och grad IV (OECD Health at a Glance 2017) än både genomsnitt och median för de jämförda länderna. Det är osäkert hur jämförbar statistiken är mellan länderna – bland annat jämförs data från olika år, vilket betyder att man ska vara försiktig i tolkningen.

Den svenska statistiken visar att det finns regionala skillnader i andelen förlossningar där bristningar grad III och grad IV uppkommit, där Halland, Blekinge och Kronoberg har de lägsta siffrorna (1,4 i Halland och 1,9 procent i Blekinge och Kronoberg 2016) medan Stockholm och Örebro har de högsta siffrorna (3,9 respektive 3,7 procent 2016), se figur 12. Det är dock viktigt att veta att det i dag saknas samstämmighet om diagnoskriterierna för bristningar vilket gör att statistiken och skillnader mellan landsting måste tolkas med försiktighet (Bäckenbottenutbildning 2018).

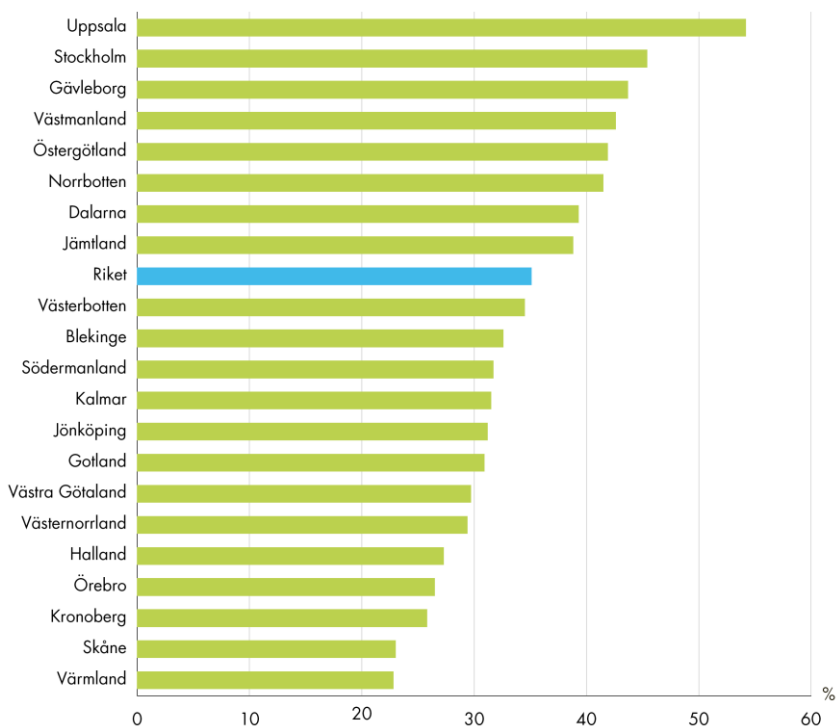
Figur 12. Andel bristningar (grad III och IV) vid vaginal förlossning, totalt förstföderskor och omföderskor per landsting/region 2016.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen 2018. Vårdanalys bearbetning.

Det finns också skillnader när det gäller hur stor andel av förstföderskorna som får epiduralbedövning vid vaginal förlossning. Riksnittet var 35 procent 2016 och i det landsting som har störst andel, Uppsala, var andelen 54 procent. Minst vanligt var epiduralbedövning i Värmland där 23 procent av förstföderskorna fick sådan bedövning. Vad skillnaderna beror på vet vi inte, men det är inte troligt att det finns så pass stora variationer i behov av smärtlindring att det kan förklara skillnaderna. En förklaring kan i stället vara att man arbetar på olika sätt med smärtlindring i olika landsting, och också att tillgången till läkare, som kan lägga en epiduralbedövning, skiljer sig åt.

Figur 13. Andel kvinnor som fått smärtlindring med epiduralbedövning vid vaginal förlossning bland förstföderskor per landsting/region 2016.

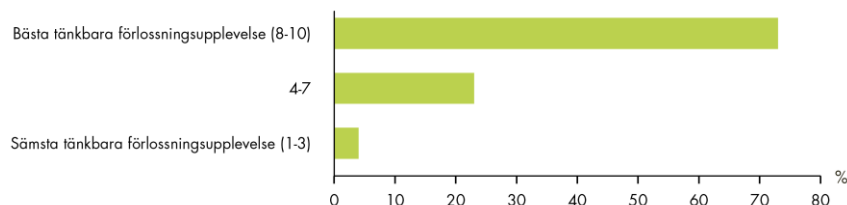


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen 2018. Vårdanalys bearbetning.

Även tillgången till fosterdiagnostik ser olika ut i landet. Så kallade KUB-undersökningar erbjuds i vissa landsting till alla gravida kvinnor och i vissa landsting erbjuds det till kvinnor 35 år och äldre (Graviditetsregistret 2016).

2.4.4 Att göra vården mer personcentrerad – delaktighet, bemötande och kontinuitet

Enligt graviditetsregistret har de flesta nyblivna mödrar ett överlag positivt helhetsintryck av sin förlossningsupplevelse direkt efter förlossningen även om det finns variationer mellan landsting, se figur 14.

Figur 14. Förlossningsupplevelse bland kvinnor som fött barn under 2017.

Not: Andelarna baseras på svar på en 10-gradig VAS-skala, från 1=sämsta tänkbara förlossningsupplevelse till 10=bästa tänkbara förlossningsupplevelse. Figuren baseras på Obstetrix-landsting med >50% täckningsgrad. Täckningsgraden varierar mellan 70 procent i Stockholm och 90 procent i Örebro och på Gotland. Källa: Graviditetsregistret april 2018. Vårdanalys bearbetning.

Det finns vissa verktyg och arbetssätt inom graviditetsvården för att skapa delaktighet och kontinuitet, exempelvis förlossningsplaner och hög grad av kontinuitet till barnmorska i mödravården under graviditeten. Samtidigt visar våra intervjuer, liksom SKL:s kartläggning av förbättringsområden inom förlossningsvården, att vården kan utveckla möjligheten för gravida och födande att vara mer delaktiga i beslut som rör den egna vården. Det finns också utmaningar när det gäller bemötande och kommunikation liksom en efterfrågan på ökad kontinuitet i hela vårdkedjan när det gäller graviditet, förlossning och eftervård. En utmaning är också att det saknas tillräcklig kunskap om vad som är en bra graviditetsvård ur ett individperspektiv och kunskap om hur vården fungerar ur individperspektiv. De kvalitetsregister som finns inom dessa områden liksom den Graviditetsenkät som håller på att utvecklas (SKL 2018e) är en del i att förbättra denna kunskapsbas.

Delaktighet i beslut som rör den egna vården och behandlingen

Precis som i all vård är möjligheten att vara delaktig i de beslut som rör den egna hälsan och behandlingen central även inom graviditetsvården. Skillnaden mellan graviditetsvården och många andra delar av vården är att patienterna (här: kvinnorna) oftast inte är sjuka. Det gör, enligt flera av våra intervjupersoner, att många kvinnor kan och önskar vara mer delaktiga i beslut som rör deras vård i samband med graviditet och förlossning, exempelvis gällande smärtlindring, värkstimulering och förlossningssätt. En av intervjupersonerna säger:



” /Födande/ska ha större rätt till självbestämmande. Och där har vi rätt mycket att göra i Sverige tycker jag, i förlossningsvården också, att mer lyssna på patienterna. Sen klart att vi inte kan erbjuda allt vad olika människor kan önska, men vi kan i alla fall i större utsträckning lyssna och ta till oss patientens synpunkter och planera vården tillsammans med patienten.”

Det finns också vissa verktyg för att möjliggöra delaktighet, exempelvis förlossningsplaner, föräldrakurser i förlossning och eftervård som vården erbjuder och appar för att följa sin graviditet. Patientföreträdare menar dock att de gravida och deras partners inte alltid ges tillräcklig opartisk information som gör det möjligt för dem att vara med i besluten. Utmaningen när det gäller delaktighet är särskilt stor när det gäller kvinnor som inte talar svenska.

Bemötande

Ett bemötande som bygger på kunskap om och respekt för individen är centralt i vården. Problem i bemötande kan ha olika grunder – det kan handla om språkliga och kommunikativa problem, attityder och om brist på kunskap.

Exempel på utmaningar som har lyfts i tidigare rapporter samt i våra intervjuer är bemötande vid komplikationer efter förlossning, bemötande av personer från icke-normativa grupper och bemötande av utrikesfödda och icke-svensktalande. Det finns rapporter om att kvinnor upplever att problem efter förlossningen inte tas på allvar, inte fångas upp och att de inte erbjuds rätt vård (Socialstyrelsen 2017c).

Både patientföreträdare och forskare som vi har intervjuat bekräftar den bilden och säger att bemötandet av kvinnor som har problem med exempelvis inkontinens efter sin förlossning kan bli bättre. I våra intervjuer påtalas även brister i bemötande av personer som är socialt utsatta samt icke-normativa grupper längs med hela vårdkedjan. Enligt våra intervjuade finns utmaningar för hälso- och sjukvården både när det gäller kunskap och bemötande och också när det gäller praktiska funktioner som journalssystem, kallelser och blanketter. Här betonar några intervju-personer också vikten av att öka kunskapen och förbättra bemötandet i vården exempelvis via utbildningar. En rapport visar att både transpersoner och samkönade par som ska bli föräldrar möts av okunskap

och blir dåligt bemötta i vården (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor 2015).

Kontinuitet i vårdkedjan

I våra intervjuer har flera påtalat att det finns ett behov av mer kontinuitet i vårdkedjan kring graviditet och förlossning och eftervård. Enligt vissa av intervjupersonerna efterfrågar patienterna en närmare kontakt med den grupp av personal som tar hand om vården under hela vårdkedjan. Från ett patientperspektiv framhålls att kontinuiteten är viktig för att skapa trygghet. Denna bild ger även andra intervjuade i gruppen experter, verksamhetsföreträdare, professionsföreträdare och forskare som också menar att det finns en önskan om att kunna erbjuda mer sammanhållen och kontinuerlig vård. Behovet av lösningar för ökad samordning och kontinuitet har också framkommit i SKL:s kartläggning av vården före, under och efter graviditet (SKL 2018c). Vi behöver dock mer kunskap om vad som är kontinuitet ur kvinnans perspektiv och hur det värderas i förhållande till andra aspekter av vården.

2.4.5 Kompetensförsörjningen – bemanningsproblem inom vården av gravida och födande

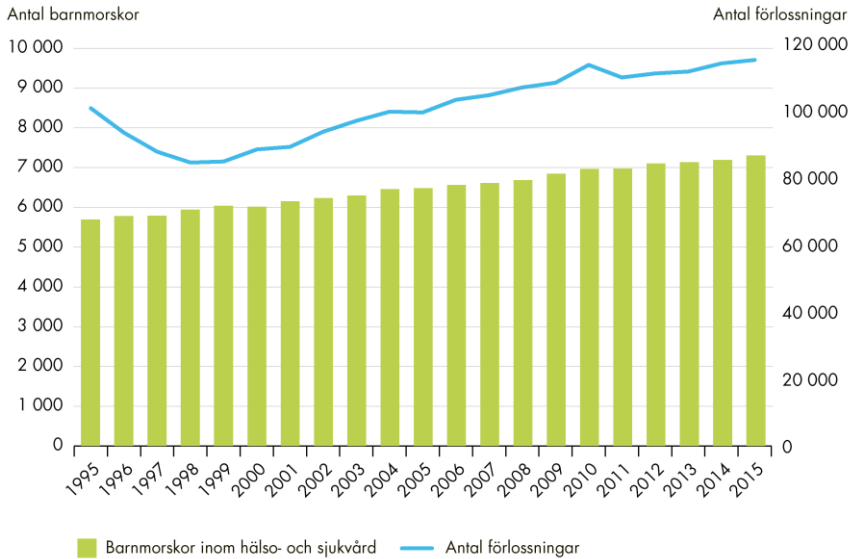
En utmaning för graviditetsvården är tillgången på utbildad personal, framför allt barnmorskor, men även av andra yrkesgrupper som gynekologer och barnläkare. Detta gäller både förlossningsvården och mödravården.

Antalet barnmorskor har inte ökat i takt med antalet förlossningar

Enligt Socialstyrelsen fanns det år 2015 drygt 8 000 legitimerade barnmorskor i Sverige. Av dessa arbetade cirka 90 procent inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2018a). Totalt har antalet legitimerade barnmorskor i förhållande till antalet kvinnor i fertil ålder ökat med cirka 13 procent mellan 2000 och 2015. Samtidigt har antalet förlossningar ökat med cirka 30 procent under samma period (Socialstyrelsen 2018a). Det finns regionala skillnader i tillgång och efterfrågan på barnmorskor i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2017b).

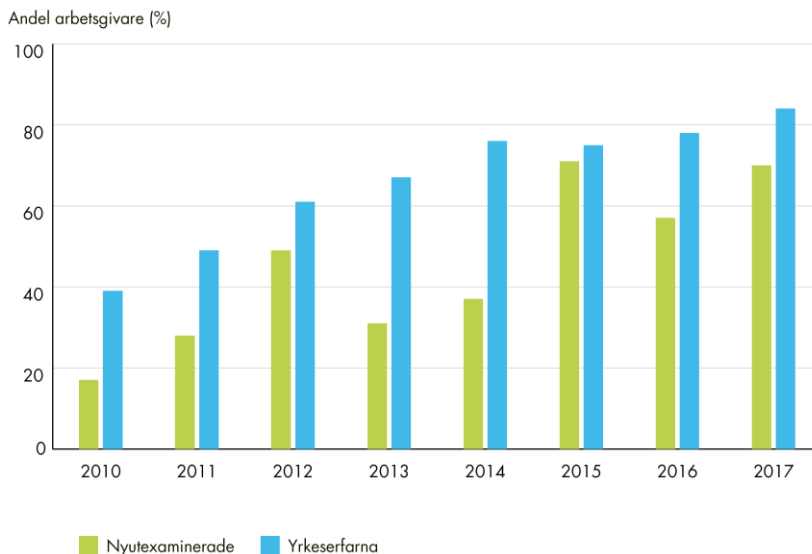


Figur 15. Antal barnmorskor och antal förlossningar 1995–2015.



Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen 2018. Befolkningsstatistik SCB Statistikdatabasen 2018. Vårdanalys bearbetning.

Enligt SCB:s arbetskraftsbarometer upplever arbetsgivarna en allt större brist på både yrkeserfarna och nyutexaminerade barnmorskor. En förklaring till det är att en stor andel av barnmorskorna som i dag arbetar inom hälso- och sjukvården är i åldrarna 55–64 år och når alltså pensionsålder inom en tioårsperiod (Socialstyrelsen 2018a). SCBs prognos visar också att bristen på barnmorskor kommer att bestå fram till åtminstone år 2035 och också förvärras, trots att antalet platser på barnmorskeutbildningen nyligen utökats (SCB 2017). Det beror enligt SCB på att antalet födslar förväntas öka i och med befolkningsökningen, samt att pensionsavgångarna bland barnmorskorna kommer vara relativt höga.

Figur 16. Andel arbetsgivare som svarar att det finns brist på barnmorskor.

Källa: SCBs statistikdatabas, Arbetsgivarnas bedömning av tillgången på arbetssökande efter yrkeseffarenhet och utbildning 2018. Vårdanalys bearbetning.

Intervjuer med landstingens kontaktpersoner bekräftar att det finns ett behov av ökade rekryteringar samt att de har ett stort antal kommande pensionsavgångar. Andra intervjupersoner bekräftar att det finns svårigheter att bemanna barnmorsketjänster i framför allt förlossningsvården. Några menar att det leder till att barnmorskor som arbetar där ofta har en pressad arbetsmiljö, vilket i sin tur gör att allt fler barnmorskor lämnat förlossningsverksamheten till förmån för andra verksamheter med andra arbetsvillkor, exempelvis i form av arbete dagtid och en mindre påfrestande arbetsmiljö. En forskningsstudie visar att 30 procent av de yrkesaktiva barnmorskorna i Sverige år 2012 hade funderat på att byta yrke (Hildingsson 2013). Enligt vissa intervjupersoner leder den ansträngda arbetsmiljön också till att vissa barnmorskor inte vill arbeta heltid. Flera intervjupersoner i gruppen experter, verksamhetsföreträdare, professionsföreträdare och forskare säger också att det har blivit vanligare att samma barnmorska ansvarar för fler samtidigt pågående förlossningar.

Brist på vårdplatser på förlossning och BB förekommer men är inte så vanligt

I vissa landsting har det under en kortare eller längre tid funnits brist på vårdplatser både inom förlossningsavdelningarna och i eftervården (BB).

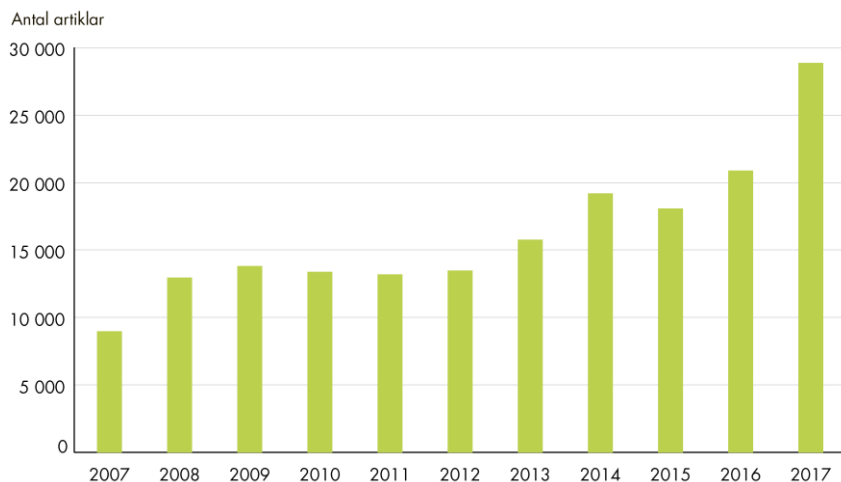


Platsbrist kan innebära att kvinnor som ska föda blir hänvisade till ett annat sjukhus än det de valt eller utgått från att de ska föda på, och ibland också till en annan stad. I Stockholms län har platsbristen varit särskilt påtaglig, framför allt mot bakgrund av att BB Sophia upphörde 2016. Det är vanligast med platsbrist på förlossningen på sommaren då många landsting har svårt att upprätthålla bemanningen på grund av semestrar. Samtidigt föds många barn under sommarmånaderna; sedan 2012 har det fötts drygt 30 000 barn under perioden juni–augusti varje år jämfört med mellan 26 000–27 000 under perioden december–februari.

Det saknas nationella uppgifter om hur vanligt det totalt är med hänvisningar till annat sjukhus i samband med förlossning. Det finns dock statistik för sommarmånaderna. I en uppföljning av läget sommaren 2017 uppgav 12 av 18 landsting att de inte haft problem med brist på platser inom förlossningsvården. Sex landsting uppger att de vid något eller några tillfällen hänvisade kvinnor vidare till en annan klinik under sommaren 2017. Totalt 515 kvinnor hänvisades vidare till en annan klinik inom det egna landstinget och 108 hänvisades till en klinik utanför det egna landstinget. Fyra barn föddes utanför Sverige (SKL 2017a). I relation till antalet födda under perioden juni-augusti 2017 handlar det om cirka 2 procent som hänvisades till annat sjukhus än det i förhand valda/önskade (SKL 2017a). Samtidigt har hänvisning till annat sjukhus stor betydelse för den födande kvinnan, exempelvis genom stress och oro. Vetskapen om att det kan finnas en risk för att hänvisas vidare, kan också leda till oro hos gravida generellt.

2.4.6 Medias rapportering ger inte hela bilden

Under de senare åren har media rapporterat mer frekvent om förlossningsvården. Antalet publiceringar som handlar om förlossningsvården har ökat mer än antal publiceringar generellt mätt som det totala antalet artiklar. Vår mediesökning visar att antalet nyheter/artiklar om förlossningsvården i nyhetsmedier har ökat kraftig sedan 2007. Särskilt stor är ökningen mellan 2016 och 2017. Skillnaderna mellan åren beror i viss mån på rapportering om särskilda händelser, som 2017 då antalet artiklar kring nedläggningen av BB i Sollefteå var många. Över tid har ett stort antal artiklar handlat om personalbrist och brist på förlossningsplatser.

Figur 17. Antal artiklar i nyhetsmedier form av redaktionell webb och print som handlar om förlossningsvård.

Källa: Retriever 2018. Vårdanalys bearbetning.

Patientföreträdare som vi har talat med tycker att det är bra att problemen tas upp och belyses i media. Andra intervjupersoner i gruppen experter, verksamhetsföreträdare, professionsföreträdare och forskare menar däremot att bilden som media förmedlar av förlossningsvården sällan är nyanserad utan ofta fokuserar på problem och enskilda fall där misstag skett. Även om dessa är mycket allvarliga ur ett patientperspektiv anses de inte alltid vara representativa för vården i stort. Vissa intervjupersoner menar att media för sällan förmedlar de goda resultat som förlossningsvården i Sverige har. Några menar att media inte heller ger en representativ bild för hela landet, utan har antingen ett storstadsperspektiv eller ett glesbygdsperspektiv. Samtidigt instämmer dessa intervjupersoner i att det finns förbättringsområden i den svenska förlossningsvården.

Flera intervjupersoner i gruppen experter, verksamhetsföreträdare, professionsföreträdare och forskare tror att medias rapportering kring förlossningsvården kan oroa gravida och vissa menar att den bild som speglas i media troligen inte motsvarar majoriteten av de nyblivna föräldrarnas bild av förlossningsvården. Patientföreträdarna ser inte på samma sätt att medias rapportering nödvändigtvis påverkar de födandes agerande. I stället framhåller de att det är bra att problem belyses i media.

Några intervjupersoner tycker sig se att allt fler gravida uppvisar oro inför förlossningen, till exempel för att inte få plats, för att drabbas av bristningar och för att inte få tillräckligt med stöd och hjälp. En intervjuperson säger också att en ensidig medierapportering kan leda till att kvinnor som ska föda gör val som inte nödvändigtvis är de bästa ur medicinsk synpunkt, till exempel gällande val av planerat kejsarsnitt i stället för vaginal förlossning av anledningen att man är rädd för att få bristningar. En intervjuperson påtalar att mediabiliden av förlossningsvården kan påverka möjligheterna att rekrytera barnmorskor, genom att personer avstår från att utbilda sig till barnmorska.

2.5 SKL HAR EN SAMORDNANDE ROLL I ÖVERENSKOMMELSEARBETET OCH ANSVAR FÖR ATT TA FRAM KUNSKAPSTÖD

Överenskommelser mellan regeringen och SKL används för att stärka utvecklingen inom områden där regeringen och SKL har identifierat utvecklingsbehov. Det finns överenskommelser inom en rad områden där parterna kommit överens om att bedriva utveckling. Inom ramen för överenskommelserna om en förbättrad förlossningsvård och insatser för att stärka kvinnors hälsa har SKL givits en samordnande och stödjande roll inom ramen för deras ansvarsområde, och ett ansvar för att ta fram vissa kunskapsstöd.

Genom den första överenskommelsen tilldelades SKL ett samordningsansvar för att i samverkan med landstingen och andra aktörer, som till exempel Socialstyrelsen, kartlägga behov och ge förslag på insatser inom ramen för satsningen (Överenskommelse 1). SKL ska enligt överenskommelsen också samordna sitt arbete med andra överenskommelser som rör samma och näraliggande områden. SKL ska även följa kvalitet och resursåtgång inom mödra- och förlossningsvården genom kvalitetsregister och med bland annat detta som underlag lämna förslag på hur hälso- och sjukvården som berör kvinnors hälsa bör utvecklas.

I den andra överenskommelsen utvecklades samordningsansvaret till att initiera och fördjupa det förbättringsarbete som identifierades i behovskartläggningen (SKL 2016b) tillsammans med landsting och andra aktörer. För detta arbete har SKL tilldelats 5 miljoner kronor under 2016 och 6 miljoner kronor under 2017.

SKL har också fått medel inom överenskommelsen för vissa specifika insatser. För att främja regional och nationell samverkan inom cervixcancerscreening fick SKL 5 miljoner kronor per år under 2016 och 2017. SKL fick också 10 miljoner kronor att utbetala som bidrag till de sjukvårdsregioner som utvecklar och främjar kunskapsuppbyggnad och rehabilitering av bäckenkomplikationer vid cancersjukdom (överenskommelse 1).

I våra intervjuer med kontaktpersonerna för överenskommelserna i landstingen och i intervjuer med personer i tre landsting framhåller flera att en samordnande funktion behövs. Några intervjupersoner efterfrågar än mer stöd när det gäller ramarna för satsningen och förslag på hur arbetet kan organiseras.

SKL har identifierat förbättringsområden inom förlossningsvården

Som en del i ansvaret för samordning genomförde SKL i början av 2016 en kartläggning av utmaningarna inom förlossningsvården och inom övriga områden som rör kvinnors hälsa (SKL 2016b). SKL pekade bland annat på att förlossningsvården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser, att det behövs förbättringar så att färre kvinnor drabbas av bristningar, att det finns en kompetensförsörjningsproblematik som bland annat kräver nya angreppssätt, att det behövs ökad nationell samordning av kunskapsutveckling samt att användningen av data i förbättringsarbete kan stärkas. I kartläggningen pekade SKL på samma sätt ut förbättringsområden när det gäller övriga områden för kvinnors hälsa, till exempel att ge en mer anpassad vård i primärvården till kvinnor med olika bakgrund eller i olika situationer, förbättrad kunskap om smärttillstånd hos kvinnor och anpassat stöd för sexuell och reproduktiv hälsa. I avsnitt 2.8 visar vi i vilken utsträckning som landstingen har gjort insatser inom dessa utpekade förbättringsområden.

SKL genomförde också hösten 2017 en genomlysning av vårdkedjan som gäller graviditet, förlossning och eftervård. Genomlysningen visade hur vårdkedjan ser ut och vad som kan förbättras för att möta blivande föräldrars behov på bästa sätt. Nio möjligheter att förbättra vårdkedjan diskuteras inom dels styrning och organisation, dels innovation och arbetssätt. Kartläggningen är genomförd i dialog med patienter, professionen och landstingen (SKL 2018d).



SKL har ordnat mötesplatser på olika teman

Under våren 2017 arrangerade SKL fem regionala workshoppar (Malmö, Stockholm, Umeå, Göteborg, Linköping) kring förbättringsområden inom förlossningsvård och kvinnors hälsa. Syftet var att dela erfarenheter och lära av varandra inom ramen för överenskommelsearbetet. Under workshopparna diskuterades teman som patientfokus, säker förlossningsvård, den goda arbetsplatsen, att använda resultat från till exempel Graviditetsregistret samt andra lokala ämnesområden.

SKL har även haft återkommande möten med kontaktpersonerna som utsetts av respektive landstingsledningarna. SKL har också bjudit in verksamhetsnära chefer till en workshop för att diskutera förbättringsmöjligheter för en stärkt kompetensförsörjning (SKL 2017b).

En nationell enkät ska samla erfarenheter från kvinnor under graviditet, efter förlossning och i eftervård

Under 2018 kommer Graviditetsenkäten att lanseras. Alla kvinnor i Sverige som är gravida eller föder barn kommer att få möjlighet att besvara en enkät som undersöker kvinnors hälsa och upplevelser av vården under graviditet, förlossning och eftervård. Enkäten skickas ut vid tre tillfällen. Den första delen skickas ut under graviditeten, den andra delen skickas ut sex veckor efter förlossning och den tredje ett år efter förlossning. Syftet med enkäten är att öka kvinnors delaktighet i samband med graviditet och förlossning samt att ge underlag till lärande och förbättringsarbete för landsting och regioner. För utformningen av enkäten svarar SKL tillsammans med Nationell Patientenkät, Bristningsregistret, Graviditetsregistret, Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (SKL 2018e)

Nationellt programområde för kvinnosjukvård och förlossning

Sedan december 2017 finns ett så kallat nationellt programområde (NPO) för kvinnosjukvård och förlossning. NPO är en del av den nationella modellen för kunskapsstyrning och finns i nuläget inom totalt 18 områden där kvinnosjukvård och förlossning är ett område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom området och representanter från alla sex sjukvårdsregioner. De har till uppgift att bland annat leda och samordna kunskapsstyrningen, följa upp och analysera sitt område genom att exempelvis göra behovsanalyser och identifiera om kunskapsstöd saknas samt att bidra i arbetet med hur relevanta nationella

kvalitetsregister utvecklas och används (SKL 2018b). Det finns inga patientrepresentanter i Nationella programområdet.

NPO har också till uppgift att bidra i arbete med eventuella statliga satsningar (SKL 2018b). För att säkerställa en länk mellan NPO för kvinnosjukvård och förlossning och satsningen på kvinnors hälsa ingår SKL:s samordnare för överenskommelserna inom kvinnors hälsa i programrådet. Gruppens arbete är i ett inledande skede. Inom programområdet skapas nu arbetsgrupper som ska arbeta med åtgärder utifrån identifierade förbättringsområden (SKL 2018b).

2.6 LANDSTINGEN HAR ORGANISERAT SITT ARBETE MED ÖVERENSKOMMELSERNA PÅ OLIKA SÄTT

Det finns skillnader i hur landstingen har organiserat arbetet inom överenskommelserna och i hur de har gått tillväga när de har prioriterat hur medlen ska användas. Detta avsnitt baseras på intervjuer med kontaktpersonerna för överenskommelserna i landstingen, landstingens redovisningar, de fördjupande intervjuer vi gjort i tre landsting samt kompletterande frågor till alla kontaktpersoner i landstingen.

2.6.1 Organisationen kring och beslut om användningen av medlen ser olika ut i landstingen

Landstingens kontaktpersoner har i intervjuer och via frågor per e-post fått beskriva hur arbetet med överenskommelserna är organiserat. Av svaren ser vi att detta varierar och det är utifrån svaren svårt att kunna ge en samlad bild.

Vi ser att kontaktpersonerna har beskrivit olika sätt för hur besluten om hur medlen ska användas fattas. Det verkar som att det i de flesta landsting tas någon form av övergripande beslut på politiskt nivå medan det varierar i vilken utsträckning beslut om fördelning av medlen på mer detaljerad nivå tas på politisk nivå i landstingen. Kontaktpersonerna i flera landsting uppger att fördelningen på insatsnivå bereds av tjänstemän och att beslut fattas till exempel i hälso- och sjukvårdsnämnden. Andra kontaktpersoner beskriver att den politiska nivån fördelar medlen mellan olika divisioner till exempel kvinnosjukvård och primärvård. Det finns också exempel på att beslut om fördelning av medel mellan insatser sker på högre tjänstemannanivå till exempel av hälso- och sjukvårdsdirektören. I vissa



fall är beslutet om fördelning av medel mellan insatser delegerade till verksamhetsnivå. Slutligen beskriver några kontaktpersoner att det landsting som de jobbar inom har utvecklat rutiner för hanteringen av riktade statsbidrag generellt och att dessa följs även när det gäller överenskommelserna för kvinnors hälsa.

Landstingens kontaktpersoner har också fått beskriva vilken organisation som deras landsting har satt upp runt överenskommelsen. Det finns exempel på landsting som har tillsatt särskilda organisationer som råd, styrgrupper eller arbetsgrupper för att bereda beslut om fördelningen av medel samt planera, samordna och driva arbetet inom överenskommelserna. Flera av landstingens kontaktpersoner nämner också att arbetet bedrivs genom exempelvis arbetsgrupper och projektgrupper. Vi ser också exempel på att man inte har satt upp några särskilda organisationer runt överenskommelserna, och att medlen fördelats mer direkt till verksamheterna där till exempel en eller flera verksamhetschefer har kunnat besluta om medlens användning på insatsnivå. Det huvudsakliga arbetet har då skett utifrån de ordinarie organisationerna.

Slutligen ser vi av svaren att landstingen verkar ha valt olika lösningar vad gäller samordningen av överenskommelserna inom sina respektive landsting. Det finns exempel på landsting som har valt att ha någon eller några personer som är finansierade med medel från överenskommelserna för samordning och administration medan andra inte har använt medel från överenskommelsen till sådana uppgifter utan i stället låtit befintlig personal utföra uppgifterna inom ramen för sin ordinarie arbetstid.

2.6.2 Några landsting har gjort särskilda behovsanalyser för överenskommelsearbetet

Landstingens kontaktpersoner har i intervjuer beskrivit hur de har gått tillväga när de har valt vilka insatser som de ska genomföra för medlen från överenskommelserna. De har också i kompletterande svar per epost skickat vissa underlag för beslut. Flera av kontaktpersonerna beskriver att det landsting som de arbetar i har utgått från både direktiven i överenskommelserna och från SKL:s kartläggning (2016) när de beslutat vilka insatser som ska genomföras. Kontaktpersonerna uppger även att andra rapporter, statistik och uppföljningar har använts som grund för

prioriteringarna. Några kontaktpersoner berättar också att de har gjort egna behovskartläggningar till grund för beslut om insatser.

Ungefär hälften av kontaktpersonerna i landstingen beskriver att prioriteringarna har sin grund i av fullmäktige eller hälso- och sjukvårdsnämnd beslutade dokument som regionala handlingsplaner, styrdokument, rapporter från genomlysningar och inspektioner.

Ett vanligt förfarande verkar ha varit att föra dialog med bland annat verksamheterna om behov och lämpliga insatser. Flera kontaktpersoner berättar att särskilda styrgrupper, arbetsgrupper eller strategiska råd har tagit fram förslag på insatser med hjälp av sakkunniga, verksamhetschefer och personal. I ett fåtal landsting uppger kontaktpersonerna att prioriteringarna snarare har gjorts av ett fåtal personer med verksamhetsansvar utifrån redan kända behov.

En kontaktperson beskriver att de har använt SFOGs 10 punkter för jämlik kvinnovård som utgångspunkt (SFOG 2016) och en anger specifikt att man använt kvalitetsregister, till exempel Graviditetsregistret för att göra behovsanalyser.

Det finns också exempel på att man använt ansökningsförfarande. Västra Götalandsregionen har delvis använt ett ansökningsförfarande för primärvårdsinsatserna som inneburit att verksamheter har kunnat ansöka om att få genomföra en viss insats. Ansökningsprocessen och besluten har då hanterats av en arbetsgrupp.

När det gäller motiv och behov för respektive insats visar landstingens redovisningar av insatser att det framför allt finns två typer av behovsidentifiering. Det som nämns oftast är att valet av och utformningen av en insats baseras på att behoven fastställts utifrån exempelvis dialog, arbetsgrupper, workshops med personal och ledning kring deras syn på och kunskap om aktuella behov. Det andra stora klustret av fritextsvar handlar om att landstingen har använt och analyserat statistik, registerdata och gjort kartläggningar eller utgått från riktlinjer, andra rapporter och forskning. I detta kluster finns flera exempel på att man har använt patientenkäter för att identifiera förbättringsbehov. I landstingens redovisningar i februari 2018 är det få insatser som direkt motiveras utifrån SKL:s kartläggningar.

Lite mer än hälften av de intervjuade kontaktpersonerna har sagt att deras landsting har prioriterat olika målgrupper i insatserna utifrån en egen behovsinventering och/ eller målgrupper angivna i överenskommelsen.



Fyra landsting uppger i intervjuerna att de inte har prioriterat insatser utifrån specifika målgrupper och av dem hänvisar några till att de prioriterat att alla ska ha samma vård och att det ska finnas en god vård för alla kvinnor.

2.6.3 Få landsting har haft dialog med patienter eller med representanter för målgrupper i överenskommelsearbetet

Vi ser att det har varit ovanligt att landstingen har haft någon form av strukturerad patientmedverkan eller dialog med målgrupperna i det övergripande arbetet med överenskommelserna – till exempel i behovsanalyser och som underlag för prioriteringar. Av 18 kontaktpersoner som har besvarat våra kompletterande frågor per epost är det ett par som på något sätt rapporterar att de har haft en sådan målgruppsmedverkan. I Region Östergötland arbetar man med medborgardialoger i sin behovsstyrningsprocess som ligger till grund för uppdrag till verksamheterna och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. Under 2016 genomfördes en särskild behovsanalys kring förlossningsskador som bland annat baserades på intervjuer och dialog med patienter och patientrepresentanter (Region Östergötland 2016). Stockholms läns landsting har genomfört en workshop med patientrepresentanter kopplad till överenskommelsearbetet. Landstinget i Kalmar län har uppgett att man löpande har med patientrepresentanter i förbättringsarbete. Västra Götalandsregionen har påbörjat ett arbete baserat på tjänstedesignsmetodik där nyblivna mammor kommer att ingå.

Flera kontaktpersoner har uppgett att de kommer att ha patient- eller medborgardialoger eller motsvarande i det fortsatta arbetet.

I genomgången av landstingens redovisade insatser ser vi att det nästan inte alls rapporteras att man på insatsnivå har haft någon form av dialog med patienter och brukare i behovsanalyser, utformning eller genomförande av insatser. Det var dock ingen direkt fråga som ställdes till landstingen så det är möjligt att den typen av dialoger har skett på olika sätt – men det är inte något som landstingen har beskrivit till exempel när de blivit tillfrågade om vilka behov som ligger till grund för respektive insats.

Exempel från tre landsting

De tre landsting som vi har genomfört fördjupade intervjuer inom har organiserat sitt arbete med överenskommelserna på olika sätt och delvis satsat på olika områden och insatstyper.

Region Skåne har tagit fram en strategisk plan och en handlingsplan för arbetet med överenskommelserna som beslutades i mars och april 2017. Den strategiska planen anger inriktning och målbild för åren 2017-2019 och utifrån den har en handlingsplan med mål, delmål och ansvarsfördelning utvecklats av ett strategiskt råd för kvinnohälsa och förlossningsvård som också är ansvarig för att implementera planen. Enligt planen ska också respektive verksamhet utveckla lokala handlingsplaner för arbetet. Den strategiska planen har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av bland annat personer som arbetar i koncernkontoret, från de olika vårdverksamheterna och från Kunskapscentrum Kvinnohälsa samt expertgruppen för förlossningsvård.

Enligt Region Skånes redovisning av överenskommelsearbetet för 2016 och 2017 har Region Skåne fokuserat en stor del av sitt arbete inom överenskommelsernas första två år på dels kartläggning och behovsinventering, strategisk och operativ planering, förbättringsarbete, riktlinjearbete och utveckling av vårdprogram. Man har också utbildningsförmåner för att få fler specialister inom förlossningsvård och kvinnohälsa. Region Skåne har också genomfört insatser för förbättrad hälsa i socioekonomiskt utsatta grupper i form av kartläggning, översättning av information till andra språk samt uppsökande verksamhet och insatser för ökad tillgänglighet till gynekologisk kirurgisk behandling.

Jämfört med i andra landsting användes en mindre del av medlen 2017 till bemanning. I redovisningen för 2017 angavs att 12 procent av den totala andelen medel använts till bemanning under 2017. Sammantaget ser vi utifrån redovisningarna och information från kontaktpersonerna i regionen att Region Skånes arbete har handlat mycket om att inventera behov, planera strategiskt, stärka kunskapsstrukturer, utveckling av arbetet i berörda verksamheter och till att kompetensutveckla personal.

Region Jämtland Härjedalen har haft en mindre organisation knuten till överenskommelsearbetet. Enligt intervjuerna beslutar hälso- och sjukvårdsdirektören om inriktningen för medlen utifrån dialog med verksamhetschefer. Utformningen av arbetet med överenskommelserna har sedan varit knutet till ett fåtal vårdprofessionella, främst inom förlossningsvården. Chefer från förlossningsvården och primärvården har samplanerat och prioriterat bland behov och förslag på insatser. Inom förlossningsvården har man enligt intervjuer personer huvudsakligen satsat på personal och utbildning -- exempelvis anställning samt utbildningslön till sjuksköterskor som vill



utbilda sig till barnmorskor. Man har även byggt upp ett endometriosteambesök, bekostat utbildningar och konferenser för exempelvis förebyggande av sfinkterrupturer (allvarliga bristningar) samt köpt in utrustning till förlossning, BB och gynmottagning, enligt landstingets redovisning. Inom primärvården har Jämtland Härjedalen framför allt satsat på två målgrupper bland gravida: en barnmorska vid asykhälsan för nyanlända gravida samt överviktiga gravida i projektet "Viktiga mammor."

Landstinget Dalarna har, liksom Region Jämtland Härjedalen, haft en mindre organisation kring överenskommelsearbetet. Enligt intervjuerna så är de ansvariga för kvinnosjukvården och förlossningen respektive mödravården i landstinget ansvariga för överenskommelsearbetet och har arbetat med fördelningen av medlen. De har också samordnat arbetet i vissa delar, till exempel kring behovsanalys och fördelning av medel mellan insatser.

I Landstinget Dalarna har insatserna, enligt landstingets redovisning, främst inkluderat att anställa och utbilda barnmorskor, förlossningssjuksköterska, undersköterskor, uroterapeuter och bemanningsassistenter. Enligt intervjuerna är bemanningsituationen i Dalarna utmanande och därför har ett fokus varit att anställa personal. Insatser har också genomförts för jämlik fosterdiagnostik samt utbildningar för förebyggande och omhändertagande av förlossningsskador. Landstinget har också genomfört flera utbildningsinsatser som bland annat handlar om amning, endometrios, förlossningsövervakning, urogynekologi och vård av kvinnor som är könsstympade.

Enligt intervjupersoner har landstinget prioriterat utbildningar inom de områden som lyfts fram i överenskommelsen. Man har också arbetat med att ta fram riktlinjer för patientsäkerhet samt ett föräldrastödsprogram och utvecklat eftervård på patienthotell. Landstinget har också arbetat för att effektivisera arbetssätt. I primärvården har landstinget genomfört utbildningar samt anställt en dietist i mödravården för att förebygga graviditetsdiabetes.

2.7 FÅ LANDSTING REDOVISAR HUR MEDLEN FRÅN ÖVERENSKOMMELSERNA HAR ANVÄNTS PÅ INSATSNIVÅ

Som en del i vår uppföljning ville vi få en bild av hur mycket av medlen som landstingen använt för olika insatser för att kunna förstå vilka områden som landstingen resursmässigt har fokuserat på.

Det har dock varit svårt att få en bild av insatsernas omfattning. Av landstingens tilldelade medel från överenskommelserna för 2016 och 2017 kunde de tillsammans redovisa 61 procent av medlens användning på insatsnivå. Flera landsting har haft svårt att redovisa uppgifter om budget för de enskilda insatserna. För 10 procent av insatserna redovisades inga uppgifter alls och för 5 procent av insatserna redovisades en budget på 0 kronor. Vissa landsting har angett att anledningen till detta varit att insatsen var i uppstartsfas och att ingen budget satts ännu.

Hur stor andel av de tilldelade medlen för 2016 och 2017 som redovisats skiljer sig mellan landstingen. Ett par landsting redovisar mer än 100 procent av utbetalade medel. Ett landsting har givit som förklaring att landstinget har redovisat de totala kostnaderna för insatserna – och inte gjort skillnad på medel från överenskommelsen och andra medel. För övriga landsting varierar andelen medel som redovisas på insatsnivå mellan noll och 95 procent.

Det finns flera anledningar till att landstingen kan ha svårt att redovisa medlen på insatsnivå. I överenskommelserna mellan regeringen och SKL anges inte att landstingen ska redovisa hur medlen har använts på insatsnivå annat än för det som gäller bemanning. I överenskommelsen anges att landstingen ska redovisa; ”Vilka insatser medlen använts till, varför insatsen valts och vilken nytta insatsen medfört och/eller förväntas medföra inom förlossningsvården, eftervården och övrig hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Redovisningen ska innehålla uppgifter om hur stor andel av landstingets medel som använts till insatser som gäller bemanning och bemanningsfrågor” (överenskommelse 1 och överenskommelse 2).

Flera intervjuer med kontaktpersonerna i landstingen har också bekräftat att det har varit svårt för landstingen att redovisa medlen från överenskommelserna på insatsnivå. Enligt intervjupersonerna finns det en rad olika anledningar till detta. Flera kontaktpersoner uppger att landstingen inte från början fått den information de behöver om hur medlen ska redovisas och därför inte förberett för en sådan redovisning. En annan anledning är att det har varit svårt att avgöra vad som ska kostnadsföras som en del av personalens ordinarie arbete och vad som ska



bekostas av medel ur överenskommelsen. Det har dessutom varit svårt att särskilja medel när de har använts för att förstärka befintliga insatser och projekt.

En annan anledning som vissa intervjupersoner hänvisar till är att landstingens ekonomisystem inte är utformade för denna typ av statsbidrag, och att det gör att inte det går att följa upp hur medlen har fördelats. En liknande förklaring som ges är att det saknas systemstöd för att få fram de uppgifter som efterfrågats. Ytterligare en förklaring som vissa kontaktpersoner ger är att de har svårigheter med att redovisa medel på insatsnivå eftersom insatserna har skett gemensamt inom flera delar av vården, det vill säga över verksamhetsgränser.

Sammantaget gör det att vi inte kan analysera hur medlen har fördelas till olika insatsområden. Det är dock viktigt att påpeka att detta inte innebär att landstingen inte kan redovisa hur de har använt medlen, utan att de inte i någon större utsträckning har kunnat göra det på insatsnivå.

Ett sätt att beskriva variationen i insatsernas storlek är att räkna ut genomsnittskostnad per insats, det vill säga de utbetalda medlen dividerat med antalet insatser i landstinget. Genomsnittet för riket var cirka 2,6 miljoner kronor per insats. Men det finns en stor variation mellan landstingen. De största genomsnittliga kostnaderna per insats finns i Jönköping och Skåne. Minsta genomsnittliga kostnad per insats finns i Gotland och Blekinge. Hur stora insatser eller hur många insatser som landstingen valt att dela upp arbetet på varierar alltså mellan landstingen. Det kan bero på att man organiserar arbetet på olika sätt men också hur man väljer att redovisa insatserna. Exempelvis har Region Gävleborg, Landstinget Dalarna och Landstinget i Värmland fått ungefär lika mycket medel från överenskommelserna år 2016 och 2017 men Landstinget i Dalarna har dubbelt så många insatser.

Tabell 4. Utbetalda medel från överenskommelserna per landsting år, antal insatser samt genomsnittliga medel per insats i tusen kronor år 2016 och 2017.

Landsting	Totalt utbetalt 2016-2017, tkr	Antal insatser	Genomsnittlig kostnad per insats (tkr)
Stockholms läns landsting	292 592	38	7 700
Västra Götalandsregionen	215 894	58	3 722
Region Skåne	170 731	15	11 382
Region Östergötland	58 382	43	1 358
Region Uppsala	46 504	27	1 722
Region Jönköpings län	45 555	3	15 185
Region Halland	41 262	5	8 252
Region Örebro län	38 099	16	2 381
Landstinget Sörmland	37 150	10	3 715
Region Gävleborg	36 828	20	1 841
Landstinget Dalarna	36 742	41	896
Landstinget i Värmland	36 066	18	2 004
Region Västmanland	34 583	23	1 504
Västerbottens läns landsting	34 438	15	2 296
Region Norrbotten	32 548	27	1 205
Landstinget Västernorrland	31 842	29	1 098
Landstinget i Kalmar län	31 126	16	1 945
Region Kronoberg	25 081	28	896
Landstinget Blekinge	20 436	24	852
Region Jämtland Härjedalen	16 637	16	1 040
Region Gotland	7 507	20	375
Riket	1 290 000	492	2 622

Not: Några av insatserna påbörjades redan 2015. Källa: Landstingens redovisningar 2017 och utbetalningsunderlag 2016 och 2017. Vårdanalys bearbetning.

2.8 NÄSTAN 500 INSATSER HAR INITIERATS FÖR ATT STÄRKA KVINNORS HÄLSA

Landstingen har arbetat med 492 insatser under perioden 2016–2017. Uppgifterna kommer från de redovisningar som vi tillsammans med SKL har bett landstingen att inkomma med. Med insats avses arbete som genomförs eller har genomförts med medel från överenskommelsen. Det kan till exempel handla om projekt, utveckling och implementering av nya metoder eller arbetssätt, nya verksamheter, kompetensutveckling eller inrättande av nya tjänster och utökad bemanning (SKL 2017c). Vår kartläggning av insatserna utifrån redovisningarna syftar till att ge en bild



av vad landstingen har arbetat med, och hur de insatser som initierats förhåller sig till de resultatområden som lyfts fram i överenskommelserna.

2.8.1 Insatserna har sorterats utifrån verksamhets- och resultatområde

Eftersom det rör sig om ett stort antal insatser är det inte möjligt att redovisa syfte, mål, organisation och innehåll för var och en av insatserna. Vi har i stället klassificerat landstingens insatser utifrån 1) verksamhetsområde, 2) resultatområde, samt 3) särskilt fokus.

Vad gäller verksamhetsområde har insatserna klassificerats i kategorierna *Graviditetsvård*, *Primärvård* och *Övrig hälso- och sjukvård*. Kategorin *Graviditetsvård* omfattar mödravård, förlossningsvård och eftervård av gravida kvinnor. Rent organisatoriskt utgör inte *Graviditetsvården* ett eget verksamhetsområde. Vi har dock valt att klassificera och redovisa *graviditetsvården* som en egen kategori, för att synliggöra landstingens arbete med kvinnor under och efter graviditet och förlossning. Organisatorisk hemvist är heller inte det mest centrala ur ett patientperspektiv. I kategorin finns således arbete som genomförs både inom *primärvården* (mödravården) och inom den specialiserade hälso- och sjukvården. *Primärvård* avser insatser som genomförs i *primärvården*, exklusive insatser till gravida kvinnor inom mödravården. *Övrig hälso- och sjukvård* avser insatser som genomförs inom såväl öppen som sluten specialiserad vård. Tolkningen av verksamhetsområde har gjorts utifrån den information om organisation som lämnats av landstingen.

Beträffande resultatområden har de formulerats med utgångspunkt i de mål och prioriterade områden som vi har identifierat i de aktuella överenskommelserna (överenskommelse 1, 2 och 3). I tabell 5 redovisas de resultatområden som vi klassificerat insatserna inom.

Tabell 5. Resultatområden för klassificering av insatser.

Resultatområde	Innehåll
Bemanning och kompetensförsörjning	Insatser för att stärka bemanningen, kompetensförsörjningen eller förbättra arbetsmiljön. Det kan till exempel handla om rekrytering av personal, vidareutbildning av personal, lönelöft eller omfördelning av arbetsuppgifter. I kategorin finns också insatser som syftar till att kompetensutveckla personal inom för verksamheten centrala områden.
Identifiering, bemötande och behandling	Insatser för att stärka i första hand primärvårdens (inkl. mödravårdens) insatser som främjar kvinnors hälsa. Det kan vara insatser som syftar till att främja kvinnors hälsa generellt, eller insatser riktade till en specifik målgrupp såsom kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Insatserna kan avse arbete för att bättre identifiera och bemöta patientgrupper eller utveckling och förbättring av den vård och behandling som kvinnor ges.
Kunskap om sjukdomar och symptom som kvinnor drabbas av	Insatser för att stärka kunskapen om sjukdomar och symptom som kvinnor drabbas av. Det kan handla om utbildningar för att öka kunskapen hos vårdpersonal för bättre diagnostik och behandling. Resultatområdet är i första hand riktat till primärvården.
Minimera förlossningsskador	Insatser för att förebygga, identifiera, behandla och följa upp förlossningsskador. Det kan till exempel handla om utbildning av personal eller start av nya verksamheter.
Information om sexuell och reproduktiv hälsa	Insatser för att genom information främja sexuell och reproduktiv hälsa. Det kan till exempel handla om rådgivning om preventivmetoder eller information om abort.
God tillgänglighet till medicinsk abort	Insatser för att förbättra tillgängligheten till medicinsk abort. Det kan till exempel handla om utbildning av personal.
Utveckling och implementering av kunskapsstöd, vårdprogram och riktlinjer	Insatser för att utveckla och implementera kunskapsstöd, vårdprogram och riktlinjer.
Utveckling av vårdkedjan eller kontinuiteten	Insatser för att förbättra vårdkedjan eller kontinuiteten. Det kan till exempel handla om nya sätt att organisera verksamheter eller stärkt samvård mamma – barn efter förlossningen. Resultatområdet är i första hand riktat till vårdkedjan för graviditetsvården.
Andra insatser	Insatser som inte bedöms tillhöra något av resultatområdena ovan, insatser som är så breda och allmänna att de inte kan klassificeras under ett enskilt resultatområde eller insatser för vilka det inte varit möjligt att avgöra vilket resultatområde som avses.

Resultatområdena är inte ömsesidigt uteslutande. Det betyder att en insats kan ha koppling till flera resultatområden. Till exempel kan landstingen arbeta med implementering av kunskapsstöd för att öka kunskapen om sjukdomar som kvinnor drabbas av. Vi har i de fall en insats har koppling till flera resultatområden klassificerat insatsen utifrån det som vi har bedömt är det primära syftet med insatsen. I vissa fall har det inte varit möjligt att utläsa vilket resultatområde som insatsen hör hemma inom, och den har då klassificerats i gruppen *Andra insatser*.

Bedömningen av särskilt fokus utgår från landstingens egna uppgifter samt de beskrivningar som lämnats om respektive insats. Särskilt fokus kan till exempel vara om insatsen riktar sig mot utrikes födda kvinnor eller socioekonomiskt utsatta områden. Ibland tycks dock landstingen, för generella insatser som kommer alla patienter till del, uppgett att insatserna



haft fokus på särskilda målgrupper. Vi har därför i flera fall frångått landstingens uppgifter om särskilt fokus och gjort en bedömning utifrån insatsens syfte, mål och beskrivning av insatsen. Det betyder att det finns osäkerhet kring ett relativt stort antal insatser gällande särskilt fokus. Vi redovisar dock både vår bedömning och landstingens uppgifter för full transparens.

En mer utförlig beskrivning av hur klassificeringen har gjorts finns i bilaga 2.

Antalet insatser behöver tolkas med försiktighet

Det är stor variation mellan landstingen i antalet redovisade insatser. Variationerna i antal insatser kan inte förklaras med att landstingen tilldelats olika mycket medel, eftersom variationerna också finns mellan landsting som erhållit liknande belopp (se tabell 4). Som exempel kan nämnas Region Uppsala och Region Jönköpings län som erhållit ungefär samma storlek på medel men där Region Uppsala redovisar 27 insatser och Region Jönköpings län redovisar tre insatser. Skillnaderna kan i stället sannolikt förklaras av att landstingen både valt olika sätt att organisera sitt arbete, men också olika sätt att gruppera sina insatser vid redovisningen. Det är därför stor variation i den ekonomiska omfattningen av olika insatser. Sammanfattningsvis är antalet insatser inom olika resultat-områden därför inte ett mått på hur mycket arbete som genomförts inom respektive resultatområde eller hur mycket resurser som lagts inom varje resultatområde.

2.8.2 Majoriteten av insatserna rör graviditetsvården

Enligt överenskommelserna 2015–2017 ska den del av överenskommelserna som avser förlossningsvården och kvinnors hälsa i första hand inriktas på att förbättra förlossningsvården och eftervården för förlösta kvinnor, och i andra hand användas till andra insatser inom hälso- och sjukvården under förutsättning att de leder till att stärka kvinnors hälsa (överenskommelse 1 och 2).

Av de totalt 492 insatser som landstingen redovisat rör en majoritet graviditetsvården (Figur 18). 45 procent av insatserna fokuserar på vård under graviditet, förlossning eller eftervård. Insatser under själva graviditeten rör bland annat fosterdiagnostik, ultraljud, förlossningsförberedelse, övervikt hos gravida och att upptäcka psykisk ohälsa bland

gravida. Insatser som fokuserar på förlossning handlar bland annat om bemanning under förlossningen och utbildning för att förhindra förlossningsskador. Eftervården av gravida avser insatser som rör amning, föräldrastöd och insatser mot psykisk ohälsa. Många insatser rör en kombination av de olika delarna av vårdkedjan. Exempelvis kan en och samma insats innebära råd och information om amning både under graviditeten och i eftervården, och en insats kan handla om att både förebygga, upptäcka och behandla förlossningsskador.

Ytterligare 19 procent (94 stycken) av insatserna rör graviditetsvården i kombination med övrig primärvård eller annan hälso- och sjukvård. Det handlar exempelvis om arbetsmiljöinsatser, kompetensutveckling och personalförstärkningar, där vi inte kan utläsa att de endast avser förlossning eller BB, utan kommer sannolikt också exempelvis övriga kvinnokliniken till del. Det finns också insatser som rör vården av gravida i kombination med övrig primärvård, till exempel hälsokommunikatörer och kulturtolkar som syftar till att nå utlandsfödda kvinnor med information om mödravård under graviditet såväl som information om annan hälso- och sjukvård till utlandsfödda kvinnor generellt.

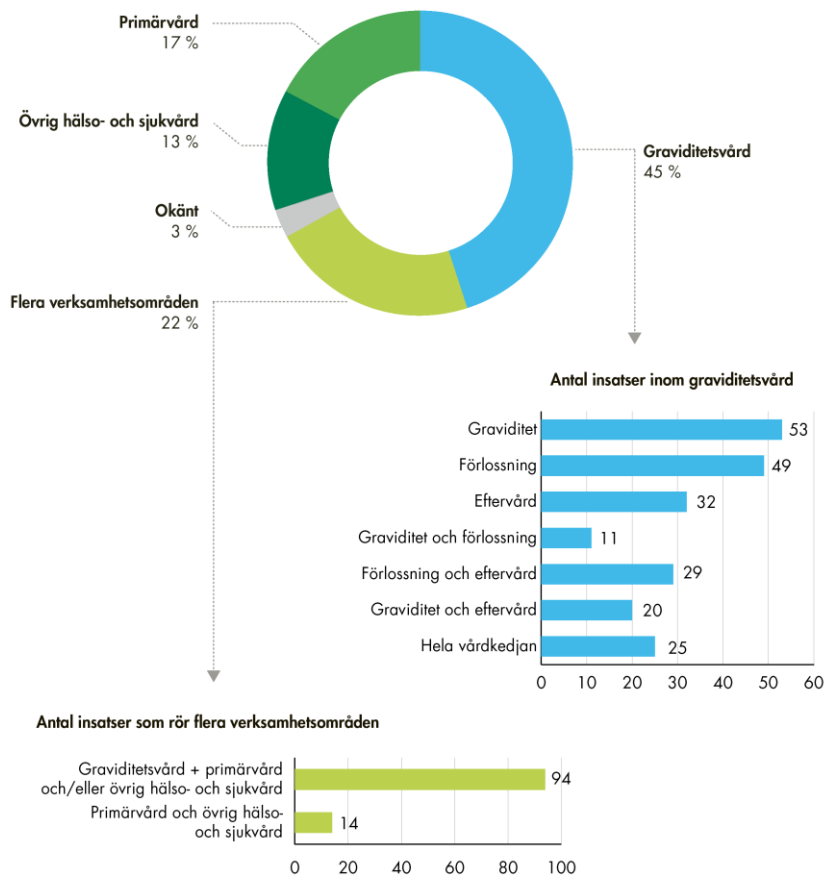
Sammantaget innebär detta att 64 procent av insatserna helt eller delvis berör graviditetsvården.

Den andra delen av medlen från överenskommelserna 2015–2017 ska enligt överenskommelserna användas för att utveckla och förbättra primärvårdens insatser för att stärka kvinnors hälsa. I första hand ska landstingen välja insatser för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor, men de får också användas för andra insatser om de leder till att primärvårdens insatser för behandling av kvinnor förbättras. I överenskommelserna anges att samtliga insatser ska syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden (överenskommelse 1 och 2).

Av totalt 492 insatser avser 17 procent av insatserna primärvården (exklusive mödravård till gravida). Det handlar exempelvis om insatser mot psykisk ohälsa, insatser för förbättrade levnadsvanor, förbättrat mottagande av asylsökande och insatser för ökat cellprovsdeltagande. Vi ser också att 13 procent av insatserna rör övrig hälso- och sjukvård, vilket ofta är insatser på kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar men som inte har med graviditetsvården att göra. Det handlar exempelvis om vård vid cancer, endometriosis samt konisering.



Figur 18. Insatserna fördelade på olika verksamhetsområden (procent). Totalt 492 insatser.



Källa: Landstingens redovisning 2017. Vårdanalys bearbetning.

Flera landsting har satsat på kulturtolksdoulor

En kulturtolksdoula är en stödperson som är med under graviditet och förlossning för personer som är födda i ett annat land. Kulturtolksdoulan är en person som den födande lärt känna på förhand och som har kulturkompetens från såväl kvinnans ursprungsland som från svensk förlossningsvård och som kan erbjuda stöd på det språk den födande talar.

Forskning visar att mödradödligheten och risken för komplikationer och skador är högre bland vissa grupper av utlandsfödda kvinnor och att det kan finnas en koppling mellan detta och kommunikationsproblem (Esscher 2014). Kulturtolksdoulorna syftar till att öka jämlikheten i förlossningsvården med ett bättre omhändertagande av utlandsfödda kvinnor med svagt socialt stöd och bristande kunskaper i svenska. Tanken är att de ska främja en säkrare förlossnings- och mödravård genom att förbättra förutsättningarna för den födande att ta till sig information om sin egen och sitt barns hälsa och vård, och på så sätt ha en möjlighet att delta i beslut rörande vården och sin graviditet.

Flera landsting driver projekt med kulturtolksdoulor med stöd av medel från överenskommelserna. I Västerbottens läns landsting stödjer kulturtolksdoulor kvinnor under graviditet och förlossning men man har också utökat kulturtolksdoulornas uppdrag till att innefatta BVC, öppna förskolan, socialtjänsten och föräldrautbildningen. Region Halland arbetar också med kulturtolksdoulor och ska utöka arbetet till fler områden som prevention, föräldraskap och för att öka täckningsgraden för de gynekologiska hälsokontrollerna.

2.8.3 Många insatser rör resultatområdena bemanning och kompetensförsörjning samt identifiering, bemötande och behandling

Figur 19 visar hur de 492 insatserna fördelar sig på de åtta resultatområdena samt området *Andra insatser*. Majoriteten av insatserna (knapp 80 procent) faller direkt under något av de områden som också pekas ut som prioriterade områden i överenskommelserna. Insatserna fördelar sig dock ojämnt mellan resultatområdena. De flesta insatserna har fokuserat på resultatområdena *Bemanning och kompetensförsörjning* samt *Identifiering, bemötande och behandling*, vilket bedöms ligga i linje med överenskommelsens prioriteringar. Omkring 30 procent av insatserna rör vardera område. Cirka åtta procent av insatserna rör resultatområdet

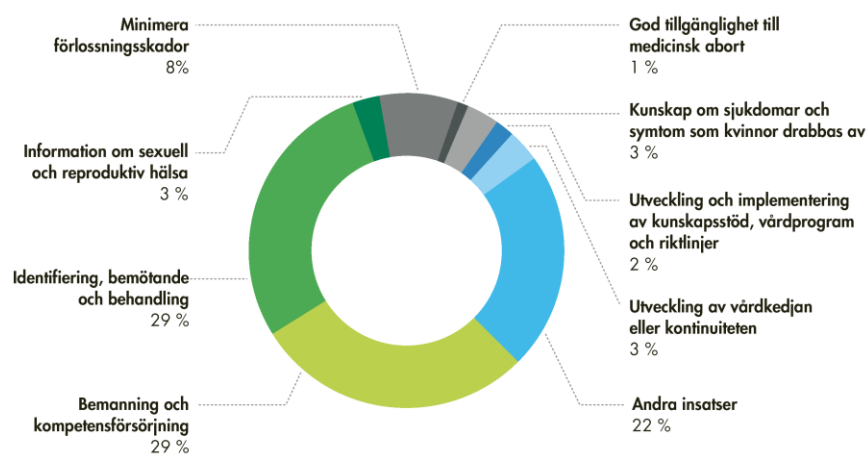


Minimera förlossningsskador. Övriga resultatområden har färre insatser, dessa områden står vardera för mindre än fem procent av insatserna.

Drygt 20 procent av insatserna har vi klassificerat som *Andra insatser*. Motivet är att de antingen inte bedöms svara mot något av de identifierade resultatområdena, eller att det inte har varit möjligt att utläsa om och i så fall vilket av resultatområdena som insatserna i huvudsak strävar mot. Här finns också breda allmänna insatser som inte kunnat klassificeras under ett enskilt resultatområde. Det är viktigt att påpeka att det inte betyder att insatserna är irrelevanta. Flera av insatserna har sådana syften och målsättningar att de skulle kunna bidra till överenskommelsens övergripande målsättningar om att vården ska vara tillgänglig, jämlik, säker, kunskapsbaserad, av god kvalitet samt utgå från kvinnans behov. Överenskommelserna lämnar öppet för landstingen att själva välja insatser utifrån regionala och lokala behov. Däremot har vi inte kunnat koppla dessa insatser direkt till de mer specifika resultatområden som identifierats i överenskommelserna.

De insatser som klassificerats som *Andra insatser* handlar bland annat om utbildning och förbättrat stöd kring amning, generell kvalitetsarbete, arbete med kvalitetsregister samt utökat erbjudande om fosterdiagnostik och vissa andra behandlingar.

Figur 19. Insatserna fördelade på olika resultatområden (procent). Totalt 492 insatser.



Källa: Landstingens redovisning 2017. Vårdanalys bearbetning.

Bemannning och kompetensförsörjning

I överenskommelserna anges att det är angeläget att stärka bemanningen framförallt inom förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Landstingen ska därför i första hand genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanningen, i förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa. Inom det här resultatområdet redovisar vi, utöver rena bemannings- och kompetensförsörjningsinsatser, också insatser som syftar till att kompetensutveckla personal inom för verksamheterna väsentliga områden.

Totalt avser 142 insatser arbete för att stärka bemanningen och kompetensförsörjningen i landstingen. Samtliga landsting har initierat insatser inom resultatområdet.

Av de 142 insatserna syftar 105 insatser till att stärka bemanningen och kompetensförsörjningen inom graviditetsvården (häri ingår också insatser som rör graviditetsvården i kombination med övrig primärvård eller annan hälso- och sjukvård), varav en majoritet inkluderar förlossningsvården (enskilt eller i kombination med exempelvis övriga delar av kvinnoklinikerna). Insatserna handlar till exempel om personalförstärkningar genom nya anställningar, inrättande av utbildningstjänster där sjuksköterskor genomgår vidareutbildning till barnmorskor samt insatser för att attrahera befintlig och ny personal genom exempelvis utökad löneutrymme och mentorsprogram för nyanställda. För att stärka kompetensförsörjningen genomförs också utbildningsinsatser för befintlig personal, ibland med syftet att kunna överföra uppgifter mellan personalkategorier. Det finns också insatser som handlar om utbildning av personal kopplat till genomförande av fosterdiagnostik (ultraljud, KUB, NIPT). Det arbetet beskrivs ofta som ett led i arbetet med att göra vården mer jämlik då tillgången till fosterdiagnostik varierar över landet.

Insatser för att stärka bemanning och kompetensförsörjning har även genomförts inom primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Det handlar bland annat om anställningar av läkare, gynekologer och medicinska sekreterare, utbildningstjänster till sjuksköterska, utbildningsplatser till ST-läkare samt anställning och utbildning av kontaktsjuksköterskor inom cancervården. Några insatser avser utbildning av barnmorskor i antikonception för att förbättra information och rådgivning till kvinnor avseende preventivmedel. Det finns



därmed kopplingar till resultatområdet *Information om sexuell och reproduktiv hälsa*.

Identifiering, bemötande, behandling

I överenskommelserna anges att ett prioriterat område är att stärka primärvårdens insatser för att främja kvinnors hälsa, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. Ett område som särskilt behöver uppmärksammas är enligt överenskommelserna metoder att identifiera och nå patientgrupper i utsatta områden. Här framhålls att nya arbetsmetoder kan komma att krävas för att nå socioekonomiskt utsatta kvinnor, inte minst vad gäller hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vidare anges att inom primärvården ska samtliga insatser som väljs skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden.

Inom det här resultatområdet redovisar vi både insatser som syftar till att främja kvinnors hälsa generellt, och insatser som har särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta områden eller utrikes födda kvinnor. Insatserna kan gälla arbete för att bättre identifiera och bemöta kvinnor, men också insatser som syftar till att utveckla och förbättra den behandling som kvinnor ges. Insatserna genomförs i första hand inom primärvården eller graviditetsvården (mödravården), men inom resultatområdet förekommer också insatser inom andra verksamhetsområden.

Totalt 140 insatser avser arbete för bättre identifiering, bemötande eller behandling av kvinnor inom hälso- och sjukvården. Av de 140 insatserna genomförs 129 insatser inom primärvården (inkl. mödravården). Bland de 129 insatserna avser vissa insatser primärvården i kombination med specialiserad hälso- och sjukvård. Vi bedömer att 44 av insatserna inom primärvården har särskilt fokus på utrikes födda kvinnor. Insatserna genomförs i sexton landsting. Det skiljer sig dock från landstingens egna uppgifter som ger 66 insatser med fokus på utrikes födda kvinnor. Exempel på insatser som vi har bedömt som insatser som särskilt riktade mot utrikes födda kvinnor är översättning av information till andra språk, kulturtolkar för att främja hälsa bland nyanlända samt utbildningar av personal för att öka kunskaperna och förbättra upptäckt och bemötande av kvinnor som utsatts för våld eller könsstympning. Sju insatser avser specifikt arbete för att öka kunskapen och förbättra omhändertagandet av könsstympade kvinnor. Några insatser fokuserar på att öka deltagandet i cellprovsk-screening bland utrikes födda kvinnor.

Av de 44 insatser inom primärvården som har särskilt fokus på utrikes födda kvinnor bedöms 18 insatser i åtta landsting också ha ett geografiskt fokus på socioekonomiskt utsatta områden. Här redovisar landstingen att det rör sig om 53 insatser med fokus på socioekonomiskt utsatta områden. De 18 insatserna avser till exempel start av smärtskola för somaliska kvinnor, gruppverksamhet för unga mammor, hälsoskolor, hembesök under graviditet och så kallad walk and talk-promenad där gravida kvinnor tillsammans med barnmorska och tolk regelbundet promenerar tillsammans. Här finns exempel på insatser som prövar helt nya arbetssätt, i enlighet med parternas ambition att främja innovativa metoder.

Ett område som flera insatser fokuserar på, men som inte särskilt lyfts i överenskommelserna som ett prioriterat område, är kvinnors psykiska hälsa. Vi bedömer att 35 insatser i 13 landsting har särskilt fokus på psykisk ohälsa. Ungefär hälften avser arbete med kvinnor med psykisk ohälsa under eller efter graviditet. Det handlar bland annat om utbildning av personal för tidig upptäckt, extra besök i mödravården under graviditet, samarbete med socialtjänsten samt införande av EPDS-screening (Edinburgh postnatal depression scale). Insatser utanför graviditetsvården gäller bland annat gruppbehandling KBT, KBT på nätet, gruppbehandling för kvinnor med utmattningsproblematik samt utbildning av personal i primärvården för att bli bättre på att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa.

Flera insatser som är generella, det vill säga som inte har särskilt fokus på en specifik målgrupp, avser levnadsvanor för gravida kvinnor och insatser för att i mödravården bättre bemöta och ge stöd till kvinnor med förlossningsrädsla. Insatser utanför graviditetsvården avser bland annat värdegrundsarbete för ett bättre bemötande, gruppverksamhet för kvinnor med långvarig ryggsmärta samt insatser för att generellt öka deltagandet i cellprovsscreening. I flera fall handlar det om att erbjuda screening till fler åldersgrupper i enlighet med riktlinjer för området.

Fyra landsting beskriver att de arbetar med HBTQ-utbildning eller HBTQ-certifiering av verksamheter. Insatserna sker både i primärvården och i övrig hälso- och sjukvård.



Utbildning för att förbättra vården för könsstympade kvinnor

Uppskattningsvis är cirka 38 000 kvinnor och flickor i Sverige är könsstympade (Socialstyrelsen 2015). Flera landsting har genomfört insatser med inriktning mot att förbättra vården för könsstympade kvinnor 2016-2017. Insatserna har skett i olika delar av hälso- och sjukvården och i vissa fall i samarbete med kommuner.

I vår genomgång ser vi att de flesta insatser verkar handla om utbildning för en ökad kunskap hos personalen när det gäller identifiering av utsatta kvinnor och behandling av besvären till exempel genom webbutbildning eller annan distansutbildning. I något fall har utbildningen sedan fått vara underlag för fortsatt arbete med rutiner och riktlinjearbete.

I Stockholm utbildas hälso- och sjukvårdspersonal i identifiering, behandling och bemötande av könsstympade. Bland annat har en insats inriktad mot gravida som är könsstympade genomförts i en del av Stockholm. Insatsen innefattar coachutbildning och handledning för vårdpersonal, extra läkarbesök och förbättrad informationsöverföring till BVC. I Sörmland har kommuner, landsting och Länsstyrelsen gått ut i en gemensam informationskampanj.

Utbildning i motiverande samtal när det gäller övervikt och levnadsvanor för gravida och efter förlossning

Flera landsting har arbetat med insatser för att förebygga och förbättra vården av kvinnor med övervikt under graviditeten. Bland insatserna finns utbildning av personal för att kunna leda motiverande samtal och samtal om hälsosamma matvanor och i att ge vattenträning till gravida. En insats har varit att ta fram reviderade vårdriktlinjer för vikt och graviditet samt utbildning av barnmorskor utifrån de nya riktlinjerna.

En annan insats handlar om att utveckla nya arbetssätt för ett mer strukturerat omhändertagande av gravida med övervikt och fetma samt graviditetsdiabetes. Insatsen syftar till att begränsa viktuppgången under graviditeten hos redan överviktiga.

Det finns också exempel på insatser där överviktiga gravida har erbjudits extrabesök hos barnmorska med fokus på levnadsvanor. Ett landsting har skapat en enhet för omhändertagande av kostbehandlad graviditetsdiabetes.

Insatser för att öka tryggheten för kvinnor med förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla hos gravida är vanligt (Larsson 2017). Flera landsting arbetar med insatser för personer med förlossningsrädsla varav flera har som mål att minska medicinskt omotiverade kejsarsnitt. Flera av insatserna är utformade för att öka tryggheten för gravida med förlossningsrädsla bland annat genom att kunna erbjuda ett snabbt stöd på rätt vårdnivå beroende på typ av förlossningsrädsla. Vissa landsting har som en del i detta infört ett standardiserat verktyg för att upptäcka förlossningsrädsla tidigt i graviditeten.

Insatser har gjorts för att ta fram nya eller uppdaterade vårdprogram för förlossningsrädsla. För att följa upp utvecklingen arbetar flera landsting med att utveckla sitt arbete med nationella kvalitetsregister. Insatser har också gjorts för att öka samordningen mellan barnmorskemottagningarna och auroromottagningarna genom samverkansmöten.

Det har också genomförts utbildningsinsatser för personal för att minska och förbättra omhändertagandet av gravida med förlossningsrädsla. Utbildningsinsatserna har i vissa fall utformats för hela vårdkedjan, för barnmorskor med grundutbildning, och vissa fall som vidareutbildning till aurorabarnmorskor. En utbildningssatsning handlar om samtalsmetodik för läkare och barnmorskor.

Kunskaper om sjukdomar och symtom som kvinnor drabbas av

I överenskommelserna beskrivs att det finns brister i framför allt primärvårdens kunskaper om vanliga kvinnosjukdomar och symtom som kvinnor drabbas av. Landstingen ska därför enligt överenskommelserna i första hand välja insatser som bidrar till att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor.

Av de 492 insatserna bedömer vi att 16 insatser avser arbete för att öka kunskaperna om sjukdomar/symtom som kvinnor drabbas av. Insatserna genomförs i tio landsting. De flesta insatserna handlar om att genom kunskapshöjning förbättra omhändertagandet av kvinnor med endometriosis. Det sker i första hand genom utbildning av personal och tillskapande av multidisciplinära team. Övriga insatser avser kunskapshöjning i omhändertagandet av kvinnor med PMS/PMDS, vulvasmärta och/eller andra sexologiska problem.

Rent organisatoriskt genomförs dock inte alla insatser inom primärvården. Ett par insatser hör till den specialiserade hälso- och sjukvården och ytterligare några bedöms omfatta både primärvård och specialiserad hälso-



och sjukvård. Insatsernas inriktning är dock gemensam oavsett organisatorisk tillhörighet, vilket visar att landstingen har olika sätt att organisera verksamheterna.

Gemensamt för flera av insatserna ovan är att de vänder sig till olika personalkategorier, till exempel allmänläkare, gynekologer, barnmorskor, psykologer och fysioterapeuter. Ingen av insatserna bedöms ha ett särskilt fokus på någon av överenskommelsens prioriterade målgrupper utan vara generella i det avseendet att målgruppen är alla kvinnor med nämnda sjukdomar/symtom.

I överenskommelserna anges att landstingen i första hand ska välja insatser som ökar primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor. Det är dock endast en mindre del av insatserna som bedöms tillhöra det resultatområdet.

Det finns flera insatser för att förbättra diagnosticering och behandling av endometrios

Endometrios har uppmärksammats nationellt som ett tillstånd där kunskapsläget behöver förbättras och Socialstyrelsen har haft ett uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för vård vid endometrios som publicerades (i en remissversion) i mars 2018.

Enligt Socialstyrelsens rapport tar det ofta många år mellan symptomdebut och diagnos vilket leder till mycket lidande och onödiga vårdbesök.

Flera insatser har genomförts för att förbättra vården för kvinnor med endometrios.

Insatserna är i vissa fall enbart inriktade mot endometrios medan de i andra fall genomfördes inom ramen för bredare insatser riktade även mot andra smärttillstånd.

Insatserna är avsedda att förbättra omhändertagandet av personer med endometrios genom bättre diagnostik, utredning och behandling. Bland insatserna finns exempel på införande av multidisciplinära team, utveckling av vårdkedjan och inrättande av en kontaktsjuksköterska. Vissa landsting arbetar också med teamuppbyggnad och med att skapa eller uppdatera rutiner och arbetssätt. Utbildningsinsatser har gjorts för att öka kompetensen hos mottagningspersonalen men också inom diagnostik med ultraljud, robotkirurgi och annan operationsteknik. Genom ett bättre omhändertagande hoppas vissa landsting till exempel kunna minska behovet av smärtstillande läkemedel hos kvinnor med endometrios och vissa vill göra vården mer samordnad så att kvinnor med endometrios inte behöver söka vård på flera ställen.

Minimera förlossningsskador

I överenskommelserna beskrivs att kvinnor drabbas av komplikationer och skador i samband med förlossning. Det behövs därför utbildning av vårdpersonal i att förebygga, identifiera, diagnosticera och behandla förlossningsskador hos kvinnan.

Av de 492 insatserna avser 42 insatser arbete för att minimera förlossningsskador. Insatserna genomförs i 20 landsting. Insatserna avser både arbete för att förebygga förlossningsskador men också insatser för att bättre diagnosticera och behandla skador om de uppkommer.

Aktiviteter som är vanligt förekommande är utbildning av personal för att förebygga förlossningsskador, förbättra diagnostiken och utveckla omhändertagandet. Utbildning omfattar både allmän teoretisk utbildning och praktisk utbildning där man tränar handgrepp och suturering (flera landsting har också köpt in förlossningsdocking). Några landsting har arbetat för att i ett längre perspektiv stärka uppföljningen av kvinnor som drabbas av bristningar i samband med förlossning och utveckla vården för de kvinnor som har kvarstående besvär genom bland annat inrättande av nya verksamheter. Flera landsting nämner ett stärkt arbete med kvalitetsregister på området. Ett par landsting beskriver att de arbetar för att implementera olika riktlinjer och stöd på området.

Några landsting beskriver att de arbetat med det material som tagits fram av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) med stöd från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) inom ramen för projektet Säker förlossningsvård (Löf 2018). Materialet omfattar bland annat ett utbildningsprogram med syfte att öka kunskapen hos läkare och barnmorskor om förlossningars påverkan på bäckenbottens strukturer, och syftar till att utveckla arbetet med att förebygga, hitta, behandla och följa upp förlossningsskador.

Insatserna bedöms, med något enstaka undantag, vara generella och inte inriktade på någon särskild målgrupp. Kunskap finns om att bland annat vissa utrikesfödda har högre risk för sfinkterrupturer (Socialstyrelsen 2016b). Det kan därför finnas anledning att fokusera det förebyggande arbetet på vissa riskgrupper. Det ska dock tilläggas att det genomförs insatser för att till exempel förbättra omhändertagandet av könsstympade kvinnor (redovisas under *Identifiering, upptäckt och bemötande*), vilket har bäring på området. Insatserna är dock få till antalet.

Information om sexuell och reproduktiv hälsa

I överenskommelse 2 anges att insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor generellt, men särskilt i socioekonomiskt utsatta områden, ska prioriteras. Det framhålls att det är viktigt att det finns lättillgänglig och tillförlitlig information om preventivmedel, abortmetoder och sexuell och reproduktiv hälsa för alla, även för män.

Av de 492 insatserna bedöms 13 insatser i sju landsting avse arbetet för att stärka informationen om sexuell och reproduktiv hälsa. Ytterligare fem insatser avser dock utbildning kring antikonception av personal som förskriver preventivmedel (redovisas under resultatområde *Bemanning och kompetensförsörjning*), vilket har bäring även på detta resultatområde. Om de fem insatserna inkluderas även här omfattar arbetet ytterligare tre landsting.

Ingen av de 13 insatserna beskrivs särskilt omfatta information till män utan information riktas i första hand till kvinnor. Flera av dessa insatser bedömer vi handlar om att främja den sexuella och reproduktiva hälsan generellt. Det handlar till exempel om framtagande av digitala stöd kring sexuell och reproduktiv hälsa, en föreläsningsserie om sex och samlevnad för äldre kvinnor samt inspelning av en podd på temat sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Några av de 13 insatserna bedöms ha ett särskilt fokus på utrikes födda kvinnor. Det handlar om besök på boenden för nyanlända, satsning på hälsokommunikatörer, skapande av en SRHR-buss och start av en telefonlinje för att nå ut till utrikes födda kvinnor med information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Av dessa insatser bedömer vi att SRHR-bussen också har ett tydligt geografiskt fokus på socioekonomiskt utsatta områden. Landstingen uppger att även ytterligare ett par av de andra insatserna har ett sådant fokus.

Utöver dessa fem insatser har landstingen rapporterat ytterligare ett antal insatser som rör sexuell och reproduktiv hälsa för utrikes födda kvinnor. Dessa insatser har klassificerats under ett annat resultatområde för att insatsen har ett bredare alternativt annat primärt syfte. Ett exempel är framtagande av patientinformation om medicinsk abort på sju språk som klassificerats under *Identifiering, upptäckt, bemötande* då insatsen avser information i vidare bemärkelse till nyanlända kvinnor.

Givet att arbetet för att främja den sexuella och reproduktiva hälsan, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden, ska vara ett prioriterat område

är bedömningen att en förhållandevis liten andel av insatserna genomförs inom området.

God tillgänglighet till medicinsk abort

I överenskommelserna anges att det är angeläget att tillgängligheten till medicinsk abort är fortsatt god. Om det finns skäl uppmanas landstingen att vidta åtgärder för att förbättra tillgängligheten.

Av de 492 insatserna bedöms fem insatser, i fem landsting, avse arbete för att säkra tillgängligheten till medicinsk abort. Det handlar om inrättande av barnmorskeledda abortmottagningar och insatser för att öka tillgängligheten genom utveckling av tidbokningssystem. Ytterligare en insats har bäring på resultatområdet, men är klassificerad under *Information om sexuell och reproduktiv hälsa*, då den har ett bredare fokus. En del i insatsen är dock att arbeta för att kunna erbjuda tid för abortrådgivning inom fem vardagar från första kontakt.

Insatserna bedöms vara generella i det avseendet att målgruppen är alla kvinnor som avser genomföra en medicinsk abort.

Utveckling och implementering av kunskapsstöd, vårdprogram och riktlinjer

I överenskommelserna beskrivs ett behov av att utveckla och förbättra kunskapsstöd till hälso- och sjukvården. Detta rör både arbete på nationell och regional nivå. På nationell nivå har regeringen givit vissa uppdrag till Socialstyrelsen och SBU att utveckla kunskapsstöd och här är det arbete som utvecklas inom ramen det nationella programrådet för kvinnosjukvård och förlossning en central del.

Inom detta resultatområde har vi klassificerat insatser i landstingen som handlar om att utveckla och förbättra kunskapsstöd, men också insatser som handlar om att implementera kunskapsstöd i vården. Vi har även valt att vidga begreppet kunskapsstöd till att omfatta också vårdprogram och riktlinjer.

Vi har funnit tio insatser i nio landsting som syftar till att utveckla eller implementera kunskapsstöd, vårdprogram eller riktlinjer. Insatserna handlar bland annat om utveckling av vårdprogram för minskade fosterrörelser, utveckling av vårdprogram för förlossningsrädsla, uppdatering och implementering av vårdprogram för psykisk hälsa under graviditet och småbarnstid samt spridning av nationella riktlinjer för mödravård.



Utöver dessa nio insatser finns det ytterligare insatser som rör kunskapsstöd, men som har klassificerats under något annat resultatområde för att insatsen bedömts ha ett annat primärt syfte. Exempelvis finns det flera insatser som rör ökat nyttjande av screeningverkyget EPDS för att upptäcka depression hos nyblivna mammor samt riktlinjer, rutiner och PM relaterat till detta. För dessa insatser har vi bedömt att syftet primärt är att stärka identifiering, bemötande och behandling av kvinnor med psykisk ohälsa och har därför klassificerat insatserna under det resultatområdet. Likaså finns det insatser som i första hand syftar till att minska antalet förlossningsskador och därför är klassificerade under resultatområdet *Minimera förlossningsskador* även om kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner i vissa fall är en del av det arbetet.

Utveckling av vårdkedjan/kontinuiteten

I överenskommelserna anges att det finns behov av att utveckla vårdkedjan utifrån kvinnans behov i samband med graviditet, förlossning och eftervård.

Av de 492 insatserna har vi identifierat 16 insatser i nio landsting som avser arbete med att utveckla vårdkedjan/kontinuiteten i graviditetsvården. Eftersom arbetet avser just vårdkedjan involveras i flera fall både primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården i arbetet.

Insatserna handlar bland annat om att utveckla möjligheten till samvård mellan mamma och barn genom samarbete, samlokalisering eller nya arbetsätt inom BB och neonatalvården och om projekt kring *case load midwifery* (ökad kontinuitet under hela graviditetsvården).

Några insatser fokuserar särskilt på kvinnor med psykisk ohälsa. Ett par av insatserna handlar om utveckling av en sammanhållen vårdkedja före, under och efter graviditet för kvinnor med psykisk ohälsa och en avser utveckling av en integrerad förlossnings- och mödravård för kvinnor med förlossnings- och sjukhusrädsla samt traumatiserade flyktingar. Den integrerade förlossnings- och mödravården vänder sig därmed också särskilt till utrikes födda kvinnor samt geografiskt till kvinnor i ett socioekonomiskt utsatt område.

Andra insatser

Även om många av de insatser som landstingen har redovisat som genomförda eller pågående inom ramen för överenskommelserna faller under de resultatområden som pekats ut som prioriterade enligt redovisningen ovan, finns det ett antal insatser som vi har bedömt inte göra det. Dessa insatser klassificerar vi i stället som *Andra insatser*.

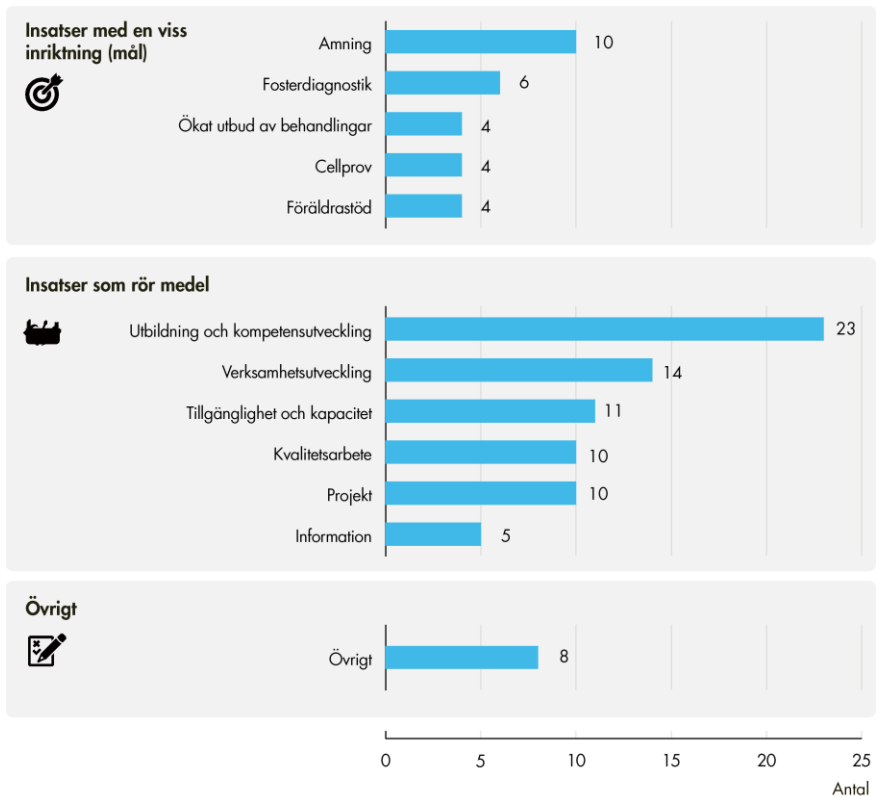
Det finns flera anledningar till att ett antal insatser klassificeras som *Andra insatser*. I vissa fall handlar det om att syftet med insatsen inte har varit något som lyfts fram som ett prioriterat område i överenskommelserna. Men det innebär inte att insatsen är irrelevant. I många fall har insatserna ett tydligt fokus på graviditetsvården och har syften och målsättningar som skulle kunna bidra till att överenskommelsens övergripande målsättningar kan uppnås. Överenskommelserna har också lämnat öppet för landstingen att själva välja insatser utifrån regionala och lokala behov.

Det finns också insatser som har klassificerats som *Andra insatser* av metodmässiga skäl. Här återfinns insatser som syftar till att uppnå förbättringar inom flera resultatområden parallellt utan att det har varit möjligt att urskilja vilket som är det primära syftet. Här återfinns också insatser som är breda och allmänna och därför inte har kunnat klassificeras under ett enskilt resultatområde. Även insatser som handlar om projektledning av själva överenskommelsearbetet har klassificerats som *Andra insatser*. I vissa fall har det också varit svårt att utläsa vilket syfte eller mål som insatsen har utifrån den information som landstingen har redovisat. Det innebär inte nödvändigtvis att insatsen inte haft ett tydligt syfte och mål utan kan bero på otydliga instruktioner vid redovisningen eller att landstingen inte från början var medvetna om att informationen skulle efterfrågas.

Vi har klassificerat drygt 20 procent av insatserna som *Andra insatser*. För att beskriva vad dessa insatser innehåller har vi grupperat dem enligt några olika kategorier (se figur 20). En del av kategorierna är *medel*, det vill säga aktiviteter som görs för ett visst syfte, exempelvis utbildning. Andra kategorier visar snarare mål eller inriktningar inom vilka man vill se en förändring, exempelvis inom fosterdiagnostik. Detta innebär att en och samma insats i princip kan tillhöra både en kategori som avser medel och beröra något som är ett mål eller en inriktning. Vi har ändå valt att använda denna typ av gruppering eftersom vi bedömer att det belyser insatsernas innehåll. I de fall där insatsen skulle kunna ingå i både en kategori som rör

medel och mål eller inriktning har vi lagt den i kategorin som rör mål eller inriktning. Det gäller exempelvis utbildningsinsatser som rör amning. Dessa återfinns i kategorin amning och inte i kategorin utbildning och kompetensutveckling.

Figur 20. Antalet andra insatser fördelade över några olika kategorier som rör mål och medel. Totalt 109 insatser.



Källa: Landstingens redovisning 2017. Vårdanalys bearbetning.

Flera landsting har påbörjat eller genomfört insatser som handlar om amning. Totalt rör det sig om tio insatser i tio olika landsting. Insatserna handlar om amning, exempelvis att utveckla en ny amningsstrategi, att förbättra stödet om amning i hela vårdkedjan och att främja och öka amningen. De flesta av dessa insatser inkluderar utbildning av personal.

Sex insatser avser *fosterdiagnostik*. Flera av insatserna handlar om att utöka erbjudandet av fosterdiagnostik genom att antingen införa nya analysmetoder eller erbjuda diagnostik till fler. En insats består av en

informationsfilm för att ge blivande föräldrar bättre och standardiserad information om fosterdiagnostik.

Några insatser rör ett *ökat utbud av behandlingar*; insatser för att implementera och kunna erbjuda ytterligare en metod vid blödningsrubbningar och inkontinens samt alternativ smärtlindring vid förlossning.

Några insatser berör hantering av *cellprov* och avser förändringar av den interna verksamheten kopplad till hanteringen av cellprov. Det handlar till exempel om att inrätta en dysplasienhet för bättre hantering av provsvar och inköp av utrustning och utbildning för att möjliggöra konisering via mottagningsbesök i stället för inläggning. Det finns flera ytterligare insatser som berör cellprov, särskilt insatser för att öka deltagandet i cellprovskontroller. Dessa insatser återfinns under resultatområdet *Identifiering, bemötande och behandling* för att vi bedömer att de på ett mer direkt sätt handlar om att identifiera kvinnor som inte kommer på cellprovskontroller.

Några insatser berör *föräldrastöd*. Här arbetar landstingen med att utbilda föräldrar i jämställt föräldraskap, skapa arbetssätt för att främja jämställt föräldraskap, ta fram nytt föräldrastödsprogram och kompetensutveckla medarbetare om jämställt och jämlikt föräldraskap. Dessa insatser syftar till att stärka delaktigheten för män eller partners, vilket i överenskommelsen 2017–2019 anges vara ett perspektiv som ska genomsyra vården.

Vad gäller insatser som inte har någon specifik inriktning utan snarare avser medel rör en stor del *utbildning och kompetensutveckling*. Dessa insatser är av sådan karaktär att vi inte har bedömt att de faller inom andra resultatområden. Det handlar exempelvis om studiebesök, planeringsdagar, inspirationsdagar eller konferenser och skiljer sig från större utbildningsinsatser som finns under resultatområdena *Bemannning och kompetensförsörjning* och *Identifiering, upptäckt och behandling* där vi har strävat efter att samla utbildningsinsatser som mer direkt har med försörjning av kärnkompetens att göra. Det finns också några utbildningsinsatser där det har varit svårt att bedöma omfattningen, inriktningen och systematiken. Insatserna har därför inte klassificerats under något annat resultatområde. Exempel på insatser är utbildning av telefonrådgivare, utbildning i akupunkturkunskap, patientsäkerhetsutbildning samt utbildning i samarbete, kommunikation och ledarskap.



Det finns också en stor del insatser som vi har grupperat som *verksamhetsutveckling* av olika slag. Här ingår bland annat införande av värdebaserad vård, ytterligare ronder för ökad patientsäkerhet eller för att möjliggöra tidigare hemgång från BB, inköp av verktyg för förlossningsövervakning, införande av jour och införande av standardiserad vårdokumentation.

En annan grupp av insatser rör *tillgänglighet och kapacitet*. Flera av dessa insatser handlar om ombyggnad och anpassning av lokaler samt komplettering av utrustning för att kunna ta emot fler patienter. Andra exempel är förenklad tidsbokning av gynekologiska hälsokontroller samt omorganisering av personalen och förändrade arbets sätt för att få plats för fler föräldrar och barn på BB.

Kvalitetsarbete avser dels arbete med kvalitetsregister och dels insatser där medarbetarna får ägna tid till kvalitets- eller utvecklingsarbete. Exempelvis har ett par landsting infört kvalitets- och patientsamordnare för att öka förutsättningarna för att förbättringsarbete bedrivs eller för att följa upp klinikens resultat och verksamhet.

Kategorin *projekt* inkluderar insatser som har flera mål, rör projektledning av själva överenskommelsearbetet eller är av övergripande karaktär.

Kategorin *information* samlar insatser som på olika sätt förbättrar informationen till patienter. Insatserna handlar om förlossningsförberedelse via föreställning, om bättre och mer lättillgänglig information om gynekologiska problem till patienter och om förbättrad information till nyblivna föräldrar via exempelvis bättre utnyttjande av IT-lösningar.

Avslutningsvis består kategorin *övrigt* av enstaka insatser som bland annat handlar om att främja anknytning, erbjuda assisterad befruktning, minska spridning av multiresistenta bakterier, förbättra klamydia-provtagning och smittspårning samt att förbättra rehabiliteringen efter gynekologisk cancer.

2.8.4 Insatser för att stärka mäns eller partners delaktighet

I överenskommelsen 2017–2019 anges att delaktiga män eller partners skapar bättre förutsättningar för kvinnors hälsa och att det är ett perspektiv som bör genomsyra vårdens förhållningssätt. Genom att under graviditet och i samband med förlossning arbeta hälsofrämjande med ett jämlikt stöd i föräldraskapet till både kvinnor och män, skapas förutsättningar för att

förbättra kvinnors hälsa och minska de ojämlika sjukskrivningstalen (överenskommelse 3).

Av de insatser som berör graviditetsvården bedöms endast nio insatser fokusera särskilt på män eller partners delaktighet under graviditet och förlossning. Vår bedömning skiljer sig dock från landstingens egna uppgifter, då landstingen uppgett att totalt 50 insatser har särskilt fokus på partners roll. Det har inte kunnat styrkas utifrån de beskrivningar som ges av insatserna, vilket dock inte behöver betyda att insatserna inte har haft ett sådant fokus.

De nio insatserna fördelar sig mellan två resultatområden och avser antingen insatser för att stärka *identifiering, bemötande och behandling* av kvinnor inom framför allt primärvården eller *andra insatser*. Det handlar till exempel om utbildning i jämställt föräldraskap och framtagande av föräldrastödsprogram. Av de nio insatserna bedöms fyra insatser också ha fokus på utrikes födda. Exempel på insatser är framtagande av en BB-app med information på olika språk till nyblivna föräldrar och rekrytering av kulturdoulor som ska ge stöd till den födande kvinnan och partnern under förlossningen.

2.9 DRYGT HÄLFTEN AV MEDLEN HAR ANVÄNTS TILL BEMANNING

I överenskommelserna anger parterna att förbättringar inom förlossningsvården främst ska ske genom att stärka bemanningen (överenskommelse 1 och 2). Det anges också i överenskommelserna att landstingen ska redovisa hur stor andel av medlen som de har använt till bemanning. Här redogör vi för hur landstingen har svarat på denna specifika fråga.

Under 2017 har 790 miljoner kronor delats ut till landstingen inom överenskommelserna (överenskommelse 2 och 3). Av dessa medel redovisar landstingen att 56 procent eller 440 miljoner kronor har använts till bemanning (inklusive utbildningstjänster) (tabell 6). Hälften av landstingen har angett att de använt 75 procent eller mer av dessa medel till bemanning. Att andelen av de samlade medlen som använts till bemanning ändå är så lågt beror på att stora landsting som Stockholm och Skåne använt en jämförelsevis låg andel av medlen från överenskommelserna till bemanning, 29 respektive 12 procent under 2017. Dessa två landsting utgör tillsammans 36 procent av befolkningen och har

alltså tillsammans fått mer än en tredjedel av överenskommelsernas medel.

Fem landsting har använt 90 procent eller mer av överenskommelsemedlen till bemanning under 2017: Västra Götaland, Region Östergötland, Landstinget Sörmland, Region Västmanland och Landstinget Västernorrland.

När landstingen har uppskattat hur stor del av medlen för 2018 som kommer att gå till bemanning är det tio landsting som uppskattar att andelen kommer att öka jämfört med 2017. Ett landsting anger att andelen av medlen som kommer från överenskommelserna som går till bemanning kommer att minska medan fem landsting anger oförändrad andel. Fyra landsting besvarade inte frågan.

Tabell 6. Medel som har använts till bemanning (inklusive utbildningstjänster), andel och totala kostnader samt antal tjänster år 2017.

Landsting	Tilldelat 2017, tkr	Rapporterad andel till bemanning, %	Motsvarar tkr till bemanning	Antal tjänster som tillsatts 2017
Stockholms läns landsting	179 446	29	52 039	153,4
Västra Götalandsregionen	132 231	90	119 008	59,2
Region Skåne	104 592	12	12 551	6,4
Region Östergötland	35 743	92	32 883	20,5
Region Uppsala	28 542	70	19 980	–
Region Jönköpings län	27 898	79	22 040	22,3
Region Halland	25 307	10	2 531	2
Region Örebro län	23 313	45	10 491	22,5
Landstinget Sörmland	22 753	90	20 478	27,5
Region Gävleborg	22 505	30	6 752	4
Landstinget Dalarna	22 473	81	18 203	31,5
Landstinget i Värmland	22 053	49	10 806	19,3
Region Västmanland	21 156	90	19 040	17,5
Västerbottens läns landsting	21 031	65	13 670	11
Region Norrbotten	19 834	73	14 479	22,6
Landstinget Västernorrland	19 423	95	18 452	22,2
Landstinget i Kalmar län	19 068	75	14 301	7
Region Kronoberg	15 368	66	10 143	25,4
Landstinget Blekinge	12 514	80	10 011	13
Region Jämtland Härjedalen	10 167	78	7 930	14,5
Region Gotland	4 584	85	3 896	0,9
Summa	790 000	56	439 683	502,7

Not: Frågan fanns ej med 2016. Källa: Landstingens redovisning 2017. Vårdanalys bearbetning.

2.9.1 Tillsatta tjänster per yrkesgrupp

Landstingen har redovisat att totalt 502 tjänster tillsatts under 2017 med finansiering från överenskommelserna. Av dessa finns 84 procent inom förlossningsvården vilket för vissa landsting innefattar mödravården, 8 procent inom annan slutenvård med inriktning mot kvinnosjukvård och 7 procent inom primärvården. I första hand har barnmorskor (132 tjänster), sjuksköterskor (53 tjänster) och undersköterskor (186 tjänster) anställts. Landstingen har också sammanlagt rekryterat läkare (30 tjänster) samt administrativ personal (33 tjänster). Ett mindre antal kuratorer, fysioterapeuter, dietister och tolkar har också anställts, sammanlagt har 17 sådana tjänster tillsatts genom medel från överenskommelserna.

I tabell 7 redovisas antalet tillsatta tjänster per yrkesgrupp och insatsområde under 2017 i heltidsekvivalenter.

Tabell 7. Antal tillsatta tjänster per yrkesgrupp 2017 inom förlossningsvård och slutenvård och i primärvård samt totalt.

Yrkesgrupp	Förlossningsvård och slutenvård	Primärvård	Totalt antal tjänster
Undersköterskor	183,9	1,6	185,5
Barnmorskor	120,6	11,3	131,9
Sjuksköterskor	47,6	5,8	53,4
Annan personal	44,7	6,9	51,6
Administrativ personal	31,9	1,1	33
Övriga läkare	16,5	5,5	22
Obstetiker	5	0	5
Kuratorer	4,9	1,1	6
Fysioterapeuter	3,7	1,1	4,8
Gynekologer	3,2	0	3,2
Tolkar	3	0	3
Dietister	0	3	3
Totalt	465,0	37,4	502,4

Not: Frågans lydelse: Vilka tjänster och hur många har ni tillsatt inom respektive område under 2017? (Deltider anges med decimaler). Frågan fanns ej med 2016. Källa: Landstingens redovisningar 2017. Vårdanalys bearbetning.



2.10 SYNPKUNKTER PÅ ÖVERENSKOMMELSERNAS UTFORMNING OCH GENOMFÖRANDE

Inom ramen för uppföljningen har vi gjort ett antal intervjuer med patientföreträdare, experter, verksamhetsföreträdare, forskare, företrädare för professionsorganisationer samt kontaktpersoner i landstingen och personer med olika befattningar i tre landsting. Denna intervjustudie är ett kvalitativt underlag och kan inte användas för att ge en representativ bild av dessa gruppers syn på överenskommelsearbetet.

Av intervjupersonerna anser merparten att inriktningen på överenskommelserna är motiverad. Vissa intervjupersoner pekar dock på att förlossningsvården inte är det enda området i behov av insatser. Områden som intervjupersonerna nämner är till exempel psykisk ohälsa bland både unga och äldre, och multisjuka äldre.

I intervjuerna lyfts visa problem med överenskommelserna och arbetet inom överenskommelserna. Ett gäller styrningen av överenskommelsearbetet. Vissa intervjupersoner upplever att det finns en otydlighet i överenskommelsernas utformning och flera efterfrågar tydligare instruktioner om hur och till vad medlen ska användas, det vill säga vilka områden som ska prioriteras. En intervjuperson föreslår att SKL kan bistå landstingen med tydligare riktlinjer för hur medlen ska användas och hur arbetet, beroende på landstingets storlek, kan organiseras.

Vissa intervjupersoner uppger att informationen kring överenskommelserna har kommit sent och att det gör det svårt för landstingen att planera i tillräckligt god tid. Några intervjupersoner påtalar att information om förändringar i överenskommelserna – genom tilläggsöverenskommelser, utökningar och förlängningar – inte har nått ut på ett tydligt sätt till alla som arbetar med insatserna. Här nämns också att det försvårar planeringen och en effektiv användning när medlen inte betalas ut i början av året. En kontaktperson menar att det har hanterats genom att man har agerat på tidig information om överenskommelserna och inte väntat på beslut för att planera arbetet.

Det finns också ett återkommande önskemål om långsiktighet. Exempelvis menar en intervjuperson att kvinnosjukvården framför allt behöver långsiktiga satsningar på arbetsmiljö och bemanning. Några intervjupersoner tycker också att det är ett problem att projekt ska utformas och genomföras i lägen där det finns bemanningsproblem och att fokus i stället borde vara på att arbeta långsiktigt med bemanning.

Samtidigt framhåller intervjupersonerna fördelar med att också småskaliga, innovativa projekt inom angelägna områden som inte tidigare har kunnat finansieras har kommit till stånd. Ytterligare positiva aspekter som lyfts fram är att tidigare planerade åtgärder som inte kunnat genomföras har kunnat sättas igång med finansiering från överenskommelserna. Överenskommelserna tillåter också insatser som pågår under längre tid vilket uppfattas som positivt.

Vissa intervjupersoner anger att överenskommelserna har inneburit att de kunnat höja medvetenheten om problem inom förlossningsvård och kvinnohälsa. En intervjuperson uppger exempelvis att pengarna från överenskommelserna inneburit möjligheter att få tänka lite nytt och därmed "blivit en skjuts" för utvecklingen.

Vissa intervjuade som uppfattar att överenskommelsearbetet är värdefullt ser samtidigt en risk i att de insatser som genomförs inte är tillräckligt evidensbaserade. I intervjuerna lyfts därför att det är viktigt att satsa på uppföljning av de insatser som genomförts och på att återföra förvärvade kunskaper till landstingen över landstingsgränserna. Några intervjupersoner uppger också att bredden och mängden insatser och projekt som genomförs kan innebära svårigheter att göra bra utvärdering. En intervjuperson ser en risk att överenskommelserna inte kommer leda till mätbara effekter eftersom det saknas en övergripande nationell plan.

I några intervjuer framkommer synpunkter på att insatserna inte i tillräcklig utsträckning kommer utsatta målgrupper till del. Flera områden lyfts som utmaningar – till exempel primärvård och mödravård i socioekonomiskt utsatta områden och socioekonomiska och språkliga ojämlikheter i gravidas möjligheter att göra informerade val längs hela vårdkedjan.

I intervjuerna framkommer också synpunkter på möjligheterna till insyn i hur landstingen valt att använda medlen från överenskommelserna och de pekar på att det inte går att följa medlens användning. Vissa intervjupersoner tycker heller inte att de har sett tillräckligt mycket av medlen. Det finns en efterfrågan från såväl patientföreträdare, som andra intervjupersoner, på lättillgänglig information om vad medlen från överenskommelserna använts till.

2.11 SLUTSATSER

Utifrån vår uppföljning av arbetet inom överenskommelserna åren 2015–2017 drar vi följande slutsatser:

2.11.1 Överenskommelsernas intentioner svarar mot kända behov men täcker inte hela den kända problembilden

Det är motiverat att arbeta för att utjämna skillnader i vård och hälsa mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor i samhället och mellan olika delar av landet. Vår genomgång av kända utmaningar och behov när det gäller skillnader mellan kvinnors och mäns hälsa och vård visar också att det är motiverat att stärka hälso- och sjukvården för att främja kvinnors hälsa och särskilt utveckla vården för kvinnor i vissa grupper. Vår genomgång visar även att det är motiverat att utveckla vården av gravida och födande, till exempel utifrån skillnader i den vård som ges (till exempel andel som får bedövning med epidural) och i vårdens utfall (andel bristningar grad 3 och 4 i olika landsting) i olika delar av landet, men det finns också utvecklingsbehov när det gäller att göra vården mer personcentrerad genom bättre bemötande, delaktighet, samordning och kontinuitet i vården. Detta kräver dock kunskap om vad som är en bra vård ur individens perspektiv – något som delvis saknas i dag.

Vi ser också att de resultatområden som pekas ut i överenskommelserna har betydelse för de övergripande målen för överenskommelserna. Vi har dock inte gjort någon bedömning av om de resultatområden som pekas ut av regeringen och SKL är de mest relevanta resultatområdena utifrån behoven. Däremot kan vi se att det utifrån kända behov och utmaningar saknas ett resultatområde när det gäller psykisk ohälsa. Kvinnor är i större utsträckning än män sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och vid slutet av 2017 var hälften av de pågående sjukfallen hos kvinnor orsakade av psykisk ohälsa. Det är således ett område som det skulle vara motiverat att arbeta med för att motverka sjukskrivningar hos kvinnor och förbättra kvinnors hälsa – vilket motsvarar satsningens övergripande syfte. Detta är också något som flera landsting har arbetet med inom ramen för överenskommelserna. Det pågår samtidigt en satsning på psykisk hälsa genom bland annat överenskommelse mellan staten och SKL.

Det fanns heller inget tydligt utpekade resultatområde som specifikt rörde bemötande och personcentrering i hela graviditetsvårdkedjan i den första överenskommelsen, samtidigt som vi ser att det finns utmaningar

när det gäller bland annat bemötande, kontinuitet och delaktighet. Detta framkommer delvis i den andra och tredje överenskommelsen och i den fjärde som gäller 2018 är detta än tydligare med formulerade mål för hela graviditetsvårdkedjan. Att vården kan bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser framkommer också i SKL:s kartläggning av förbättringsområden (SKL 2016).

Resultatområdena är olika relevanta för att stärka kvinnors hälsa i olika delar av landet – till exempel är bemanningsutmaningarna när det gäller förlossningsvård större i vissa delar av landet än i andra.

2.11.2 Huvuddelen av insatserna sker inom resultatområdena men det görs också många insatser med annat fokus

Vi ser att landstingen genomför insatser som tar sikte på de övergripande behov och utmaningar för kvinnors hälsa som är kända i dagsläget. Det finns också insatser för alla de resultatområden som pekats ut i överenskommelserna. Flera av insatserna kan mycket väl ha potential att påverka situationen i de enskilda landstingen. Bredden av insatser inom ett stort område gör det dock svårt att uppskatta i vilken utsträckning det samlade arbetet kommer påverka omotiverade skillnader i vård och hälsa mellan män och kvinnor, och skillnader mellan olika grupper av kvinnor.

Det har inte varit möjligt att följa hur mycket medel som avsatts till olika insatser inom ramen för överenskommelserna. Det beror på att landstingen i liten utsträckning har kunnat redovisa detta, vilket i sin tur förklaras av att det i överenskommelserna inte finns sådana krav på landstingen, med undantag för bemanning. Det gör att vi inte kan få en bild av vilka resultatområden som resursmässigt har varit störst. Vi kan därför inte göra en bedömning av om prioriteringen av insatser resursmässigt motsvarar de intentioner som på olika sätt uttrycks i överenskommelserna.

Vi har i uppföljningen i stället fått utgå från antalet insatser. Att titta enbart på antal insatser säger dock lite om hur stora insatserna är. Vi ser att antalet insatser per landsting varierar liksom genomsnittlig kostnad per insats.

Med det sagt ser vi att det finns en stor bredd i de insatser som landstingen arbetat med inom ramen för överenskommelserna. Alla landsting har påbörjat eller genomfört insatser för att stärka bemanningen och kompetensförsörjningen. Nästintill alla landsting har också arbetat med insatser som handlar om att förbättra identifiering, bemötande och

behandling av kvinnor inom framför allt primärvården. Detta är två viktiga resultatområden som pekas ut i överenskommelserna. Ett tredje område som sticker ut är insatser för att minimera förlossningsskador, ett område där nästan alla landsting har genomfört en eller flera insatser. Två områden som på olika sätt uttrycks som prioriterade i överenskommelserna är insatser för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor samt insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor generellt, men särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. Vår bedömning är dock att endast en mindre andel av insatserna har genomförts inom dessa områden.

En femtedel av insatserna ligger utanför något av de identifierade resultatområdena. Vår bedömning är att inriktningen på majoriteten av de insatserna är relevant för de övergripande målen och syftet med överenskommelserna.

Vi ser också att flera landsting har valt att genomföra insatser för att minska psykisk ohälsa och stressrelaterad ohälsa hos kvinnor. Det gäller både för kvinnor i samband med graviditet och för kvinnor generellt.

I överenskommelserna pekas förbättrade kunskapsstöd ut som ett resultatområde. På nationell nivå har Socialstyrelsen, SKL och SBU genomfört arbeten som bidrar till det samlade kunskapsstödet. Även arbetet med att de nationella kvalitetsregistren på dessa områden har en viktig roll, till exempel har Graviditetsregistret satt målvärden för förbättringar inom vissa områden. De utvecklade kvalitetsregistren och den nationella graviditetsenkäten kommer också innebära förbättrade möjligheter för uppföljning och utveckling. Däremot saknas dock fortfarande en tydlig nationell samordning kring kunskapsstöden för dessa områden och en strategi för implementering. Det nationella programrådet för Kvinnosjukvård och förlossning som är under uppstart är tänkt att ha en central roll i det.

2.11.3 Flera insatser för att nå särskilda målgrupper men ett stort arbete krävs för att utjämna omotiverade skillnader

Överenskommelserna syftar bland annat till att främja en jämlik hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Landstingen genomför också insatser som syftar till att stärka vården för vissa grupper med sämre hälsoutfall, särskilt har man fokuserat på utlandsfödda kvinnor. Givet de utmaningar som finns behöver landstingen göra mer för att möta

behoven och bidra till att utjämna omotiverade skillnader i hälsa mellan grupper. Vår bedömning är också att landstingens insatser inte har fokus på särskilda målgrupper i den utsträckning som kan förväntas utifrån skrivelserna i överenskommelserna, särskilt inte avseende insatser inom primärvården.

För flera insatser har landstingen rapporterat ett särskilt fokus på en eller flera specifika målgrupper såsom utrikes födda eller socioekonomiskt utsatta områden. Men i många fall bedömer vi att insatsen har varit av mer generell karaktär, utifrån den information landstingen har lämnat om insatsen. Uppgifterna om särskilt fokus behöver tolkas med stor försiktighet.

För den del av överenskommelserna som handlar om primärvården anges att samtliga insatser ska syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden. Vår bedömning är att omkring en tredjedel av insatserna inom resultatområdet *Identifiering, bemötande och behandling* som involverar primärvården (inklusive mödravården) är särskilt inriktade på utrikes födda eller socioekonomiskt utsatta områden. Landstingens egna uppgifter ger visserligen att drygt hälften av insatserna fokuserar på utrikes födda eller socioekonomiskt utsatta områden, vilket är en betydligt större andel, men fortfarande har nästan hälften av insatserna inte haft ett sådant fokus som enligt överenskommelserna är särskilt prioriterat. Det finns också exempel på insatser som är i linje med parternas ambition att främja innovativa metoder för att utveckla vården för kvinnor till exempel i socioekonomiskt utsatta områden, men det är ett fåtal landsting som står för dem.

Det ska tilläggas att skrivningarna i överenskommelserna öppnar för olika tolkningar gällande vilken typ av insatser som ska prioriteras, då det också uttrycks att landstingen i första hand ska välja insatser som skapar förutsättningar för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor.

Ett perspektiv som lyfts fram som något som ska genomsyra vårdens förhållningssätt är delaktiga män eller partners. Här bedömer vi att det endast är en liten andel av insatserna inom graviditetsvården särskilt fokuserar på att stärka delaktigheten för män eller partners.

Några landsting verkar ha arbetat huvudsakligen med generella insatser där de erbjuder alla samma vård och förbättrar basvården för alla kvinnor. Det kan ifrågasättas om det gör att skillnaderna mellan grupper kommer

att minska, vilket är ett syfte med överenskommelserna. Det har också framkommit i våra intervjuer att det finns utmaningar att nå och förbättra vården för olika grupper med sämre förutsättningar, både metod- och kompetensmässigt. Här finns därför behov av lärande mellan landstingen men också av uppföljning och utvärdering av insatser.

Sammanfattningsvis ser vi att det finns flera goda initiativ som inom vissa områden kan förbättra utfallet för specifika målgrupper, och därmed på sikt bidra till en mer jämlik hälsa men mycket arbete återstår för att utjämna skillnader mellan olika grupper i vård och hälsa, givet stora utmaningar.

2.11.4 Patienter och andra målgrupper har inte involverats i arbetet vilket riskerar att leda till sämre resultat

Överenskommelserna om att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa föregicks inte av någon nationell behovsanalys där utmaningar och behov identifierades utifrån ett patientperspektiv. För att stödja landstingen i prioriteringsarbetet i det inledande skedet av överenskommelsearbetet genomförde SKL en kartläggning av förbättringsområden inom förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa som utkom i juni 2016. I mars 2018 presenterades också en kartläggning av hur vårdkedjan för gravida och födande fungerar i olika landsting (SKL 2018c).

SKL:s kartläggningar har varit ett stöd i landstingens arbete men vi ser ändå att det saknas kunskap om hur vården av gravida och födande fungerar ur ett patientperspektiv och vad som är god kvalitet i vården utifrån ett patientperspektiv. Den kunskapen är viktig för att kunna prioritera och fokusera på rätt saker i utvecklingsarbetet och kunna åstadkomma strukturella förändringar av vårdens organisation från ett patientperspektiv. Sådan kunskap bör utvecklas nationellt, men också regionalt utifrån den egna befolkningen i landstingen.

I uppföljningen av vad som gjorts inom överenskommelserna ser vi också att det nästan helt saknas involvering av patienter eller andra målgrupper i utformningen av insatserna, liksom i prioriteringar av insatser. Sammantaget gör det att det är svårt att veta om landstingen fokuserar på rätt åtgärder för att göra vården mer anpassad utifrån behoven hos olika grupper av kvinnor och förbättra till exempel bemötande, delaktighet, kontinuitet – det vill säga göra vården mer personcentrerad.

Den tidigare nämnda nationella graviditetsenkäten ska kunna ligga till grund för utveckling av vården. Det är positivt att en nationell uppföljning av vården av gravida och födande, ur individernas perspektiv, ska införas brett. Men vi ser också att det behövs ytterligare kunskap om vad som är kvalitet, kontinuitet, medbestämmande och delaktighet i vården ur gravida kvinnors och deras partners perspektiv.

2.11.5 Drygt hälften av medlen har använts till bemanning och utbildningstjänster

Ett mål för överenskommelserna är att särskilt stärka bemanningen i förlossningsvården. Landstingen har hittills gjort skilda prioriteringar och olika bedömningar av behoven när det gäller bemanning. Alla landsting har initierat insatser kopplat till resultatområdet *Bemanning och kompetensförsörjning*.

Men det finns en ganska stor spridning mellan landstingen i hur stor andel av medlen som har använts till bemanning. Hälften av landstingen har använt mer än 75 procent av medlen 2017 till bemanning eller utbildningstjänster men andelen varierar mellan 10 procent och 92 procent. Totalt har 56 procent av överenskommelsens medel under 2017 använts till bemanning, och landstingens prognoser tyder på att andelen kommer att öka under 2018.

Bemanningsituationen inom förlossningsvården är ansträngd i flera delar av landet och landstingen står fortfarande inför stora pensionsavgångar. I vår uppföljning har också intervjupersoner påtalat att det är problematiskt att anställa personal som man efter satsningens slut saknar finansiering för.

Det finns också svårigheter för somliga landsting att hitta personer med rätt utbildning och kompetens att anställa eftersom det råder brist på vissa yrkesgrupper på flera håll i landet, exempelvis barnmorskor men också andra yrkesgrupper. Landstingen har därför genomfört insatser som handlar om att vidareutbilda personal till vissa yrken, för att därigenom säkra kompetensförsörjningen. Det är också vanligt med utbildningsinsatser för att stärka personalens kompetens generellt.

Att många insatser gällande bemanning och kompetensförsörjning fokuserar på utbildning och kompetensutveckling kan ge förutsättningar för mer bestående resultat. Detta kompletterar förstärkningen av nybörjarplatser på sjuksköterske- och barnmorskeprogrammen. Men

utbildning och annan kompetensutveckling behöver också vara en del av den kontinuerliga verksamheten, som landstingen ska arbeta med långsiktigt oavsett särskilda medel. Tillfälliga medel i en statlig satsning kan inte lösa kompetensförsörjningssituation på sikt – för det behövs mer långsiktiga åtgärder som också innefattar ändrade arbetssätt i vården.

Sammantaget ser vi att alla landsting har arbetat med bemanning och kompetensförsörjning, genom till exempel rekrytering och utbildningstjänster. Trots dessa insatser kommer kompetensförsörjningen fortsätta att vara en utmaning i flera delar av landet och det är inte troligt att de insatser som initierats är tillräckliga för att lösa problemen i de landsting som har allra svårast att säkerställa en god kompetensförsörjning.

2.11.6 Styrningen av överenskommelserna ger landstingen frihet men bidrar till osäkerhet

Överenskommelserna omfattar flera mål och syften som beskrivs på övergripande nivå. Utöver övergripande målsättningar beskrivs också ett antal områden där regeringen och SKL vill se en utveckling. Dessutom nämner överenskommelserna flera olika målgrupper som viktiga att ha i fokus som socioekonomiskt utsatta grupper och områden, våldsutsatta kvinnor, delaktiga partners i graviditetsvården med flera. Det framgår däremot inte vad som är ett önskvärt tillstånd eller när målen ska anses vara uppnådda. Det heller inte tydligt vad som är mer eller mindre prioriterat. Ett exempel är insatserna inom primärvården där det anges att landstingen i första hand ska välja insatser så att de skapar bättre förutsättningar för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor. Samtidigt står att samtliga insatser ska syfta till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden (överenskommelse 1).

Att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur tilldelade medel ska användas och för vilka ändamål, är i linje med regeringens arbete mot en mer tillitsbaserad styrning, se bland annat kommittédirektiv till Tillitsdelegationen (Dir.2016:51). Tillvägagångssättet gör det möjligt för landstingen att använda medlen på det sätt de själva bedömer mest effektivt och ändamålsenligt utifrån behoven lokalt och regionalt. Eftersom behoven varierar finns klara fördelar med det. Det förutsätter dock att landstingen och verksamheterna har kunskap om vilka behov som finns och

vilka insatser som är relevanta att fokusera på. Det får också konsekvenser för möjligheterna att följa upp och utvärdera det arbete som genomförs.

Överenskommelserna föregicks inte av någon nationell behovsanalys, utan det har varit upp till de olika landstingen att göra sådana för att utifrån de analyserna kunna prioritera bland insatser och målgrupper. Vi ser att vissa landsting har gjort mer omfattande analys- och planeringsarbeten just för dessa överenskommelser, andra har använt sig av tidigare planer och strategiarbeten för att fördela medlen och ytterligare andra landsting har kanaliserat medlen ganska direkt till verksamheterna utifrån redan kända behov.

Kombinationen av överenskommelsernas breda mål, många utpekade resultatområden, särskilda fokus på bemanning och stor frihet för landstingen att själva bedöma hur medlen ska användas, har skapat viss osäkerhet både kring hur medlen ska användas och kring hur medlen faktiskt används. Det är svårt att överblicka vilka mål landstingen ska fokusera på och vilka prioriteringar som gäller mellan områden och målgrupper. Det gäller inte minst insatserna inom primärvården.

Överenskommelsen 2018–2019 har delvis en annan struktur än tidigare överenskommelser, och parterna har här enats om ett antal mål för vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård. Det finns också ett antal särskilda redovisningskrav som bland annat avser hur tilldelade medel använts för att förbättra arbetsmiljön och bemanningssituationen samt att landstingen ska redovisa nuläge i förhållande till de mål som satts upp för vårdkedjan (överenskommelse 4). Vi ser det som positivt att parterna har formulerat tydligare mål i den senaste överenskommelsen. I slutrapporten 2020 kommer vi att följa upp arbetet med överenskommelsen 2018–2019.

2.12 VÅRA REKOMMENDATIONER

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att tillsammans med landstingen förtydliga målen med överenskommelserna och prioritera tydligare mellan mål och områden*

Målen för överenskommelserna är flera och beskrivna på övergripande nivå men överenskommelserna pekar också ut en rad olika områden där regeringen och SKL vill se en utveckling. Dessutom nämner överenskommelserna flera olika målgrupper som viktiga att ha i fokus.



Samtidigt lämnar överenskommelserna stor frihet till landstingen att själva besluta om insatser utifrån behov. Sammantaget gör detta att det är svårt att överblicka vilka mål landstingen ska fokusera på och vilka prioriteringar som gäller mellan områden och målgrupper, detta gäller inte minst insatserna inom primärvården. Detta gör det otydligt för dem som ska genomföra arbetet, men också för medborgare och patienter som önskar insyn i arbetet. Det kan också tilläggas att det gör det svårare att genomföra en uppföljning eller utvärdering som blir användbar.

Vi rekommenderar regeringen att överväga att tillsammans med landstingen tydliggöra den strategiska inriktningen för överenskommelserna. Parterna bör förtydliga målen och säkerställa att de tar sikte på vad som ska uppnås men också prioritera tydligare mellan mål, områden och målgrupper. Vi uppfattar att detta i viss mån redan har påbörjats i och med överenskommelsen 2018. Vägen till att nå målen kan med fördel lämnas fri för landstingen men kombineras med tydligare fokus på uppföljning av olika insatser och lärande mellan landstingen kring vad som är fungerande insatser till exempel för att utveckla delar av vården för vissa målgrupper. Regeringen och landstingen också fortsätta att arbeta med att identifiera vilka stöd som landstingen behöver och vad som kan samordnas nationellt.

En konsekvens av detta skulle också bli att vår uppföljning av överenskommelserna kan fokusera mer på att mäta om målen uppnås.

► *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att styra insatserna mot särskilda målgrupper*

För att bidra till att utjämna omotiverade skillnader och möta de utmaningar som kommer av exempelvis en högre andel utlandsfödda kvinnor som föder barn i Sverige, behövs nya arbetssätt inte minst när det gäller tillgänglighet, bemötande och delaktighet. Skillnader mellan grupper behöver analyseras nationellt liksom i landstingen och nya arbetssätt och lösningar behöver utvecklas. Målgrupperna behöver också involveras i utvecklingsarbetet. Flera landsting har initierat insatser med fokus på särskilda målgrupper – det som har varit tydligast i fokus är utrikesfödda kvinnor. Det är positivt, men arbetet behöver fortsätta och öka i omfattning.

Vi rekommenderar regeringen att i större utsträckning styra insatserna mot målgrupper med sämre hälsoutfall, stödja lärande

mellan landstingen och främja kunskapsutveckling om hur vården kan utvecklas för dessa grupper. Vi rekommenderar också landstingen att i större utsträckning fokusera insatser på grupper som vården har svårt att nå, grupper med sämre hälsoutfall och grupper som uppger sig ha sämre erfarenheter av vården. För att öka kunskapen om vad som är framgångsrika arbetssätt är det angeläget att enskilda insatser riktade mot särskilda målgrupper följs upp och utvärderas. Det gäller särskilt insatser som handlar om att pröva nya metoder och testa nya innovativa arbetssätt.

▶ *Vi rekommenderar landstingen att i högre grad involvera patienter och berörda målgrupper i arbetet*

Landstingen har gjort egna behovsanalyser och prioriteringar om insatser utifrån regionala och lokala behov. I behovsanalyserna och i arbetet med prioriteringar av insatser har patienter eller patientföreträdare och de målgrupper som man vill göra en förändring varit involverade i mycket liten utsträckning. Att utgå från patienter och medborgares behov, genom att också involvera dem i utvecklingsarbetet, förbättrar förutsättningarna för en mer personcentrerad vård. När det gäller till exempel graviditetsvårdkedjan finns stora möjligheter till hög grad av delaktighet.

Vi rekommenderar landstingen att i högre grad involvera patienter och målgrupper i behovsanalyser men också i utformningen och genomförandet av insatser och i vårdens utvecklingsarbete. Ett sådant arbete behöver vara genomtänkt ur ett jämlikhetsperspektiv, och skapa förutsättningar för deltagande för en bredd av patienter och medborgare. Särskilda åtgärder kan behövas för att inhämta perspektiv från patienter och medborgare som vården har svårt att nå, bemöta och omhänderta. Det finns annars en risk sådana grupper missgynnas.

▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att fokusera mer på lärande inom ramen för överenskommelsearbetet*

Vi ser att arbetet inom överenskommelserna skulle kunna bli mer effektivt och få bättre förutsättningar att leda till långsiktigt hållbara resultat om landstingen kunde lära mer av varandra. Detta skulle också göra det möjligt att snabbare sprida arbetssätt som visat sig fungera väl inom ett landsting till andra landsting. Detta gäller inte minst i insatser



för att utveckla vården så att den blir mer personcentrerad och i insatser som ska stärka vården för vissa grupper med sämre hälsoutfall och sämre erfarenheter av vården.

Vi rekommenderar därför regeringen att tydligare styra överenskommelserna mot att främja lärande mellan landstingen. En förutsättning för sådant lärande är att enskilda insatser följs upp och utvärderas. Vi rekommenderar också landstingen att inom områden där det saknas kunskap och metoder tillsammans planera, genomföra, följa upp och lära från insatser.

- ▶ *Vi rekommenderar landstingen att tydligare kommunicera till medborgare och medarbetare hur medlen från överenskommelserna används*

Vår bedömning är att det är viktigt ur ett patient- och medborgarperspektiv att landstingen är transparenta i hur de prioriterat och använt medlen från överenskommelserna och också kommunicerar det på ett lättillgängligt sätt. Det behövs också för de som arbetar i de olika verksamheterna som är berörda av överenskommelsearbetet. Vi rekommenderar landstingen att förbättra informationen om överenskommelsearbetets omfattning, inriktning, prioriteringar och tidsramar till berörda verksamheter men också se till att information finns tillgänglig för patienter och medborgare.

3 Uppföljning av avgiftsfri mammografiscreening

Kapitlet i korthet

I Sverige rekommenderades mammografiscreening av Socialstyrelsen 1986 och infördes därefter i alla landsting. Genom mammografiscreening är det möjligt att på ett tidigt stadium upptäcka bröstcancer och därmed minska riskerna för förtida död.

Den 1 juli 2016 infördes avgiftsfrihet för mammografiscreening för kvinnor 40–74 år (lagen (2016:659) och förordningen (2016:660) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården samt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF- FS 2016:63) om avgiftsfri screening för bröstcancer med mammografi). Patientavgiften för mammografiscreening varierade mellan landstingen fram till dess att lagförändringen om avgiftsfri mammografiscreening infördes 1 juli 2016. Syftet med reformen var att öka deltagandet i mammografiscreeningen, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper (prop. 2015/16:138, s. 12-14). Reformen ingår som en del i regeringens arbete för att stärka kvinnors hälsa och uppnå en mer jämlik vård (prop. 2015/16:138, s. 5). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa upp reformen fram till 2020 och det här kapitlet är vår delrapportering av uppdraget.

Det är för tidigt att bedöma om avgiftsfriheten har inneburit förändringar av deltagandet i mammografiscreening. Det återkommer vi till i slutrapporten 2020. I delrapporten undersöker vi följande frågeställningar:

- Finns det behov av att öka deltagandet i mammografiscreening, och är behovet större i vissa grupper?
- Kan avgiftsfrihet öka deltagandet i mammografiscreening?
- Hur har landstingen arbetat för att informera kvinnor i olika målgrupper om avgiftsfriheten?
- Finns det skillnader i landstingens mammografiscreening som skulle kunna påverka deltagandet?

För att besvara frågorna har vi samlat in data från flera källor: en litteraturstudie, intervjuer med forskare, experter, patientföreträdare och verksamhetsföreträdare, en enkätundersökning till ansvariga för mammografiscreeningen i samtliga landsting, samt genomgång kallelsebrevens utformning. Utifrån uppföljningen drar vi ett antal slutsatser.

Sverige har ur ett internationellt perspektiv ett högt deltagande i mammografiscreening. Men enligt forskningen varierar deltagandet i mammografiscreening i olika grupper, och utifrån det kan det finnas behov av att stärka deltagandet i vissa grupper – exempelvis hos personer med lägre utbildningsnivå, lägre inkomst och bland utrikesfödda.

Avgiftsfrihet är en insats bland flera möjliga som studerats vetenskapligt och som kan bidra till ett ökat deltagande i mammografiscreening. Vi ser också att mammografiverksamheterna runt om i landet har genomfört andra insatser för att stärka deltagandet, exempelvis ökade möjligheter att omboka tid och information på flera språk än svenska.

Vi ser sammantaget att det finns ett värde ur patienters och medborgares perspektiv att det offentliga erbjudandet om mammografiscreening är likvärdigt i hela landet. Men för att reformen ska få den effekt som är avsedd är det viktigt att nå ut med information om avgiftsfriheten. Vi ser att det kan finnas behov av att stärka informationen om avgiftsfriheten.

Vidare konstaterar vi att det behövs bättre möjligheter att följa upp deltagandet i mammografiscreening. Vi kan inte följa deltagandet på nationell nivå eller på landstingsnivå på ett enkelt sätt – inte för deltagandet i stort och än mindre utifrån olika grupper. Ett nationellt kvalitetsregister är under utveckling, och beräknas vara i bruk under 2018. Det är en förutsättning för att kunna analysera förändringar i deltagandet och också för att kunna se om deltagandet skiljer sig åt i olika grupper.

Utifrån våra analyser och slutsatser lämnar vi följande rekommendationer:

- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga insatser för att öka kännedomen om avgiftsfriheten.
- Vi rekommenderar landstingen att följa upp deltagandet i mammografiscreening för olika grupper och med riktade insatser stärka deltagandet i grupper där deltagandet är lågt.
- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att säkerställa att en nationell uppföljning kommer på plats till nytta för utveckling och forskning.

3.1 EN REFORM FÖR ATT ÖKA DELTAGANDET I MAMMOGRAFISCREENING GENOM AVGIFTSFRIHET

Mammografiscreening rekommenderades av Socialstyrelsen 1986 och infördes 1986–1997 (Olsson 2000). Den första juli 2016 infördes avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år (lagen (2016:659) och förordningen (2016:660) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården samt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF- FS 2016:63) om avgiftsfri screening för bröstcancer med mammografi.

Enligt regeringens proposition var syftet med reformen att öka deltagandet i mammografiscreening, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper. Kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden deltar, enligt regeringen, i mindre utsträckning i mammografiscreening än andra kvinnor. Samtidigt har de kvinnor som har drabbats av bröstcancer och som har inbjudits till screening, men inte deltagit, högre dödlighet i sin sjukdom än övriga (prop. 2015/16: 138 avsnitt 4.3.1, sid 9). Regeringen hänvisar också till en uppföljning av införande av avgiftsfri mammografiscreening i Stockholms läns landsting 2012, som visade på en ökning av deltagandet med 3 procent 2012–2014 och med upp till 6 procent i områden med hög andel utlandsfödda (Törnberg 2014). Regeringen hänvisar också till en sammanställning av flera forskningsstudier (Stone 2002) som visar att låg eller ingen avgift kan vara en av de mest avgörande faktorerna för ett högre deltagande i mammografiscreening (prop. 2015/16:138, avsnitt 4.3.1, sid 8).

Före reformen varierade patientavgiften för mammografiscreening mellan landstingen från ingen avgift alls till en avgift på 200 kronor. I och med reformen erbjuds kvinnor i åldrarna 40–74 år över hela landet att

delta i mammografiscreening utan att betala någon patientavgift, vilket beräknas medföra minskade intäkter och ökade kostnader för landstingen. Staten kompenserar därför landstingen varje år för inkomstbortfallet. Kompensationen 2016 var 100 miljoner, och från och med 2017 är den 207 miljoner per år (prop. 2015/16:138, avsnitt 8.3, s. 18).

3.2 UPPFÖLJNING AV REFORMEN

Enligt vårt uppdrag från regeringen ska vi följa upp och analysera införandet av avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år (S2016/06724/FS). Som grund för vår uppföljning har vi tagit fram en modell, skapad utifrån en programteoretisk ansats, för att förtydliga reformens tänkta orsakssamband – se figur 21. Syftet med reformen är enligt regeringen att öka deltagandet i mammografiscreening, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper (prop. 2015/16:1 s. 59). Vi har tolkat ett ökat deltagande i mammografiscreening som det eftersträlvade *resultatet* av reformen, vilket på sikt ska leda till den önskade *effekten* tidigare upptäckt av bröstcancer i en större andel av befolkningen och därmed minskad dödlighet. Den *aktivitet* som genomförs är införande av avgiftsfri mammografiscreening. Det ska tilläggas att även andra aktiviteter kan påverka deltagandet. Vidare kan deltagandet påverkas av interna och externa faktorer. För mer information om den programteoretiska ansatsen som vi använder, hänvisar vi till kapitel 1.

Figur 21. Programteoretisk modell för införande av avgiftsfri mammografiscreening.



I den här delrapporten besvarar vi följande frågor:

- Finns det behov av att öka deltagandet i mammografiscreening och är behovet större i vissa grupper?
- Kan avgiftsfrihet öka deltagandet i mammografiscreening?
- Hur har landstingen arbetat för att informera kvinnor i olika målgrupper om avgiftsfriheten?
- Finns det skillnader i landstingens mammografiscreening som skulle kunna påverka deltagandet?

Det går ännu inte att bedöma om reformen har inneburit ett ökat deltagande i mammografiscreening för kvinnor 40–74 år generellt, eller i socioekonomiskt utsatta grupper. Det kommer vi, tillsammans med frågor om reformens hållbarhet över tid, att belysa i vår slutrapport 2020 – se avsnitt 3.8. Däremot kommer vi inte att följa upp om avgiftsfriheten leder till någon effekt i form av tidigare upptäckt av bröstcancer och därmed en minskad dödlighet i sjukdomen för en större andel i befolkningen, eftersom uppföljningstiden är för kort för att sådana effekter ska kunna påvisas. Även med en längre uppföljningstid är sådana effekter svåra att härleda specifikt till avgiftsfriheten.

3.2.1 Flera olika datakällor och metoder används i uppföljningen

I vår uppföljning av införandet av avgiftsfri mammografiscreening har vi använt oss av följande metoder och datakällor:

- strukturerad litteraturstudie
- enkätundersökning till samtliga ansvariga för screeningverksamheterna
- intervjuer med patientföreträdare, experter, forskare samt verksamhetsföreträdare
- analys av kallelsebrevens utformning.

I litteraturstudien undersökte vi i vilken utsträckning (om alls) olika insatser påverkar deltagandet i mammografiscreening, till exempel avgiftsfrihet, informationskampanjer och mobila enheter. Vi undersökte även vilka grupper av kvinnor i Sverige som inte deltar i mammografiscreening. För att besvara de två frågorna genomförde vi två separata litteratursökningar och sammanställningar av forskningsstudier (se bilaga 6)

Mellan december 2017 och januari 2018 lät vi alla ansvariga för mammografiscreeningen i samtliga landsting besvara en webbenkät. Enkäten innehöll frågor som syftade till att ge mer ingående kunskaper om hur verksamheterna arbetar med frågor som kan ha betydelse för deltagandet i mammografiscreening och om de har sett några tidiga förändringar efter att avgiftsfriheten infördes (se vidare bilaga 3).

Inom ramen för uppföljningen har vi även genomfört intervjuer för att bland annat ge mer ingående kunskaper om utmaningar och faktorer som påverkar deltagandet (se bilaga 5). Det är ingen representativ intervjuundersökning utan ett underlag som syftar till att belysa olika perspektiv på reformen och ge underlag för fortsatt diskussion.

Vi har också tagit del av de kallelsebrev som används i landstingen.

3.2.2 Kapitlets disposition

Kapitlet inleds i avsnitt 3.3–3.4 med en beskrivning av mammografiscreeningens betydelse, patientavgifter innan reformen trädde i kraft samt läget kring deltagandet i mammografiscreening i Sverige jämfört med andra länder. Vi fortsätter i avsnitt 3.5–3.6 med en redogörelse utifrån vår intervju- och litteraturstudie om vilka faktorer som kan påverka deltagandet. I avsnitt 3.7 beskriver vi andra insatser som genomförts i landstingen för att öka deltagandet i mammografiscreening, tillsammans med uppfattningen hos verksamhetsansvariga om utvecklingen av deltagandet i screening sedan reformens införande. Vi beskriver sedan i avsnitt 3.8 hur vi kommer att följa upp reformen till slutrapporten 2020. Slutligen redogör vi i avsnitt 3.9–3.10 för våra slutsatser så här långt och ger några rekommendationer.

3.3 SCREENING BIDRAR TILL ATT BRÖSTCANCER UPPTÄCKS TIDIGARE

Bröstcancer är den vanligaste tumörsjukdomen hos svenska kvinnor och cirka 9 000 kvinnor får diagnosen varje år (Socialstyrelsens statistikdatabas). Under 2016 avled totalt 1 391 kvinnor av bröstcancer (Socialstyrelsens statistikdatabas). En av de viktigaste faktorerna för om cancer kan botas eller inte är i vilket skede en tumör diagnostiseras. En tidigare upptäckt av cancern ger ofta en bättre möjlighet till bot och längre överlevnad.

Genom mammografiscreening är det möjligt att på ett tidigt stadium upptäcka bröstcancer. Kombinationen av tidiga upptäckter och förbättrade behandlingsmetoder har medfört att allt fler botas från bröstcancer (Socialstyrelsen 2014a). Enligt Socialstyrelsen sänker mammografiscreening dödligheten i bröstcancer med 16–25 procent (Socialstyrelsen 2014a). Entydiga data visar att mammografiscreening alltid ger en minskad dödlighet på gruppnivå och att omfattningen av den medicinska tilläggsbehandlingen minskar jämfört med om cancer upptäcks av vården efter att patienten sökt för besvär (Socialstyrelsen 2014a). Mammografiscreening är en metod som inte är tidskrävande att genomföra och som erbjuder goda möjligheter att hitta och utesluta bröstcancer.

Mammografiscreening är ingen hundra procentig metod för att upptäcka bröstcancer. Särskilt hos yngre kvinnor med tät bröstvävnad kan det vara svårt att upptäcka en tumör med denna metod (Socialstyrelsen 2014a). Screeningprogrammet kan också leda till att bröstcancer som inte skulle ha gett symtom diagnostiseras och behandlas i onödan (s.k. överdiagnostik). Bedömningen är ändå att hälsovinster i form av minskad dödlighet överväger de negativa effekterna (Socialstyrelsen 2014a).

3.3.1 Nationellt screeningprogram för bröstcancer

I Sverige finns ett nationellt screeningprogram för bröstcancer som har tagits fram enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Målet med screeningprogrammet är att upptäcka bröstcancer i ett tidigt stadium.

Inom det svenska screeningprogrammet erbjuds mammografiscreening var 18:e–24:e månad (Socialstyrelsen 2014a). Screeningprogrammet innebär att kvinnor i åldrarna 40–74 år kallas att delta i regelbundna mammografiundersökningar. I Sverige har åldersintervallet 40–74 år rekommenderats av Socialstyrelsen sedan 2007 (Socialstyrelsen 2007). Socialstyrelsen uppger att det saknas studier av screeningprogram för kvinnor under 40 respektive över 74 år, och därmed kunskap om eventuella hälsovinster och risker med ett utökat åldersspann (Socialstyrelsen 2014a).

Internationellt skiljer sig åldersgränserna för mammografiscreeningsprogram åt. Exempelvis erbjuder Storbritannien mammografi för kvinnor i åldrarna 50–70 år, medan Norge och Tyskland erbjuder mammografi för kvinnor i åldrarna 50–69 år och i Frankrike i åldrarna 50–74 år (Altobelli 2017).



I de fall misstänkta förändringar upptäcks vid screeningen, återkallas kvinnan för kompletterande undersökningar, vilket oftast innebär en kombination av utökade mammografibilder och ultraljud och ibland punktion med fin- eller mellannålsbiopsi. Mycket sällan krävs operation för att säkerställa eller fria från misstanke om cancer.

Återkallningsfrekvensen bör enligt europeiska riktlinjer vara 3–5 procent (Perry 2006). Någon säker uppgift på återkallningsfrekvensen nationellt i Sverige finns inte, eftersom det ännu saknas ett nationellt kvalitetsregister. Enligt Socialstyrelsen är uppfattningen erfarenhetsmässigt att återkallningsfrekvensen är omkring 3 procent (Socialstyrelsen 2014a).

3.3.2 Olika patientavgifter fram till reformens införande

Mammografiscreening har rekommenderats av Socialstyrelsen sedan 1986 och infördes 1986–1997 (Olsson 2000). När samtliga landsting hade infört mammografiscreening 1997, varierade avgiften mellan 0 och 170 kr (Olsson 2000). Patientavgifterna fortsatte variera mellan landstingen och inom landstingen över tid fram till dess att lagförändringen om avgiftsfri mammografiscreening infördes 1 juli 2016. Åren innan lagen trädde i kraft varierade patientavgifterna mellan landstingen från 0 till 200 kronor. I vissa landsting var alltså mammografiscreeningen avgiftsfri redan innan reformen. Till exempel infördes avgiftsfri mammografiscreening i Stockholms läns landsting 2012, i Region Östergötland 2014 och i Landstinget Sörmland i början av 2016. Tabell 8 visar patientavgifterna för mammografiscreening i alla landsting 2014–2016.

Tabell 8. Patientavgifter för mammografiscreening 2014–2016.

Landsting	2014 Kostnad i kronor	2015 Kostnad i kronor	2016 Kostnad i kronor
Landstinget Blekinge	120	120	120
Landstinget Dalarna	150	150	150
Landstinget i Kalmar län	150	100	100
Landstinget i Värmland	200	200	200
Landstinget Sörmland	100	100	0
Region Gotland	200	200	200
Region Gävleborg	200	200	200
Region Halland	150	150	150
Region Jämtland Härjedalen	150	150	150
Region Jönköpings län	100	100	100
Region Kronoberg	200	200	200
Region Norrbotten	200	200	200
Region Skåne	120	120	120
Region Uppsala	150	150	170
Region Västernorrland	150	150	150
Region Västmanland	200	200	200
Region Örebro län	80	80	80
Region Östergötland	140*	0	0
Stockholms läns landsting	0†	0†	0†
Västerbottens läns landsting	200	200	200
Västra Götalandsregionen	100	100	100

*Östergötland tog bort avgift för mammografiscreening 1 april 2014 (Region Östergötland 2014).

†Gäller vid riktade hälsokontroller. Källa: Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2014 (SKL), Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2015 (SKL), Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2016 (SKL). Vårdanalys bearbetning.

3.4 ETT HÖGT DELTAGANDE MED STORA VARIATIONER

Antalet kvinnor i Sverige i åldersgruppen 40–74 år är drygt 2 miljoner (SCB 2017). Varje år genomförs drygt 800 000 undersökningar med mammografi i Sverige. Deltagarfrekvensen i Sverige ligger relativt högt internationellt sett, på över 76 procent i åldersgruppen 50–69 år (Ponti 2017). Men det finns skillnader mellan landstingen, och deltagandet är vanligtvis lägre i storstadsregionerna (Socialstyrelsen 2014a).

Enligt EU-kommissionens statistik (Ponti 2017) har Storbritannien högst deltagande bland EU-länderna med 83,6 procent följt av Sverige,

Nederländerna, Finland och Irland med över 76 procent deltagande kvinnor (Ponti 2017). Jämförelsen baseras på deltagandet i åldersgruppen 50–69 år och de svenska uppgifterna kommer från enkätundersökningar till landstingen eftersom det saknas nationella registeruppgifter över deltagandet i mammografiscreening (Ponti 2017). Det ska också noteras att åldersintervallet som studerats är snävare än det som gäller i Sverige. Det gör att jämförelsen bör tolkas med viss försiktighet.

3.4.1 I dag saknas nationell uppföljning av mammografiscreening

I nuläget saknas en strukturerad och nationell uppföljning av mammografiscreening i Sverige. Sverige är också det enda av de nordiska länderna som inte har ett nationellt register med data över mammografiscreeningen. En nationell arbetsgrupp för mammografi är tillsatt och har på uppdrag av Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) till uppgift att ta fram ett nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening. Enligt företrädare för detta arbete finns ett register framtaget och datainhämtning beräknas kunna påbörjas under 2018 (Regionala cancercentrum i samverkan 2018).

Den nationella arbetsgruppen för mammografi har formulerat ett antal rekommendationer för att möjliggöra tidig upptäckt av bröstcancer. Rekommendationerna gäller både hur screeningverksamheten ska utföras och uppföljningen av den. Rekommendationerna utgör en viktig grund för RCC:s arbete med mammografiscreening inom respektive region. De nationella rekommendationerna antogs av RCC i januari 2013. En rekommendation är att en påminnelse (kallelse med förbokad tid) bör skickas ut inom tre månader till de kvinnor som uteblivit från mammografiscreening utan avbokning. En annan rekommendation är att varje landsting bör identifiera geografiska eller socioekonomiska områden med lågt deltagande i mammografiscreening, för att kunna genomföra riktade insatser för att öka deltagandet (Regionala cancercentrum i samverkan 2018).

3.4.2 Vissa grupper har ett lägre deltagande i mammografiscreening

Deltagandet i mammografiscreening tycks skilja sig mellan olika grupper. En närmare genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att vissa grupper av kvinnor har ett lägre deltagande i mammografiscreening än

andra. Eftersom det sannolikt finns kulturella och nationella skillnader som påverkar resultatet har vi i vår genomgång av forskningen utgått från nordiska studier.

Sammantaget visar studierna att socioekonomiskt utsatta grupper, kvinnor födda utomlands – speciellt utanför Norden – och kvinnor med ett mer ohälsosamt levnadssätt deltar i mammografiscreening i lägre utsträckning (Lagerlund 2000a; Lagerlund 2002; Lagerlund 2015a; Norredam 2010; Zackrisson 2004; Zackrisson 2007). En forskningsstudie från Malmö visar att individuella faktorer inverkar på deltagande i mammografi verkar ha större betydelse än boendeområdets socioekonomiska karaktär (Lagerlund 2015b). Utifrån dessa resultat drar forskarna slutsatsen att interventioner inte bör inriktas mot speciella bostadsområden som klassificerats som socioekonomiskt utsatta, utan snarare mot hela upptagningsområden inriktade mot individer under särskilda sociodemografiska omständigheter som förknippats med icke-deltagande i mammografiscreening (Lagerlund 2015b). Forskningsresultat från Danmark visar att kvinnor med en hög utbildning i högre grad uteblir från mammografiscreening (Jensen 2015; Von Euler-Cheplin 2008).

Resultat pekar också på att det finns flera dolda psykologiska och emotionella skäl som är förknippade med ett lägre deltagande i mammografiscreening. Exempel på sådana skäl kan vara en upplevelse av oro för cancer, att inte ha kontroll över situationen och stress samt påverkan av andras negativa upplevelser (Lagerlund 2000b; Lagerlund 2001; Lagerlund 2015; Lagerlund 2014; Ritenius Manjer 2017).

Enligt en svensk avhandling som undersökt beslutsfattandet om deltagande i mammografiscreening finns det goda skäl att tro att det inte bara är undersökningen i sig som kvinnor avstår ifrån, utan snarare konsekvenserna som ett deltagande kan leda till. En avgörande del i beslutet tycks vara den uppfattade risken att drabbas av en längre tids allvarlig sjukdom. För individer som inte har ett starkt socialt stöd kan den upplevda risken med att få en allvarlig sjukdomsdiagnos upplevas som så oroande att individen hellre avstår från undersökningen (Ritenius Manjer 2017).

Kvinnor som känner en svag tillit till vården och i stor omfattning undviker att uppsöka sjukvård deltar också i mindre utsträckning i mammografiscreening (Lagerlund 2000a; Lagerlund 2000b). Även grupper av kvinnor som är ensamstående och socialt isolerade deltar i lägre grad än andra grupper i screeningen (Lagerlund 2000a; Lagerlund 2002; Lagerlund

2014). En dansk studie visar att psykisk sjukdom och missbruk av narkotika eller alkohol påverkar deltagandet negativt (Jensen 2016).

3.4.3 Flera initiativ kan behövas för ökat deltagande

Flera av de personer som vi har intervjuat är positiva till avgiftsfriheten men säger att de är osäkra på om införandet av avgiftsfrihet kommer att få några större effekter på deltagandet. De ser att det också finns andra initiativ som de tror skulle kunna påverka deltagandet positivt. Några exempel som nämns är smidiga ombokningssystem, återinbjudan (det vill säga ytterligare kallelser till dem som inte kommit på inbokad tid vid uteblivet besök, så kallad återinbjudansmodul), att informera på olika språk via 1177 och sfi eller genom kulturtolksdoulor samt att ge mer information via vårdcentraler och media. I intervjuerna har man också tagit upp att det finns behov av riktade insatser till särskilda grupper med lågt deltagande utöver avgiftsfrihet, och att olika grupper möjligtvis behöver nås på olika sätt.

Patientföreträdare som vi har intervjuat menar att det finns ett lägre deltagande i vissa grupper, till exempel bland yngre kvinnor, utrikesfödda, lågutbildade och socioekonomiskt utsatta. Vidare är patientföreträdare som vi har talat med positiva till avgiftsfriheten, men de anser att mer kan göras för att öka deltagandet. Exempelvis anser de att man kan arbeta mer med påminnelser och återkommande informationskampanjer för att öka kunskapen om mammografiscreening. Patientföreträdare menar också att den breda informationen om mammografiscreening kan behöva stärkas, särskilt till vissa grupper. Patientföreträdarna tror inte heller att informationen om avgiftsfriheten nått ut till alla ännu.

3.5 AVGIFTSFRIHET – EN AV FLERA MÖJLIGA INSATSER FÖR ETT ÖKAT DELTAGANDE I MAMMOGRAFI SCREENING

Avgiftsfrihet är en insats som kan öka deltagandet i mammografiscreening men det finns flera andra sätt som har testats och utvärderats i olika utsträckning. För att kunna bedöma effekten av avgiftsfrihet som en insats för att öka deltagandet i mammografiscreening har vi genomfört en litteraturstudie, där vi sammanställt vetenskaplig litteratur kring olika insatsers påverkan på deltagandet i mammografiscreening.

Flera olika insatser för att öka deltagandet i mammografiscreening har utvärderats vetenskapligt (tabell 9). För en mer utförlig beskrivning av de insatser som utvärderats i de olika forskningsstudierna, se bilaga 6. Bilagan innehåller en förteckning över de forskningsstudier som ligger till grund för vår sammanställning. De insatser som flest studier i vår litteraturstudie undersökt var

- direktkontakt via möte eller telefon
- påminnelse via brev, telefon, sms eller personligt möte
- kombinationer av flera insatser samtidigt.

Vårdanalys har inte värderat interventionernas effekt.

Tabell 9. Studerade insatser för att öka deltagandet i mammografiscreening.

Interventioner för ökat deltagande	Antal studier	Andel (procent) av studierna som påvisat positiv effekt
Direktkontakt via möte eller telefonsamtal	92	66
Påminnelse via brev, telefon, sms eller träff	80	92
Flera interventioner samtidigt	54	98
Hälsoinformatörer med samma grupptillhörighet som målgrupp	50	32
Kulturellt nischade interventioner utifrån målgruppens behov	49	100
Information via broschyrer, video eller bild	42	7
Telefonsamtal	41	90
Interventioner som präglas av samarbete mellan olika professioner och enheter	33	0
Ta bort hinder och stärka tillgängligheten*	32	97
Personliga möten (hembesök av sjuksköterska eller informationsmöte enskilt eller i grupp med hälsoinformatör)	27	55
Interventioner riktade mot individ som t.ex. enskilt möte, brev, telefonsamtal (i kontrast till intervention riktad till grupp eller till klinik)	24	100
Utbildnings/informationsprogram	22	95
Påminnelse till vårdpersonal om att erbjuda preventiv metod	21	100
Utbildning för sjukvårdspersonal	16	100
Reducerad avgift eller avgiftsfrihet	14	100
Organisatoriska förändringar av vården	14	100
Kallelse från läkare	11	45
Återkoppling och utvärdering av mammografiklinikens förmåga att erbjuda och genomföra screening	8	100
Kampanjer eller massmedial information	7	86
Mobila mammografienheter	6	100
Rekommendation från läkare	5	60
Förbokad tid	3	100
Kallelse med speciell utformning	3	0
Kallelse signerad av programkoordinator	1	0
Medskick av gåva i kallelse	1	0
Kallelse/brev utan förbokad tid	1	0

*Här görs flera insatser för att förstärka tillgängligheten, som hjälp med tidbokning, transport till undersökningen, mobila enheter, avgiftsfrihet eller reducerad avgift.

3.5.1 Avgiftsfrihet för att öka deltagandet

Det är svårt att fastställa hur stort hinder avgiften är för deltagande, liksom för hur stor grupp som deltagande i mammografiscreening helt beror på avgiften. Ett par svenska forskningsstudier visar att vissa kvinnor betraktar

avgiften som ett hinder att delta i mammografiscreening, men det är oklart om kvinnorna var medvetna om att avgiften som gällde när studien genomfördes bara var 120 kronor (Lagerlund 2000a; Lagerlund 2000b). En annan svensk studie visar att andelen screenade ökade med 3 procent, eller 6 000 kvinnor, efter att Stockholms läns landsting 2012 införde avgiftsfrihet (Törnberg 2014). I studien undersöks inte andra insatser parallellt med avgiftsfrihet. Det finns också studier som visar på andra resultat, exempelvis en svensk studie från år 2000 som visar att avgiften inte har en avgörande betydelse för deltagandet (Olsson 2000).

Studier från USA visar att en reduktion av avgiften eller införande av avgiftsfrihet kan öka deltagandet i mammografiscreening, framför allt i grupper med låg inkomst (Masi 2007; Stone 2002; Spadea 2010). Samtidigt har USA ett sjukvårdssystem som kan medföra höga kostnader för den enskilde, särskilt för personer som inte omfattas av någon sjukförsäkring. Avgiftens ursprungliga storlek påverkar sannolikt avgiftsfrihetens påverkan på deltagandet. Det gör att slutsatser utifrån studier från andra länder bör tolkas med försiktighet.

För personer där kostnaden spelar en viktig roll för deltagandet kan också andra kostnader i samband med undersökningen påverka möjligheten att delta, som inkomstbortfall på grund av frånvaro från arbetet och kostnad för transport till och från undersökningen (Gardner 2013).

3.5.2 Påminnelser, återinbjudan och kombinerade insatser för att öka deltagandet

Sammanställningen av den vetenskapliga litteraturen visar att det finns en potential att öka deltagandet genom påminnelser eller återinbjudan av kvinnor som inte kommit på sin undersökning. Flera studier från Storbritannien, USA, Australien, Chile, Tyskland och Irland visar att påminnelse via brev, sms eller telefon påverkar deltagandet i mammografiscreening positivt (Allgood 2017; Allgood 2016; Bonfill 2001; Camilloni 2013; Chambers 2016; Fleming 2012; Kerrison 2015; Offman 2014; Spadea 2010). Studier från Storbritannien, USA, Irland och Australien visar att återinbjudan av kvinnor som inte kommit på sin mammografiscreeningundersökning ökar deltagandet (Allgood 2017; Bonfill 2001; Chamber 2016; Fleming 2012; Spadea 2010).

Att ta bort hinder för deltagande i screening genom att förstärka tillgängligheten genom exempelvis tidsbokning, transport till mammografiavdelningen, mobila enheter, avgiftsfrihet eller reducerad kostnad i kombination med påminnelser via brev, telefonsamtal eller direktkontakt, ökade deltagandet bland kvinnor som tidigare inte deltagit i mammografiscreening i USA (Legler 2002; Gardner 2013). Interventionens effekt kan variera beroende på olika socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå och inkomstnivå hos målgruppen (Bailey 2005).

Hur kallelsebrevet utformas kan också enligt viss forskning påverka deltagandet på olika sätt i olika grupper. Långa och detaljrika brev tenderar exempelvis att missgynna grupper med låg utbildningsnivå (Camilloni 2013).

För att nå resultat behöver interventionen utformas utifrån målgruppens behov och de hinder som målgruppen upplever (Stone 2002). Detta gäller både ekonomiska och logistiska hinder som transport till mottagningen och tidsbokning (Masi 2007). Att nischa interventionen utifrån målgruppens språk och kultur tenderar också att ha en positiv effekt på deltagandet, enligt studier från USA, Kanada och Storbritannien (Austin 2002; Masi 2007; Offman 2014).

Forskningen visar att det går att öka deltagandet i mammografiscreening mer om man kombinerar flera insatser (Stone 2002). Forskning bland låginkomsttagare i Chile visade att deltagandet ökade markant vid genomförandet av en flerstegsintervention som involverade brev, telefonsamtal och hembesök (Camilloni 2013). Det är dock viktigt att betona att det i Sverige är frivilligt att delta i mammografiscreening. Det bör dessutom tilläggas att vi inte vet hur översättningsbar den internationella forskningen är till svenska sammanhang.

3.6 SKILLNADER I ORGANISATION OCH ARBETSSÄTT KAN PÅVERKA DELTAGANDET

Vår uppföljning visar att det finns skillnader i landstingens organisation och arbetssätt som kan påverka deltagandet i mammografiscreening. Vi har dock inte studerat dessa orsakssamband ytterligare, utan baserar det på vad forskningsstudierna i avsnitt 3.5 visat. De skillnader vi identifierat som skulle kunna påverka deltagandet är

- intervall mellan kallelser
- kallelsens utformning
- tillgänglighet i form av exempelvis öppettider och möjlighet till ombokning
- återinbjudan
- information om avgiftsfriheten.

Den här delen av vår uppföljning baseras på vår enkät till ansvariga för mammografiverksamheter i Sverige samt information från genomförda intervjuer. Enkäten genomfördes 2017 och besvarades av totalt 19 chefer för mammografiverksamheter, men alla besvarade inte samtliga frågor.

3.6.1 Intervall mellan kallelser skiljer sig

Det svenska screeningprogrammet innebär att kvinnor i åldrarna 40–74 år erbjuds mammografi var 18–24:e månad, eftersom forskning ännu inte kunnat besvara vilket det mest optimala tidsintervallet mellan screeningtillfällena är (Socialstyrelsen 2014a). Vi kan också konstatera att landstingen tillämpar olika intervall för kallelser till mammografiscreening inom detta spann.

I vår enkätundersökning till verksamhetsansvariga för mammografi-verksamheten i landstingen uppgav 10 av 17 att de kallade kvinnorna var 24:e månad. 4 av 17 tillämpade ett varierat intervall där kvinnor i åldern 40–55 år kallades var 18:e månad och kvinnor över 55 kallades var 24:e månad. 3 av 17 använde ett annat intervall för kallelser än de ovan nämnda. Att vissa verksamheter erbjuder ett tätare undersökningsintervall (var 18:e månad) till kvinnor i det yngre åldersintervallet motiveras av att yngre kvinnor vanligtvis har tätare bröst där det kan vara svårare att upptäcka förändringar. Dessutom har yngre kvinnor oftare en mer snabbväxande cancerform (Socialstyrelsen 2014a).

3.6.2 Kallelserna har olika utformning

Inom ramen för statens och SKL:s överenskommelse om nationella cancerstrategin 2009, åtog sig SKL att verka för ett ökat deltagande i screeningprogrammen för bröst- och livmoderhalscancer. En del av arbetet har handlat om att utveckla generiska underlag till nya kallelser. Enligt SKL har utformningen skett utifrån ett patient- och brukarperspektiv, där grupper av kvinnor, verksamhetsföreträdare och patientorganisationer har

bidragit med synpunkter (SKL 2015). Syftet är att samtliga landsting ska använda likadana kallelser, så att bara lokal information om adresser, telefonnummer och mottagningstider med mera skiljer sig åt. Tanken med nationella kallelser är att de ska vara mer tillgängliga, innehålla all relevant information och att kvinnor ska känna igen kallelsen även om de flyttar (SKL 2015). Drygt hälften, 12 av 21 landsting, använde den nationella kallelsen för mammografiscreening 2017, se tabell 10.

Tabell 10. Landstingens användande av den nationella kallelsen till mammografiscreening 2017.

Använder nationella kallelser	Använder <u>inte</u> nationella kallelser
Region Norrbotten	Region Västernorrland
Region Uppsala	Region Gävleborg
Region Jönköpings län	Landstinget Sörmland
Västerbottens läns landsting	Region Gotland
Region Kronoberg	Stockholms läns landsting
Landstinget Västmanland	Landstinget i Kalmar Län
Landstinget i Värmland	Landstinget Blekinge
Region Jämtland Härjedalen	Region Skåne
Region Örebro län	Västra Götalandsregionen
Landstinget Dalarna	
Region Halland	
Region Östergötland*	

Källa: Vårdanalys enkät till ansvariga för mammografienheter.

Det finns skillnader mellan kallelserna i de landsting som har infört den nationella kallelsen och de som inte har gjort det, samt inom gruppen av landsting som inte har infört den nationella kallelsen. Några kallelser informerar till exempel på flera olika språk om mammografi eller hänvisar till 1177 på olika språk, men de flesta informerar enbart på svenska. Den nationella kallelsen hänvisar till 1177 för mer information och information på fler språk. I stort sett alla övriga kallelser som vi granskat (24 av 26 verksamheter) hänvisar också till 1177 för information på fler språk. I något fall är hänvisningen till 1177 för ombokning, och inte uttryckligen för information på fler språk.

I alla kallelser utom en som vi granskat står någonstans uttryckligen att undersökningen är gratis, kostnadsfri eller avgiftsfri. I den nationella kallelsen är det standardiserat hur avgiften för undersökningen anges: "Besöket är gratis".

3.6.3 Tillgänglighet, öppettider och återinbjudan

Det finns skillnader mellan landstingen när det gäller möjligheter att omboka tider för mammografiscreening och verksamheternas rutiner för att återinbjuda kvinnor som inte kommit på sin tid. Detta visar vår enkät till ansvariga för mammografiverksamheter i Sverige. Enligt enkäten erbjuder alla verksamheter ombokning via telefon och vissa verksamheter erbjuder också ombokning via Mina vårdkontakter 1177.se, e-post eller sms.

Verksamheternas öppettider varierar enligt enkätundersökningen. Vissa verksamheter har bara öppet dagtid, måndag–fredag, medan andra verksamheter även har öppet på kvällar. Två verksamheter uppger att de också erbjuder tider under helger. En verksamhet uppger att de har öppet fyra lördagar per år och en annan verksamhet att de erbjuder tider på kvällar och helger vid behov.

När det gäller tillgång till tolk har några verksamheter (6 av 16) uppgett att de har god tillgång till tolk, medan andra verksamheter rapporterar att de har för få tolkar eller svårt att få tillgång till tolk med kort varsel (totalt 7 av 16 angav dessa svarsalternativ). Det är också några verksamheter (4 av 16) som under svarsalternativet ”annat” har beskrivit att de inte använder tolk.

Vår enkät visar också på skillnader i uppföljningen av de kvinnor som inte kommit på sin mammografiscreening. I flera verksamheter togs, vid enkätens genomförande, ingen ytterligare kontakt med de kvinnor som inte kommit på sin tid. Flera verksamheter överväger dock att införa ett system för detta. Det betyder att dessa kvinnor blir kallade igen först efter 18–24 månader, beroende på vilket intervall som tillämpas av det landsting de tillhör. Två av de verksamheter som besvarat enkäten uppger att de skickar en ny kallelse till kvinnor som uteblivit från sin mammografiscreening, så kallad återinbjudan. Fyra verksamheter uppger att de i stället skickar ut en skriftlig uppmaning per post, där kvinnan ombeds att kontakta verksamheten för att boka en ny tid. I de fall där verksamheter tar någon form av kontakt med kvinnor som uteblivit från screeningsundersökningen görs detta oftast en gång, och då inom en vecka efter det uteblivna besöket.

I våra intervjuer med ansvariga för mammografiverksamheter i tre landsting poängteras vikten av att påminna, eller återinbjuda kvinnor som inte kommit på sin planerade tid. I exempelvis ett av de tre landstingen kommer det inom kort att införas ett system för att återinbjuda kvinnor som inte kommit på sin planerade tid. Påminnelser och öppna kallelser är

också något som Bröstcancerförbundet anser viktigt för att öka deltagandet i mammografiscreeningen (Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation 2015).

3.6.4 Information om avgiftsfriheten skiljer sig

För att reformen om avgiftsfri mammografiscreening ska kunna få effekt behöver kännedom om avgiftsfriheten nå de kvinnor som tidigare avstått screening på grund av kostnaden. Information till kvinnor om avgiftsfriheten tycks ha varierat mellan verksamheterna. I vår enkät till ansvariga för screeningsverksamheter uppger de flesta att de har informerat kvinnor om avgiftsfriheten på något sätt (14 av 16).

Som vi har beskrivit tidigare, framgår det av samtliga kallelser utom en att undersökningen är avgiftsfri. Utöver att informera om avgiftsfriheten på kallelsen, har screeningverksamheterna också använt andra sätt för att nå ut med informationen. Enligt vår enkät var de vanligaste sätten att informera på i övrigt att göra det via 1177 (10 av 16), muntligt vid besök (8 av 16) och på landstingets webbplats (8 av 16). Informationen om avgiftsfriheten har enligt enkäten i de flesta fall bara funnits på svenska (12 av 14 ansvariga anger det). Andra informationskanaler som använts, enligt enkäten, var annonser i tidningen samt information i radio och på sociala medier.

I våra intervjuer har flera uttryckt att det är tveksamt om alla kvinnor känner till att mammografiscreeningen har blivit avgiftsfri, även om detta stått i kallelsen. Men vi har inte genomfört någon nationell mätning av kännedomen, och vi vet därför inte hur kunskapen ser ut i målgruppen.

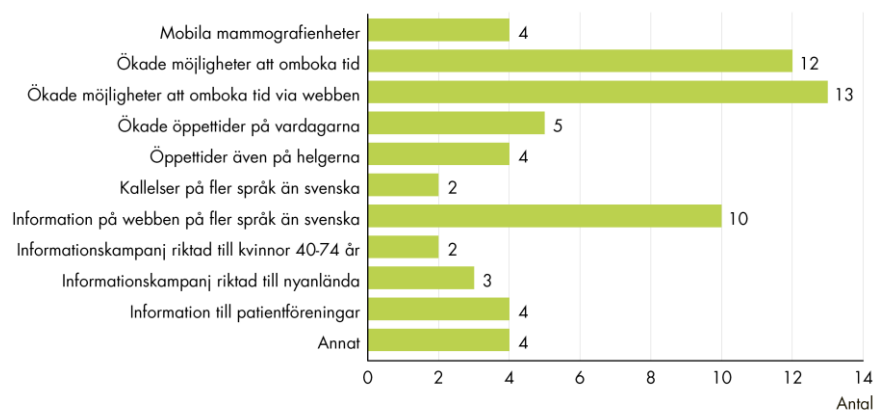
” Det är många kvinnor som säger när de kommer till oss: ”Jaha, är det kostnadsfritt?” Det har de inte hört. Det kan vara så att informationen inte har nått ut riktigt.”

3.7 ANDRA INSATSER HAR GENOMFÖRTS LOKALT FÖR ATT ÖKA DELTAGANDET

I vår enkät frågade vi om verksamheten genomfört andra insatser för att öka deltagandet i mammografiscreening under 2015–2017. Alla verksamheter utom en svarade att de har genomfört ytterligare insatser för att öka deltagandet. I genomsnitt hade varje verksamhet genomfört fyra

olika aktiviteter för att öka deltagandet i mammografiscreening 2015–2017, se figur 22.

Figur 22. Andra insatser som genomförts för att öka deltagandet i mammografiscreening i landet, totalt under 2015–2017.



Not: Enkätfrågan var: "Har din verksamhet genomfört någon av följande insatser för att öka deltagandet i mammografiscreening under 2015-2017? Fler än en insats kan anges". Antalet svar:16. Källa: Enkät till chefer för mammografiscreeningsverksamheter, 2017.

De vanligaste insatserna som genomförts under 2015–2017 var ökade möjligheter att omboka tider på annat sätt än via telefon och information på webbplatsen på fler språk än svenska.

Flera verksamheter anger även att de genomfört särskilda kampanjer eller informationsinsatser riktade till vissa grupper. De grupper verksamheterna riktat sig till med informationsinsatser var kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden, nyanlända kvinnor och kvinnor födda utanför Europa.

Av de 16 verksamheter som svarade på frågan angav 5 att de genomfört aktiviteter riktade till vissa målgrupper för att öka deras deltagande: 3 till nyanlända, 3 till utomeuropiskt födda, 5 till kvinnor från socioekonomiskt utsatta områden och 1 till en annan grupp. Samma aktivitet kunde vara inriktad mot mer än en målgrupp.

3.7.1 Uppfattningen hos verksamhetsansvariga om utvecklingen i deltagandet sedan införandet av avgiftsfrihet

Vi har i vår enkät frågat ansvariga för screeningsverksamheterna om de kunnat se någon förändring i deltagandet sedan reformens införande 2016.

Tre fjärdedelar av de ansvariga (12 av 16) anger att de inte har märkt av ett ökat deltagande i mammografiscreeningen. Bland den fjärdedel (4 av 16) som märkt av en ökning i deltagandet uppger någon att ökningen bara varit någon procentenhet, och kopplar förändringen snarare till att verksamheterna börjat med sms-påminnelse än till införandet av avgiftsfrihet. Bara en verksamhet anger att de sett ett ökat deltagande bland kvinnor från socioekonomiskt utsatta områden eller andra utsatta grupper. Enligt de verksamhetsansvariga behövs längre tid för att kunna utvärdera deltagandet och i dagsläget saknar de statistik för att kunna följa upp detta.

Enligt vår enkät till verksamheterna har de flesta (13 av 16) angett att de kunnat bibehålla de angivna intervallerna för hur ofta de kallar kvinnor till screening efter att avgiftsfriheten införts.

3.8 HUR KOMMER VI ATT FÖLJA UPP RESULTATEN AV REFORMEN TILL 2020?

Det har gått för kort tid för att kunna dra slutsatser om förändrade nivåer på screeningdeltagandet. För att kunna följa deltagandet på ett korrekt sätt behöver man ha information på individnivå. Det har bland annat att göra med att utskick av kallelse och själva deltagandet kan ske under olika år och man måste därför koppla ihop just dessa två aspekter för att få korrekt och jämförbar information om deltagandet.

För att utvärdera förändringar till följd av avgiftsfriheten samarbetar Vårdanalys med forskare vid Lunds universitet som planerar att genomföra ett forskningsprojekt där deltagandet i mammografiscreeningen studeras både generellt samt i socioekonomiskt utsatta grupper och bland utrikesfödda. Forskningsprojektet syftar till att besvara tre övergripande frågor:

- Har deltagandet i mammografiscreening på nationell nivå förändrats?
- Har deltagandet i mammografiscreening i vissa socioekonomiskt utsatta grupper och grupper med annat födelseland än Sverige förändrats?
- Finns det skillnader i deltagande i mammografiscreening mellan landstingen, och har det skett någon förändring av deltagande i de olika landstingen?

Om forskningsstudien identifierar att det har skett förändringar, får dessa förändringar diskuteras i ljuset av både reformen om avgiftsfrihet och

andra samtida insatser som kan påverka deltagandet. Eftersom reformen har riktats till kvinnor i hela landet finns det inte någon jämförelsegrupp som inte fått del av avgiftsfriheten. Därför kommer vi inte att med säkerhet kunna härleda eventuella förändringar i deltagandet enbart till reformen. Resultaten från forskningsstudien kommer att redovisas i slutrapporten 2020.

3.9 SLUTSATSER

Syftet med reformen är enligt regeringen att avlägsna barriärer för deltagandet i mammografi, vilket är särskilt angeläget för kvinnor i socioekonomiskt utsatta grupper (prop. 2015/16:138 s. 13). Det är i nuläget för tidigt att uttala sig om det har skett några förändringar i deltagandet. I uppföljningen av reformen om avgiftsfri mammografiscreening för kvinnor 40–74 år kommer vi fram till följande slutsatser.

Deltagandet var högt redan innan reformen men skillnader mellan grupper motiverar insatser

Sverige är ett av de EU-länder som har högst deltagande i mammografiscreening, med ett nationellt deltagande på cirka 76 procent bland kvinnor i åldrarna 50–69 år (Ponti 2017). Forskningsstudier visar dock att deltagandet är lägre i vissa grupper. Sammantaget ser vi att det kan vara motiverat att försöka öka deltagandet i mammografi i vissa socioekonomiska grupper. Det saknas dock statistik för att överblicka läget och utvecklingen i deltagandet i mammografiscreening i landet i dag.

Nationell enhetlighet ökar tydligheten ur individperspektiv

Att inte delta i mammografiscreening kan för den enskilda kvinnan leda till att en bröstcancer upptäcks sent och därför blir mer svårbehandlad eller till och med leder till en förtida död. Mammografiscreeningen har genom reformen blivit mer likartad i sitt erbjudande till kvinnor över hela landet vilket kan vara en fördel ur patientsynpunkt. Det ger bättre förutsättningar för att fler ska känna till vad som är det offentliga erbjudandet. Det ger också bättre förutsättningar för att utveckla bra och samordnad information till kvinnor i målgruppen över hela landet.

Avgiftsfrihet är en insats för att öka deltagandet som kan behöva kombineras med andra åtgärder

Enligt forskning finns det flera faktorer som leder till att vissa kvinnor inte deltar i mammografiscreening. Vi kan i dagsläget inte avgöra om reformen, vilken som mest innebär en kostnadsreduktion på 200 kronor var 18:e till 24:e månad, påverkar deltagandet eller om det finns andra faktorer som har större betydelse för deltagandet. Vår slutsats i den här delrapporten är att nationell avgiftsfrihet har viss potential att öka deltagandet i mammografiscreeningen, dock i begränsad omfattning. Det kan också behövas andra insatser för att öka deltagandet, särskilt för grupper med ett lägre deltagande. Vår genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att det kan vara effektivt att kombinera olika typer av insatser för att uppnå ett högre deltagande.

Kännedomen om avgiftsfrihet är avgörande för reformens effekter

För att reformen ska få effekt för den grupp där kostnaden är avgörande för deltagandet behöver information nå ut om att undersökningen är avgiftsfri. Våra intervjuer indikerar att informationen om avgiftsfriheten inte nått ut till alla berörda kvinnor ännu trots att det framgår av nästan alla kallelser. Vi har dock inte undersökt kännedomen om avgiftsfriheten bland kvinnor i målgruppen. För att säkerställa att målgrupperna nås av informationen att mammografiscreeningen är avgiftsfri kan informationen behöva målgruppsanpassas och andra informationskanaler behöva övervägas.

Behov av bättre uppföljningsmöjligheter

Det är inte möjligt att på nationell nivå följa deltagandet i mammografiscreening, varken för kvinnor i målgruppen generellt eller i till exempel olika socioekonomiska grupper. Det innebär i sin tur att mammografiverksamheterna inte på ett enkelt sätt kan analysera vilka grupper som de når i mindre utsträckning, jämföra sig nationellt och bedöma när de bör vidta åtgärder för att stärka deltagandet i en viss grupp, och inte heller utvärdera vilka åtgärder som fungerar. Socialstyrelsen har sedan 1986 rekommenderat att ett register upprättas med anledning av behovet av uppföljning av mammografiscreeningens kvalitet och utfall i de olika landstingen (Socialstyrelsen 2014a). Ett nationellt kvalitetsregister är under utveckling och beräknas vara i nationellt bruk under 2018 (Regionala cancercentrum i samverkan 2018).

Vi ser i likhet med Socialstyrelsen att det behövs nationella uppföljningsdata för att följa, analysera och utveckla screeningverksamheten. I och med att erbjudandet om mammografiscreening har blivit mer likartat i landstingen, och flera initiativ pågår för att göra screeningverksamheten mer likartad, finns större möjligheter för landstingen att samverka kring uppföljning, nationella målvärden och utveckling av nya arbetssätt samt lärande utifrån sådana förändringar.

3.10 VÅRA REKOMMENDATIONER

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga insatser för att öka kännedomen om avgiftsfriheten*

Vi rekommenderar regeringen och hälso- och sjukvårdens huvudmän att överväga insatser för att öka kännedomen om avgiftsfriheten. Sådana informationsinsatser kan också kombineras med information om exempelvis syftet med mammografiscreening och hur undersökningen går till, för att på så sätt öka målgruppernas vilja att delta i mammografiscreening.

- ▶ *Vi rekommenderar landstingen att följa upp deltagandet i mammografiscreening för olika grupper och med riktade insatser stärka deltagandet i grupper där deltagandet är lågt*

Deltagandet i mammografiscreening tycks variera mellan landstingen och enligt forskningen finns vissa grupper som mer sällan deltar i mammografiscreening. Landstingen bör följa upp och analysera deltagandet i mammografiscreening och utifrån behov och målgrupp genomföra insatser för att stärka deltagandet i grupper där deltagandet är lågt. Vid genomförande av sådana insatser är det också viktigt med uppföljning och utvärdering av insatsernas betydelse för deltagandet. Landstingen bör också samverka kring uppföljning, nationella målvärden, utveckling och lärande.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att säkerställa att en nationell uppföljning kommer på plats till nytta för utveckling och forskning*



Det finns ett behov av en nationell, täckande uppföljning av screeningverksamheten för att stödja utveckling, uppföljning och forskning på området. Det gäller inte minst för att kunna identifiera behov av förstärkta insatser för att öka deltagandet i vissa grupper. Om det finns åtgärder som skulle kunna snabba på implementeringen av ett nationellt register för dessa syften bör de åtgärderna vidtas, av regeringen eller av sjukvårdshuvudmännen i samverkan.

4 Uppföljning av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år

Kapitlet i korthet

Från den 1 januari 2017 är alla preventivmedel inom läkemedelsförmånerna kostnadsfria för unga under 21 år – 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (förmånslagen). Syftet med reformen är, enligt regeringen, att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop.2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6 s. 56). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa upp reformen fram till 2020. I detta kapitel gör vi en delrapportering av uppdraget.

Det är för tidigt att bedöma vilka resultat och effekter som reformen har gett. Frågeställningar om reformens resultat, effekter och hållbarhet över tid behandlas i slutrapporten 2020.

I delrapporten undersöker vi följande frågeställningar:

- Finns det behov av att försöka minska antalet oönskade graviditeter bland unga under 21 år?
- Är kostnadsfria preventivmedel en insats som kan minska oönskade graviditeter bland unga?
- Vilka faktorer påverkar ungas användning av preventivmedel?
- Hur har landstingen arbetat för att informera unga i olika målgrupper om kostnadsfriheten?



- Hur har landstingen arbetat för att minska oönskade graviditeter bland unga?

Vi tittar även på hur försäljningen av preventivmedel har utvecklats. För att besvara frågeställningarna har vi använt flera datakällor: en litteraturstudie, intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare, en enkätundersökning ställd till ansvariga för landets ungdomsmottagningar, analys och sammanställning av statistik över aborter och tonårsfödslar samt statistik över försäljning av preventivmedel. Utifrån uppföljningen drar vi ett antal slutsatser.

Inledningsvis kan vi konstatera att det finns ett värde i att försöka minimera oönskade graviditeter bland unga, både ur ett individ- och samhällsperspektiv. Tonårsgraviditeterna har minskat över tid, men det finns indikationer på att tonårsgraviditeter är ojämnt fördelade mellan olika socioekonomiska grupper. Vi ser också att antalet aborter per 1 000 kvinnor är större bland de som är i åldrarna 21–25 år – det vill säga unga som är äldre än dem som ingår i reformens målgrupp.

Vår slutsats är att reformen bidrar till nationell enhetlighet och en mer jämlik tillgång till preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år. Kostnadsfrihet kan innebära en ökning av användningen av preventivmedel bland unga, och därigenom minska antalet oönskade graviditeter, men i första hand för de unga som tidigare avstått preventivmedel av ekonomiska skäl.

Vetenskapliga studier och intervjuer visar att andra faktorer, utöver kostnaden, kan påverka ungas användning av preventivmedel. Det kan därför finnas anledning att genomföra kompletterande insatser för att minska oönskade graviditeter bland unga. Vi ser också att flera ungdomsmottagningar har genomfört andra insatser för att minska antalet oönskade graviditeter, exempelvis utåtriktade aktiviteter där man träffar ungdomar och utökad tillgänglighet exempelvis i form avförändrade öppettider och drop-in-tider. Det är också viktigt att involvera unga män i förebyggandet av oönskade graviditeter.

En faktor som påverkar ungas användning av preventivmedel är inställningen till olika preventivmedel. I vår uppföljning har det framkommit att många unga kvinnor känner oro för biverkningar av hormonella preventivmedel, vilket kan påverka dem i valet av preventivmetod.

Utifrån våra analyser och slutsatser lämnar vi följande rekommendationer:

- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga insatser för att öka kännedomen om kostnadsfriheten.
- Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter.
- Vi rekommenderar regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att sammanställa kunskapen om hormonella preventivmedels påverkan på unga kvinnors hälsa och mående.
- Vi rekommenderar regeringen att ge uppdrag till lämplig myndighet att följa utvecklingen av sexualitet och hälsa bland unga.

4.1 EN REFORM FÖR ATT MINSKA ANTALET OÖNSKADE GRAVIDITETER BLAND UNGA

I samhället förväntas unga sedan länge att utbilda sig och skaffa ett stabilt arbete och en bostad innan de blir föräldrar. Studier indikerar att unga föräldrar, och särskilt unga mödrar, löper en större risk än andra att hamna utanför utbildningssystemet och arbetsmarknaden (SOU 2017:9). För att stärka unga personers möjligheter att själva bestämma om och när de vill bli föräldrar är det viktigt med tillgång till effektiva preventivmedel och möjlighet till abort. Det är också centralt att unga människor har kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Från den 1 januari 2017 är alla preventivmedel inom läkemedelsförmånerna kostnadsfria för unga under 21 år – 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Syftet med reformen är, enligt regeringen, att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop.2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6 s. 56). I förarbetena till reformen står att syftet är att minska antalet oönskade graviditeter (Ds 2015:59 s. 5 + 39). Läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna är vidare kostnadsfria för barn och unga under 18 år sedan 1 januari 2016 (19 § förmånslagen). Det betyder att reformen i praktiken berör unga i åldrarna 18–20 år. För närvarande finns det dock inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket innebär att reformen endast avser preventivmedel till unga kvinnor i åldrarna 18–20 år (prop.2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6 s. 56).

Regeringen beräknade kostnaden för reformen till 27 miljoner kronor per år (Ds 2015:59, s. 47). Kostnaden är beräknad utifrån aktuell information om inbetalda egenavgifter för preventivmedel till personer i åldersgruppen. Viss hänsyn har tagits till att reformen antas leda till en ökad användning och till att vissa personer kanske byter preventivmedel till ett som omfattas av reformen. Landstingen kompenseras för kostnaden genom statsbidraget (Ds 2015:59, s. 47).

4.1.1 Regeringens motiv till reformen

Regeringen motiverar reformen med att forskning visar att subventionerade preventivmedel är en av de viktigaste faktorerna för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8 s. 62). I förarbeten hänvisar regeringen också till landsting (Norrbotten och Gotland) där införande och utökning av subventionerade och kostnadsfria preventivmedel följdes av färre aborter bland unga (Ds 2015:59).

I förarbetena till reformen anges att oplanerade graviditeter är vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa (Ds 2015:59, s. 38). Därför menar regeringen att subventioner av preventivmedel kan vara ett effektivt sätt att både minska antalet oönskade graviditeter och reducera risken för tidigt barnafödande, speciellt bland kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning (Ds 2015:59, s 24).

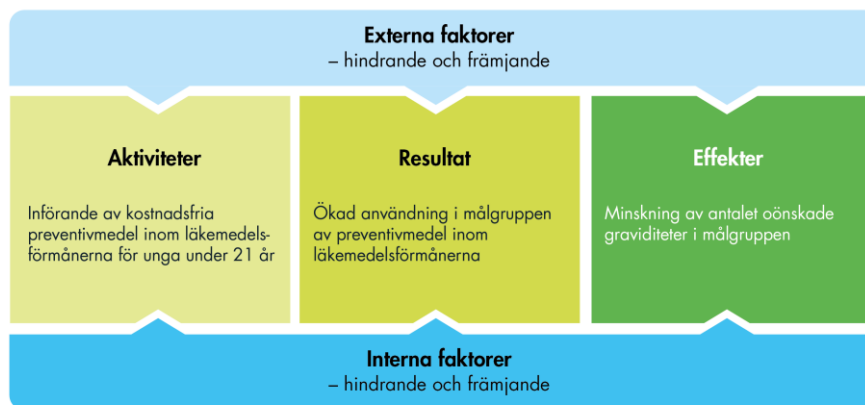
Åldersgränsen på 21 år motiveras med att oplanerade graviditeter bedöms kunna påverka yngre personer mer negativt än personer i övriga åldrar. Det handlar enligt regeringen dels om hälsorisker i samband med tonårsgraviditeter, dels om de sociala konsekvenser som en oönskad graviditet kan få för unga kvinnor (Ds 2015:59). Med åldersgränsen på 21 år vill regeringen försöka minska antalet tonårsaborter som, trots att de minskat över tid, är fler än i de andra nordiska länderna (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8 s. 63).

4.2 UPPFÖLJNING AV REFORMEN

Vårdanalys har i uppdrag att följa upp och analysera införandet av kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år (S2016/06724/FS). Vi har tagit fram en modell, skapad utifrån en programteoretisk ansats, för att

förtydliga reformens tänkta orsakssamband – se figur 23. Syftet med reformen är enligt regeringen att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6 s. 56). I förarbetena till reformen står att syftet är att minska antalet oönskade graviditeter (Ds 2015:59 s. 5 och 39). Vi har valt att betrakta en minskning av antalet oönskade graviditeter i målgruppen som den avsedda effekten av reformen, vilket ska uppnås genom resultatet en ökad användning av preventivmedel. Den aktivitet som genomförs är införande av kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år. Även andra aktiviteter kan påverka användningen av preventivmedel i målgruppen. Vidare kan användningen av preventivmedel i målgruppen påverkas av interna och externa faktorer. För mer information om den programteoretiska ansatsen som vi använder, hänvisar vi till kapitel 1.

Figur 23. Modell för orsakssamband för införande av kostnadsfria preventivmedel för unga upp till 21 år.



Det är för tidigt att redan nu, drygt ett år efter införandet, bedöma vilka resultat och effekter som reformen har gett. Därför fokuserar den här delrapporten på reformens inriktning, valet av insatser i relation till andra möjliga insatser och reformens genomförande genom att besvara följande frågeställningar:

- Finns det behov av att försöka minska antalet oönskade graviditeter bland unga under 21 år?
- Är kostnadsfria preventivmedel en insats som kan minska oönskade graviditeter bland unga?

- Vilka faktorer påverkar ungas användning av preventivmedel?
- Hur har landstingen arbetat för att informera unga i olika målgrupper om avgiftsfriheten?
- Hur har landstingen arbetat för att minska oönskade graviditeter bland unga?

Frågeställningar om reformens resultat, effekter och hållbarhet över tid behandlas i slutrapporten 2020, se avsnitt 4.10.

4.2.1 Flera olika datakällor och metoder används i uppföljningen

Vi har använt flera olika metoder och datakällor för att besvara delrapportens frågeställningar:

- strukturerad litteraturstudie
- enkätundersökning adresserad till ansvariga för landets ungdomsmottagningar
- intervjuer med experter, forskare, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare
- analys och sammanställning av statistik över aborter och tonårsfödslar från Socialstyrelsen
- översiktlig redogörelse för statistik över försäljning av preventivmedel från e-Hälsomyndigheten.

I litteraturstudien undersökte vi bland annat hur och i vilken utsträckning olika insatser påverkar användningen av preventivmedel generellt och för kvinnor från olika socioekonomiska grupper och förhållanden.

Vi genomförde också en enkätundersökning adresserad till ansvariga för landets ungdomsmottagningar i samtliga landsting under december 2017–januari 2018. Enkäten skickades ut till 258 ungdomsmottagningar. Totalt besvarades enkäten av 89 respondenter, vilka tillsammans ansvarar för 161 ungdomsmottagningar. Det är alltså vanligt att en respondent är ansvarig för flera mottagningar inom en geografisk region. Svaren representerar 62 procent av ungdomsmottagningarna.

Hösten och vintern 2017/2018 genomförde vi intervjuer med experter, forskare, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare.

Slutligen har vi använt oss av statistik från Socialstyrelsen och e-Hälsomyndigheten, gällande aborter och tonårsfödslar samt försäljning av

preventivmedel. När det gäller statiken om aborter har insamlingen av data förändrats över tid. Data saknas för 2013, och när insamlingen upptogs 2014 hade den ett reviderat innehåll och en förändrad insamlingsrutin. Mer information om detta finns i bilaga 4.

Vi redogör översiktligt för hur försäljningen av korttidsverkande respektive långtidsverkande preventivmedel ser ut och har utvecklats för olika åldersgrupper på nationell nivå för perioden 2014-2017. Redogörelsen är inte tillräcklig för att dra slutsatser om reformernas effekter på preventivmedelsförsäljningen, utan syftar endast till att ge en första översiktlig inblick i statistiken.

För en fullständig redovisning över hur vi har gått till väga, se bilaga 1 och 4. Fördjupad information om litteraturstudierna finns i bilaga 7.

4.2.2 Kapitlets disposition

Kapitlet inleds i avsnitt 4.3 med en beskrivning av olika preventivmetoder och användningen av preventivmedel i olika grupper. Därefter beskrivs hur ungas kostnader för preventivmedel såg ut före reformen. Vi fortsätter i avsnitt 4.4 med en redogörelse över utvecklingen av aborttal och tonårsvärdslar över tid. Därefter beskrivs i avsnitt 4.5 vilka insatser, däribland subventioner, som kan påverka ungas användning av preventivmedel. I avsnitt 4.6–4.7 redogör vi för landstingens arbete med att informera unga om kostnadsfriheten, och andra insatser som genomförts i landstingen som kan påverka preventivmedelsanvändningen. Därefter redovisas i avsnitt 4.8 resultat från genomförda intervjuer. I avsnitt 4.8 presenteras översiktligt hur försäljningen av preventivmedel till unga ser ut och har utvecklats mellan 2014 och 2017. Sedan beskriver vi kort i avsnitt 4.10 hur vi avser att fortsätta följa upp reformen till slutrapporten 2020. Avslutningsvis presenteras i avsnitt 4.11–4.12 våra slutsatser så här långt och vi lämnar några rekommendationer.

4.3 DET FINNS OLIKA PREVENTIVA METODER FÖR ATT UNDVIKA OÖNSKAD GRAVIDITET

Det finns flera preventivmetoder och preventivmedel som används för att förhindra oönskade graviditeter. Preventiva metoder ger olika säkerhet i skyddet mot oönskade graviditeter. Vilken preventivmetod som väljs beror bland annat på kvinnans och partners önskemål om säkerhet och metod

samt eventuella andra faktorer. Val av preventivmetod varierar också mellan åldersgrupper och beroende på livssituation.

Preventivmetoder

Preventivmedel med hormoner

P-piller, p-ring, p-plåster

Innehåller hormonerna östrogen och gestagen.

Minipiller och mellanpiller, p-stav, p-spruta och hormonspiral

Innehåller hormonet gestagen.

P-stav och hormonspiral är långtidsverkande preventivmedel.

Preventivmetoder utan hormoner

Kopparspiral

Kopparspiralen innehåller inga hormoner. Kopparspiral är ett långtidsverkande preventivmedel.

Andra metoder som inte innehåller några hormoner är kondom, pessar och femidom.

Avbrutet samlag och så kallade säkra perioder är metoder utan hormoner. Avbrutet samlag och säkra perioder är osäkra metoder.

Det finns p-appar och p-datorer som baserat på uppgifter om till exempel kroppstemperatur och mens som ska hjälpa kvinnor att veta när möjligheten att bli gravid ökar.

Akuta metoder för att förhindra att graviditet uppstår

Akut-p-piller

Akut kopparspiral

I Sverige är preventivmedelsrådgivning för unga en avgiftsfri och etablerad verksamhet. Preventivmedelsrådgivning till unga under 21 år sker främst på ungdomsmottagningarna, som byggdes upp i samband med att abortlagen kom 1975. På ungdomsmottagningar kan unga få hjälp att välja preventivmedel, men också få svar på andra frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Det går också att få råd och hjälp på en vårdcentral, gynekologisk mottagning eller barnmorskemottagning.

Folkhälsomyndighetens enkätundersökning om sexualitet och hälsa bland unga i Sverige i åldrarna 16–29 år visar att en majoritet (89 procent) anser att det är viktigt att skydda sig med preventivmedel för att inte bli gravid. I undersökningen framkom att fler unga kvinnor än män anser att graviditetsskydd och skydd mot sexuellt överförbara infektioner är viktigt

(Folkhälsomyndigheten 2017b). Liknande resultat har framkommit i en forskningsstudie som visar att unga kvinnor upplever en högre förväntan på att de ska ta ansvar för preventivmedelsanvändningen (Ekstrand 2005).

4.3.1 P-piller är den vanligaste preventivmetoden bland unga kvinnor

Unga kvinnor har en särskilt hög fertilitet. Därför bör de preventivmetoder som används av dessa kvinnor vara högeffektiva och lätta att använda (Läkemedelsverket.se 2018). Unga kvinnor rekommenderas av Läkemedelsverket och i svensk preventivmedelsrådgivning i högre utsträckning att använda långtidsverkande preventivmedel, det vill säga hormonspiral, kopparspiral eller p-stav (LARC – long active reversible contraceptives). Det beror på att dessa metoder erbjuder en hög effektivitet och få biverkningar samtidigt som de inte kräver regelbundet intag och därför anses passa ungas mer oregelbundna livsstil (Läkemedelsverket 2018). Enligt intervjupersoner avbryter unga relativt ofta sin preventivmedelsbehandling för att sedan påbörja den igen. Det innebär en risk för att glömma eller att inte ha preventivmedel till hands när det behövs.

Folkhälsomyndighetens rapport om sexualitet och hälsa bland unga i Sverige visar att hormonell metod, det vill säga p-piller, minipiller, p-stav, p-ring, p-plåster eller hormonspiral, var den vanligaste preventivmetoden vid det senaste sextillfället för unga personer i åldrarna 16–29 år. I undersökningen uppgav 50 procent av de som besvarade enkäten att de hade använt en hormonell preventivmetod vid senaste sextillfället (Folkhälsomyndigheten 2017b). Det finns även flera studier som visat att det vanligaste preventivmedlet (kondom ej inkluderat) bland unga kvinnor i Sverige är p-piller (Lindh 2016; Lindh 2017; Kopp Kallner 2015; Larsson 2007).

Folkhälsomyndigheten har ställt frågor om vilken preventivmetod som användes vid det senaste sextillfället. Av undersökningen framgår att unga kvinnor 16–19 år var den grupp som i högst utsträckning (52 procent) använde hormonell metod vid senaste sextillfället (Folkhälsomyndigheten 2017b). De näst vanligaste preventivmetoderna vid senaste sextillfället, efter hormonell metod, var kondom under hela samlaget (25 procent), avbrutet samlag (8 procent), kondom som sattes på strax före utlösning (4 procent), kopparspiral (4 procent) och säkra perioder (3 procent)



(Folkhälsomyndigheten 2017b). Däremot är kondom det vanligaste preventivmedlet vid första samlaget (Larsson 2007; Stenhammar 2015; Tydén 2012).

Forskning visar att långtidsverkande preventivmedel används minst bland unga kvinnor i åldrarna 15–19 år (Lindh 2017). Intervjupersoner uppger samtidigt att andelen unga kvinnor som använder långtidsverkande preventivmedel ökar. Enligt intervjupersoner varierar kunskapen hos barnmorskor och gynekologer om yngre kvinnors möjlighet att använda koppar- och hormonspiral, och en studie visar att det kan finnas behov av att stärka kunskapen hos professionerna (Ekelund 2014).

4.3.2 Lägre användning av preventivmedel bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden

Studier från Sverige visar att preventivmedelsanvändningen bland utrikesfödda och i socioekonomiskt utsatta områden är lägre än i andra grupper och områden (Lindh 2016). En studie som genomfördes 2003 visar att unga abortsökande som var födda utanför Sverige, eller har minst en förälder som var född utanför Sverige, hade mindre erfarenhet av att använda preventivmedel jämfört med jämgamla födda i Sverige (Helström 2006; Helström 2003). Det är också mindre vanligt att tonåringar som är födda utanför Sverige, eller har minst en förälder som är född utomlands, har varit i kontakt med en mottagning för rådgivning om preventivmedel (Helström 2006). Forskarnas slutsats är att utrikesfödda unga kvinnor är mindre benägna att använda preventivmedel jämfört med jämgamla kvinnor som är födda i Sverige (Helström 2006). Forskarna menade att den troligaste förklaringen till detta finns i bakomliggande socioekonomiska faktorer eller att vårdens preventivmedelsrådgivning inte är anpassad till utrikesfödda kvinnors behov. Även utbildningsnivå kan ha samband med användningen av preventivmedel, men sambandet är inte klarlagt och studier visar motstridiga resultat (Guleria 2017; Lidell 2008; Häggström-Nordin 2002; Häggström-Nordin 2011; Larsson 2007).

4.3.3 Ungas kostnader för preventivmedel har varierat och varierar fortfarande

Landstingen har sedan tidigare haft olika subventioner för preventivmedel för unga upp till 25 år. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har sedan 2013 uppmanat landstingen till en mer enhetlig modell för subvention av

preventivmedel till unga. SKL:s förbundsstyrelse rekommenderade år 2013 medlemmarna att införa subvention till och med 25 år, och att den enskildes kostnad inte ska överstiga 100 kronor per år vid köp av subventionerade preventivmedel (SKL 2013). Enligt rekommendationen ska preventivmedel ingå i läkemedelsförmånerna för att vara aktuella för subvention.

De flesta landsting har följt SKL:s rekommendation och har sedan 2014 eller 2015 en maxavgift om 100 kronor per år för preventivmedel som ingår i förmånerna för unga till och med 25 år (se tabell 11). Några landsting erbjuder dessa preventivmedel helt kostnadsfritt och det finns andra som har en lägre avgift än 100 kronor. Undantaget är Dalarna där kostnaden är 200 kronor per år.

Den 1 januari 2016 blev receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånerna, inklusive preventivmedel, kostnadsfria för alla barn och ungdomar under 18 år (19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.).

Det finns skillnader mellan landstingen i vad som subventioneras utöver de preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna. I Blekinge och Norrbotten är samtliga preventivmedel, även de utom läkemedelsförmånerna, kostnadsfria till och med 25 år (RFSU 2016). Vissa andra landsting inkluderar några ytterligare preparat utöver de som ingår i läkemedelsförmånerna i sin subvention (RFSU, 2016). Vi har frågat landstingens läkemedelskommittéer om de subventionerar preventivmedel utanför förmånerna och i så fall på vilka premisser. Totalt 20 av 21 landsting svarade, och av dem är det tre landsting som subventionerar alla förekommande preventivmedel, även de utanför läkemedelsförmånerna. Ungefär hälften av landstingen anger att det finns subventioner för preventivmedel utanför läkemedelsförmånerna, och att dessa preventivmedel antingen är helt kostnadsfria eller har en egenavgift på 100 kronor per år.

Eftersom landstingens subventioner har varierat, och i några fall varit mer långtgående än reformen, betonade regeringen i förarbetena att reformen syftar till att minska antalet oönskade graviditeter och inte till att sänka landstingens nuvarande nivåer av subventionering av preventivmedel (Ds 2015:59).



Reformens reella påverkan på ungas ekonomi

Beroende på hur landstingens subventioner för preventivmedel för unga såg ut före reformen förändrar reformen de ungas kostnader för preventivmedel i olika grad.

I praktiken har reformen inte inneburit någon ekonomisk förändring för unga i Blekinge, Norrbotten, Skåne, Uppsala och Örebro, eftersom preventivmedel inom läkemedelsförmånerna redan innan var kostnadsfria för unga under 21 år (se tabell 11). I dessa landsting bor sammantaget 24 procent av landets unga kvinnor 18–20 år, för vilka reformen alltså praktiskt inte inneburit någon förändring (SCB:s statistikdatabas folkmängd). Detta är viktigt att ta hänsyn till i kommande analyser av preventivmedelsanvändning och tonårsgraviditeter, eftersom eventuella förändringar i dessa landsting inte direkt kan tillskrivas reformen. För resterande 76 procent av kvinnorna 18–20 år innebär reformen en kostnadsreduktion om 100–200 kronor per år för preventivmedel inom läkemedelsförmånerna. Det finns för närvarande inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket gör att reformen i praktiken endast avser preventivmedel till unga kvinnor 18–20 år. Reformen kan dock även påverka unga män i de fall där män tar ett ekonomiskt ansvar och tillsammans med sin partner delar på kostnaden för preventivmedel.

Tabell 11. Egenavgifter för preventivmedel inom läkemedelsförmånerna i landstingen 2014–2017 samt antal kvinnor i åldern 18–20 år.

Landsföretag	2014	2015	2016	2017	Antal kvinnor som potentiellt påverkats av reformen			
					18 år	19 år	20 år	Totalt 18–20 år
Blekinge	Kostnadsfritt t.o.m. 19 år (höjs till 25 år juli 2014)	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	▲	Ingen påverkan – kostnadsfritt redan före reformen			
Dalarna	200 kr per år t.o.m. 25 år	200 kr per år t.o.m. 25 år	200 kr per år t.o.m. 25 år		1 450	1 364	1 390	4 204
Gotland	100 kr per år t.o.m. 25 år (från maj 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		229	315	307	851
Gävleborg	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 491	1 462	1 424	4 377
Halland	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 627	1 626	1 691	4 944
Jämtland Härjedalen	100 kr per år t.o.m. 25 år (från maj 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		569	654	652	1 875
Jönköping	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 978	1 902	2 031	5 911
Kalmar	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 206	1 181	1 283	3 670
Kronoberg	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 029	1 062	1 057	3 148
Norrbottn	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år		Ingen påverkan – kostnadsfritt redan före reformen			
Skåne	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år		Ingen påverkan – kostnadsfritt redan före reformen			
Stockholm	60 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 20 år Subventioner för unga 21–25 år	11 112	11 091	11 710	33 913
Sörmland	100 kr per år t.o.m. 25 år (från maj 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 541	1 483	1 471	4 495
Uppsala	100 kr per år t.o.m. 25 år (beslutat februari 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år (från mars 2016)		Ingen påverkan – kostnadsfritt redan före reformen			
Värmland	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 503	1 459	1 585	4 547
Västerbotten	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 263	1 426	1 613	4 302
Västernorrland	Kvinnan betalar 30 % på p-piller t.o.m. 23 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 237	1 200	1 208	3 645
Västmanland	100 kr per år t.o.m. 24 år (höjs till 25 år mars 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		1 413	1 353	1 433	4 199
Västra Götaland	100 kr per år t.o.m. 19 år (höjs till 25 år mars 2014)	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år		8 488	8 645	8 971	26 104
Örebro	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år		Ingen påverkan – kostnadsfritt redan före reformen			
Östergötland	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	100 kr per år t.o.m. 25 år	▼	2 217	2 446	2 677	7 340
Totalt antal kvinnor som potentiellt påverkats av reformen					38 353	38 669	40 503	117 525

Not: Se bilaga 4 för redogörelse av källor för datumen av förändrad subvention för Blekinge, Gotland, Jämtland Härjedalen, Sörmland, Uppsala, Västmanland och Västra Götaland under 2014 samt för Uppsala 2016. Källa: RFSU 2014, 2015 och 2016 samt SCB 2018a/b, Vårdanalys bearbetning.

4.4 DET ÄR SVÅRT ATT MÄTA OÖNSKADE GRAVIDITETER MEN TONÅRSABORTERNA HAR MINSKAT

För att på sikt följa upp reformens effekter behövs kännedom om situationen innan reformen infördes. I det här avsnittet görs en beskrivning av utgångsläget för aborttall och tonårsfödslar.



Gravidas möjlighet att besluta om abort

Historien visar att osäkra och olagliga aborter har varit ett stort problem som lett till att kvinnor i alla tider skadats och avlidit, och detta är fortfarande ett problem i länder som saknar laglig rätt till abort. I Sverige har gravida sedan 1975 haft möjlighet att besluta om abort till och med den 18:e graviditetsveckan. Utgångspunkten i svensk rätt är att abort får utföras på den gravidas begäran om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom kan antas medföra allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa (1 § abortlagen (1974:595). Anledningen till att begära abort påverkar inte bedömningen.

Efter den 18:e graviditetsveckan behövs tillstånd av Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen för att få göra abort (Abortlag (1974:595) (Socialstyrelsen 2018d). Möjligheten att få abort gäller alla gravida i Sverige, även de som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige (www.1177.se 2018b)

Aborter utförs av behöriga läkare och det får endast ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har godkänt (5 § abortlagen). I begreppet "utföra" ryms, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel och ansvar för att aborten har blivit genomförd (Socialstyrelsen 2008). Verksamhetschefer på kvinnokliniker kan delegera arbetet med medicinska aborter till barnmorskor enligt generella direktiv, i syfte att öka tillgängligheten och korta värdköerna (Socialstyrelsen 2008).

4.4.1 Det går inte att mäta önskade graviditeter

Ofrivilliga graviditeter kan uppstå i alla fertila åldrar och i alla olika livssituationer. En graviditet kan vara önskad från start, men kan också utvecklas från önskad till önskad senare under graviditeten. Det är också möjligt att en initialt önskad graviditet övergår till att vara önskad.

Antalet önskade graviditeter går inte att mäta. Abortstatistik används därför ofta som indikator för att uppskatta antalet önskade graviditeter. Abortstatistik behöver dock analyseras i relation till statistik över tonårsfödslar, som också ger en indikation på ungas förmåga att skydda sig mot önskade graviditeter. Färre aborter skulle också kunna förklaras av fler födslar. Vi har valt att analysera både tonårsfödslar och aborter, och förhållandet dem emellan, för att dra slutsatser om behovet av reformen och på sikt reformens effekter.

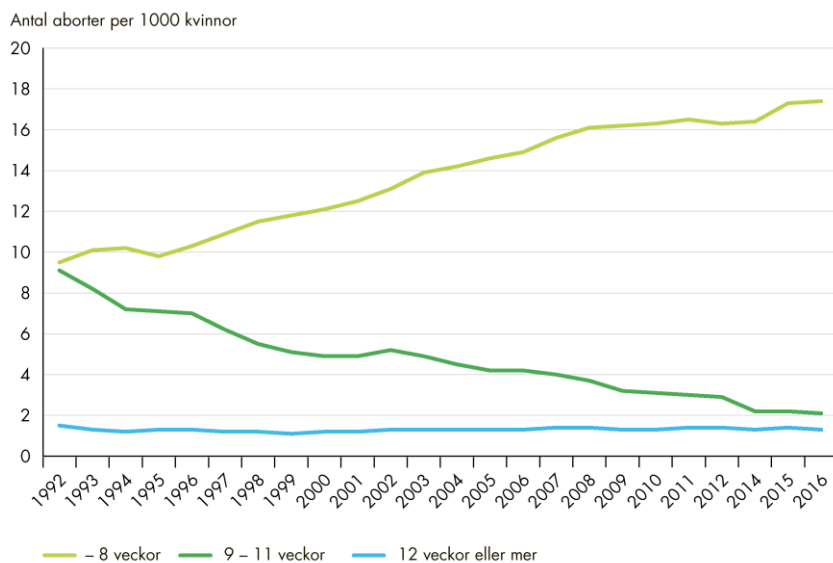
I Sverige rapporteras uppgifter om aborter till Socialstyrelsen. Statistikinsamlingen har dock förändrats under de senaste åren. Den

statistik som nu förs är mindre detaljerad än tidigare, till följd av risken för bakvägsidentifiering. Exempelvis finns det i dagsläget ingen möjlighet att följa abortstatistik utifrån kvinnors födelseår, utan endast för sammanslagna åldersgrupper.

För reformen är det intressant att studera unga i åldrarna 18–20 år, och den gruppen återfinns i två åldersgrupper i abortstatistiken: <19 år och 20–24 år. Det innebär att det inte går att redovisa uppgifter över antalet aborter bland unga i reformens målgrupp specifikt.

Enligt den befintliga statistiken rapporterades drygt 38 000 aborter till Socialstyrelsen 2016, vilket motsvarar 20,8 per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–44 år (Socialstyrelsen 2017e). Antalet aborter har sedan 1985 varierat mellan ungefär 30 000 och 38 000 årligen och har legat på ungefär samma nivå sedan 2009.

Figur 24. Antal aborter per 1 000 kvinnor per graviditetsvecka 1992–2016.



Källa: Socialstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

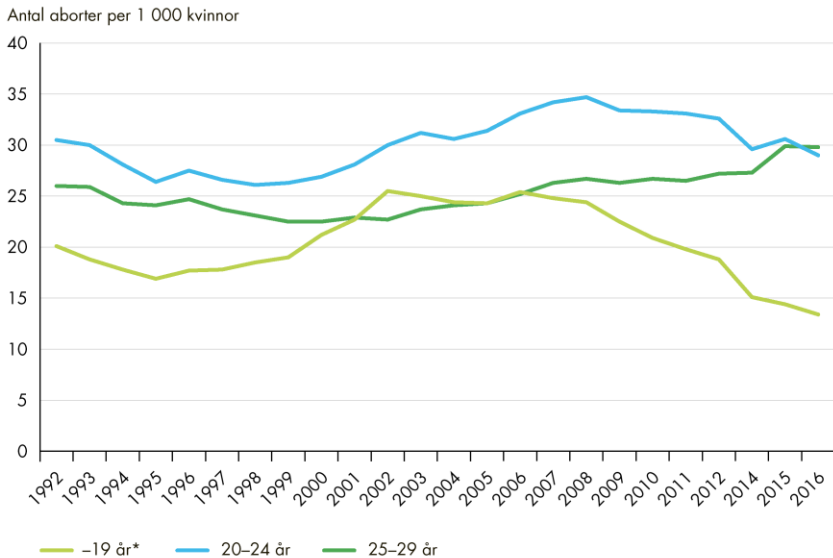
Statistiken visar också att aborterna utförs allt tidigare under graviditeten. Andelen aborter före graviditetsvecka 8 har ökat betydligt sedan början av 1990-talet medan andelen som utförs senare i graviditeten har minskat. Enligt Socialstyrelsen är en förklaring införandet av medicinsk abortmetod och mer utvecklad ultraljudsteknik. År 2017 utfördes 84 procent av alla aborter till och med vecka 8 och 94 procent av alla aborter före vecka 12.

4.4.2 Allt färre tonårsaborter och färre tonårsfödslar

Tonårsaborterna har minskat med 47 procent och därmed nästan halverats under de senaste tio åren. År 2016 rapporterades 13,4 aborter per 1 000 unga i åldersgruppen 15–19 år jämfört med 25,4 aborter per 1 000 unga under 2006. Socialstyrelsen drar slutsatsen att minskningen beror på mer utvecklade preventivmetoder och ekonomiska subventioner av preventivmedel (Socialstyrelsen 2017e).

Aborter har länge varit vanligast i åldersgruppen 20–24 år, följt av åldersgruppen 25–29 år. Under de senaste tio åren har aborter i åldersgruppen 20–24 år dock minskat medan aborterna har ökat i åldersgruppen 25–29 år. År 2016 rapporterades ungefär 30 aborter per 1 000 kvinnor i båda åldersgrupperna.

Figur 25. Antal aborter per 1 000 kvinnor per åldersgrupp 1992–2016.



Not: Observera att vi har utgått från antal kvinnor i åldrarna 15–19 år när vi räknat ut uppgiften om antal aborter per 1 000 kvinna för åldersgruppen upp till 19 år, då antalet aborter bland dem som är yngre än 15 år är mycket lågt. Källa: Socialstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

Tonåringar gör abort något senare i graviditeten än äldre. År 2016 utfördes 77 procent av aborterna bland unga upp till 19 år före vecka 9. I övriga åldersgrupper var motsvarande andel 82–85 procent. Enligt Socialstyrelsen är andelen medicinska aborter ungefär lika hög i alla åldrar (Socialstyrelsen 2017e).

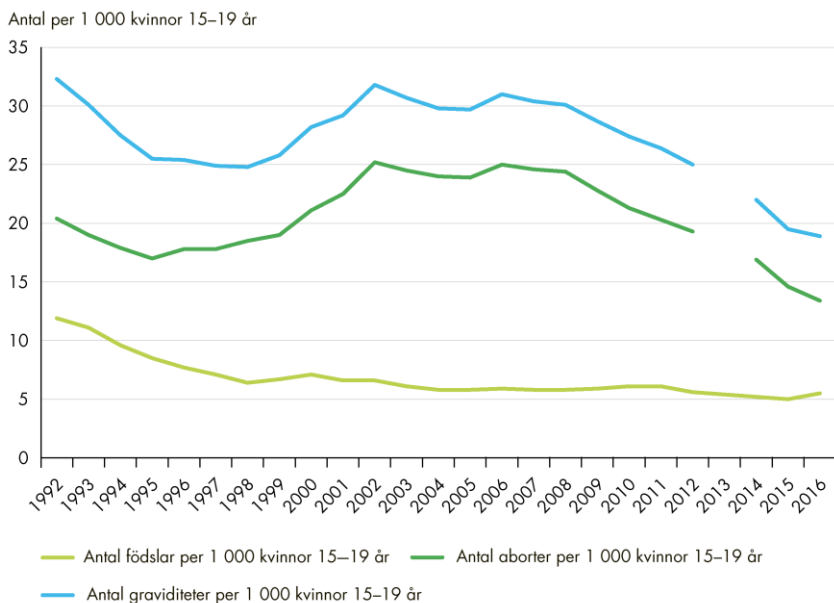
Aborterna är alltså fler i åldersgrupperna 20–25 och 25–29 år jämfört med åldersgruppen 15–19 år. Enligt intervjupersoner kan det bero på att dessa åldersgrupper är mer sexuellt aktiva och att de ofta har flera partners. Intervjupersonerna menar också att abortstatistiken påverkas av att vi i dag har en stor andel tidiga aborter. Troligen skulle flera av dessa graviditeter ha lett till missfall om aborten inte genomförts. Det bidrar sannolikt till högre aborttal i statistiken.

Ungefär 40 procent av abortsökande kvinnor i åldrarna 20–24 år i Sverige har gjort abort tidigare, och en av tre har inte använt något preventivmedel, enligt en studie (Institutet för hälsa och välfärd, Finland 2011). Intervjupersoner menar att oönskade graviditeter är ojämnt fördelade bland sociala grupper.

En minskning av tonårsaborterna måste sättas i relation till antalet tonårsfödslar i åldersgruppen, eftersom färre aborter skulle kunna förklaras av fler födslar. Även tonårsfödslarna har dock minskat över tid, men inte i samma utsträckning som antalet aborter. Sedan 1992 har tonårsfödslarna minskat från 11,9 per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år till 5,5 år 2016, men sedan 2006 ser vi bara en svag minskning.

Summan av antalet tonårsfödslar och antalet aborter ger totala uppgifter om tonårsgraviditeter (exklusive graviditeter som slutar i missfall). Figur 26 visar att antalet tonårsgraviditeter (per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år) minskade under tidigt 90-tal för att sedan öka igen under 00-talet. Sedan 2006 har dock antalet tonårsgraviditeter minskat varje år, från 31,0 till 18,9 per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år, vilket motsvarar en minskning av det totala antalet tonårsgraviditeter från 9 340 år 2006 till 4 794 stycken år 2016. Det är framför allt antalet aborter som har minskat.

Figur 26. Antal tonårsaborter, tonårsgraviditeter och tonårsfödslar per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år 1992–2016.



Källa: Socialstyrelsen statistikdatabas 2017 och SCB befolkningsstatistik 2018, Vårdanalys bearbetning.

I förarbetena beskriver regeringen att aborttalen är högre bland unga i åldrarna 20–24 år jämfört med unga i åldrarna 15–19 år, men åldersgränsen i reformen motiveras med att oplanerade graviditeter bedöms kunna påverka yngre personer mer negativt jämfört med äldre. Det handlar enligt regeringen dels om hälsorisker i samband med tonårsgraviditeter, dels om de sociala konsekvenser som en oönskad graviditet kan få för unga kvinnor. (Ds 2015:59)

4.4.3 Aborttalen i Norden kan jämföras, men det är vanskligt att jämföra med andra länder

Vid jämförelse av abortstatistik brukar de nordiska länderna anses vara mer jämförbara. Om man jämför aborttalen i Sverige med andra länder, även de nordiska länderna, beskrivs Sverige ofta som ett land med höga aborttal (Institutet för hälsa och välfärd, Finland 2018, Socialdepartementet 2009, Makenzius 2013). Abortstatistiken i Sverige och andra länder är dock inte helt jämförbar. Det beror på att ingreppet utförs av olika professioner (läkare och ibland på delegation av

barnmorskor) och på att data inte rapporteras på ett säkert och enhetligt sätt. I flera länder är abort fortfarande kontroversiellt, och i vissa fall olagligt, vilket kan påverka viljan och möjligheten att rapportera in data.

Personer vi intervjuat påpekar att jämförelsevis höga aborttal inte behöver vara detsamma som fler oönskade graviditeter. Enligt intervjupersoner har många andra länder med lägre aborttal i stället en större andel mycket unga mödrar, vilket inte är lika vanligt förekommande i Sverige. I länder där det är svårare att få en abort, eller till och med förbjudet enligt lag, förekommer det också att kvinnor reser till andra länder för att genomföra ingreppet eller försöker lösa situationen på egen hand utan säker medicinsk vård, vilket inte syns i den offentliga statistiken. Att enbart referera till höga aborttal som något negativt ger därför en förenklad bild, menar intervjupersoner.

4.5 KOSTNADSFRIHET – EN AV FLERA MÖJLIGA INSATSER FÖR ATT ÖKA UNGAS ANVÄNDNING AV PREVENTIVMEDEL

Kostnadsfrihet är en insats som kan öka ungas användning av preventivmedel, men vetenskapliga studier och intervjuer visar att det också finns andra möjliga insatser som kan ha betydelse. I det här avsnittet redogör vi för resultatet av vår litteraturstudie om möjliga interventioner för ökad användning av preventivmedel, tillsammans med resultat från bland annat myndighetsrapporter och genomförda intervjuer.

Genomgången av den vetenskapliga litteraturen visar att det finns vetenskapligt utvärderade initiativ som kan öka preventivmedelsanvändningen bland unga, se tabell 12. Det vetenskapliga underlaget är dock begränsat. Sammanställningen bygger på ett fåtal studier som publicerades för flera år sedan, och förhållanden kan ha ändrats. Vårdanalys har inte värderat interventionernas effekt. Resultaten behöver därför tolkas med försiktighet. Mer information om litteraturstudien finns i bilaga 7.

Tabell 12. Vetenskapligt utvärderade insatser för att öka användningen av preventivmedel bland unga.

Interventioner	Antal studier	Andel studier (procent) som har visat på positiv effekt
Drop in-kliniker för sexrådgivning i skolan inom socioekonomiskt utsatta områden	1	100
Förskrivning av p-piller av barnmorska eller sjuksköterska	1	100
Insättning av spiral vid kirurgisk abort	1	100
Nationell strategi för att göra preventivmedel mer lättillgängliga med fokus på tonåringar och utsatta grupper	1	100
Plan för användningen av preventivmedlet med fokus på när-, var- och hur beteende och hinder	1	100
Påminnelsekort med hörbart pip	1	100
Sexualundervisning i skola	2	100
Öka tillgängligheten till preventivmedel via apotek	3	100
Målmedveten och individualiserad preventivmedelsrådgivning före planerad abort	2	50
Subventionering av preventivmedel	2	50

Källa: Vårdanalys litteraturstudie, 2018.

4.5.1 Subventioner för att öka användningen av preventivmedel

Det är svårt att bedöma hur stor betydelse kostnaden för preventivmedel har för ungas användning. En studie från 2006 visar att unga kvinnor efterfrågar lättillgängliga och inte för dyra preventivmedel (Thorsén 2006). Det finns även forskning från samma år som visar att hög kostnad är en orsak till att unga under 19 år som blivit oönskat gravida inte använt preventivmedel (Helström 2006). Studierna genomfördes dock före reformen om kostnadsfrihet och innan landstingen kom överens om att subventionera preventivmedel på liknande sätt för unga under 25 år.

I Folkhälsomyndighetens undersökning, som genomfördes 2015, framkom att unga kvinnor 16–19 år var den grupp där högst andel (4 procent) uppgav att de inte hade råd med sitt hormonella preventivmedel (Folkhälsomyndigheten 2017b). I samma undersökning efterfrågade 46 procent av respondenterna billigare preventivmedel och 41 procent gratis kondomer.

I litteraturstudien ingår två studier som har undersökt effekten av att subventionera preventivmedel på användningen av preventivmedel i Sverige. Den ena studien visade att subventionen av preventivmedel under åren 1989–1993 ledde till en ökning i försäljningen av preventivmedel, 8 procent färre aborter och en kraftig minskad risk för tidigt barnafödande (IFAU 2009). En annan svensk studie kunde dock inte visa något klart samband mellan subventionerade preventivmedel till unga kvinnor och en minskning av antalet aborter. Studien pekade snarare på att andra faktorer som attityder, utbildning, religion, traditioner och kulturella olikheter kan påverka preventivmedelsanvändningen. Slutsatsen från studien var att det behövs mer innovativa interventioner för att öka preventivmedelsanvändningen hos unga och minska andelen oönskade graviditeter (Sydsjö 2014). Det går sammantaget inte att utifrån underlaget i litteraturstudien dra slutsatser om betydelsen av kostnadsfrihet för ungas användning av preventivmedel.

Intervjupersoner uppger att unga generellt känner till vilka kostnader som är förknippade med preventivmedel, men att det varierar. Enligt intervjupersoner spelar kostnaden en mindre roll för de flesta unga, samtidigt som 100 kronor kan vara mycket pengar för en ung person som kanske saknar egen inkomst. Intervjupersoner menar att kostnaden främst har betydelse för socioekonomiskt utsatta personers och mycket unga personers användning av preventivmedel.

4.5.2 Rådgivning för ökad användning av preventivmedel

Det har bedrivits en del forskning i Sverige som undersökt vårdens inflytande på preventivmedelsanvändningen bland unga. Det vetenskapliga underlaget i litteraturstudien är dock begränsat och det går inte att utifrån litteraturstudien dra slutsatser om hur stor betydelse rådgivning från vården har för ungas användning av preventivmedel.

En studie visar att en strukturerad och omfattande rådgivning från vården om olika typer av preventivmedel, som är matchad mot livsstil och behov, underlättar valet av preventivmedel för individen. Sådan rådgivning ökar även motivationen att använda det valda preventivmedlet. Enligt studien finns behov av att förbättra preventivmedelsinformationen och möjligheten till val av preventivmedel för kvinnor i Sverige (Gemzell-Danielsson 2011). En annan kvalitativ studie med en fokusgrupp bestående av 12 flickor visar att en känsla av att inte vara delaktig i valet av

preventivmedel kan leda till lägre användning, liksom osäkerhet om hur preventivmedlet ska användas (Falk 2010).

4.5.3 Tillgänglighet till ungdomsmottagningar och andra mottagningsformer

Det finns visst stöd för att användningen av preventivmedel bland unga kan påverkas av tillgängligheten till mottagningar som riktar sig till unga, såsom ungdomsmottagningar, men det vetenskapliga underlaget i litteraturstudien är begränsat. Forskning från England har visat att drop-in-kliniker som erbjöd rådgivning om sex i socioekonomiskt utsatta områden hade betydelse för preventivmedelsanvändningen. En stor majoritet av de socioekonomiskt utsatta ungdomarna som besökte kliniken rapporterade att de inte skulle ha besökt någon annan klinik om inte denna möjlighet hade funnits (Ingram 2010).

I Sverige erbjuder ungdomsmottagningarna rådgivning om preventivmedel. RFSU och Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2013) har påtalat att ungdomsmottagningarnas verksamhet saknar nationell reglering, vilket gör att det uppstår stora skillnader i deras arbete, exempelvis när det gäller vilka åldrar de riktar sig mot, vilka öppettider de har och vilken tillgänglighet som finns under olika delar av året.

Ungdomsmottagningarna i landstingen har varierande upptagningsintervall och den övre åldersgränsen är vanligtvis 23 eller 25 år (Socialstyrelsen 2013). Intervjupersoner vittnar om ett upplevt glapp mellan instanser för äldre ungdomar när de inte längre ska gå till ungdomsmottagningar. Preventivmedelsrådgivning ges då vanligen på barnmorskemottagningar inom mödravården, och intervjupersoner har beskrivit att det inte upplevs "naturligt" att vända sig dit för alla. I synnerhet unga män, unga som inte tillhör den heterosexuella normen, socioekonomiskt utsatta och personer med funktionsvariation uppges inte uppfatta att det är dit de ska vända sig.

Både RFSU och Socialstyrelsen har konstaterat att det finns skillnader i öppettider och tillgänglighet till ungdomsmottagningarna (RFSU 2015, Socialstyrelsen 2013). I våra intervjuer lyfts vidare att många ungdomsmottagningar stänger på sommaren. För unga som går i skolan sammanfaller det med att elevhälsan är stängd vilket, enligt intervjupersoner, kan leda till att unga personer som behöver stöd har sämre tillgång till det. Även Socialstyrelsen har påtalat att tillgängligheten

försämrats under sommaren (Socialstyrelsen 2013). Vår enkät till ungdomsmottagningar undersökte tillgänglighet till preventivmedelsrådgivning under övriga delar av året, och fyra av fem respondenter uppgav att deras verksamhet alltid eller oftast kan erbjuda tid för preventivmedelsrådgivning inom en vecka. Två respondenter som svarade "ibland" nämnde att de har gott om drop-in-tider.

4.5.4 Betydelsen av allmän information och undervisning

Det finns indikationer på att information om preventivmetoder och preventivmedel är centralt för att förhindra oönskade graviditeter. Samtidigt som många unga anser att det är viktigt med preventivmedel är kunskapen om kvinnans kropp och fertilitet samt preventivmetoder och deras effektivitet många gånger låg (Folkhälsomyndigheten 2017b). Den bristande kunskapen bland unga kring preventivmedel och fertilitet bekräftas av företrädare för UMO.se som i sju år arbetat med att besvara anonyma frågor från unga om bland annat preventivmedel.

Ungas kunskap om sexuell hälsa, sex och samlevnad baseras bland annat på undervisning i skola, information från ungdomsmottagningarna och information på internet. I Folkhälsomyndighetens undersökning framkom att en högre andel tjejer än killar hämtade information om sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar från internet via kvalitetssäkrade sidor från hälso- och sjukvården, som via 1177 Vårdguiden och UMO (Folkhälsomyndigheten 2017b). Vad gäller undervisning i skolan visade en svensk studie att inställningen till att använda preventivmedel blev mer positiv bland de elever på gymnasiet som fått information om sexualkunskap av barnmorska eller läkarstuderande (Larsson 2006).

Det finns således visst stöd för att information och undervisning i skolan kan påverka ungas användning av preventivmedel, men det vetenskapliga underlaget i litteraturstudien är begränsat. Enligt Skolinspektionens rapport *Sex- och samlevnadsundervisning* (2018) och intervjupersoner är dock dagens skolundervisning av varierande kvalitet. Det finns inte någon fortbildning som säkerställer att den sex- och samlevnadsundervisning som skolan erbjuder är uppdaterad och bygger på den senaste kunskapen och rekommendationerna. Enligt intervjupersoner vore det värdefullt att stärka undervisningen i skolan kring sexualitet, hälsa och preventivmedel för att öka användningen av preventivmedel bland de yngsta i reformens målgrupp.

Intervjupersoner menar att ungas tillgång till information om preventivmedel varierar. Det bekräftas också av forskning som visar att det finns socioekonomiska ojämlikheter i tillgången till kunskap, och att personer med mindre resurser ofta har sämre kunskap om preventivmedel (Lindh 2016). Intervjupersoner menar att det finns flera grupper som behöver mer information, exempelvis unga män, personer som inte kan svenska, personer med funktionsvariation och personer som kommer från socialt utsatta områden. Flera intervjupersoner menar att man behöver nå ut med vetenskapligt korrekt och uppdaterad information till unga på ett brett sätt, och att skolan är den bästa arenan eftersom man där även når personer i mer utsatta grupper. Samtidigt anger intervjupersoner att den undervisning som ges i skolan behöver förbättras. För att nå äldre personer i målgruppen krävs dock insatser på andra arenor, där till exempel ungdomsmottagningar har en central roll.

4.5.5 Rädsla för biverkningar och andra faktorer som kan påverka ungas användning av preventivmedel

Intervjupersoner pekar på att det är flera faktorer utöver kostnaden som påverkar användningen av preventivmedel bland unga. Exempel på andra faktorer är kompisars användning och attityder, den sociala omgivningen och rädslan för biverkningar.

Många unga som blivit oönskat gravida har inte använt preventivmedel av rädsla för biverkningar (Falk 2010; Helström 2006; Kopp Kallner 2015). Flera svenska studier visar också att unga kvinnor blivit allt mer skeptiska till hormonella preventivmedel som uppfattas ge oönskade biverkningar (Ekstrand 2005; Kopp Kallner 2015; Tydén 2012). I Folkhälsomyndighetens undersökning uppgav 23 procent av de tjejer som inte använt hormonella preventivmedel under de senaste 12 månaderna att orsaken var rädsla för biverkningar (Folkhälsomyndigheten 2017). Intervjuade personer instämmer i att det finns en ökad ovilja bland unga att använda hormonella preventivmedel och menar att många kvinnor uppfattar att det finns risker med att använda hormonella preventivmedel. Enligt intervjupersoner är inställningen ytterst ett tecken på att det behövs mer allsidig information och bättre rådgivning till unga om hormonella preventivmedel.

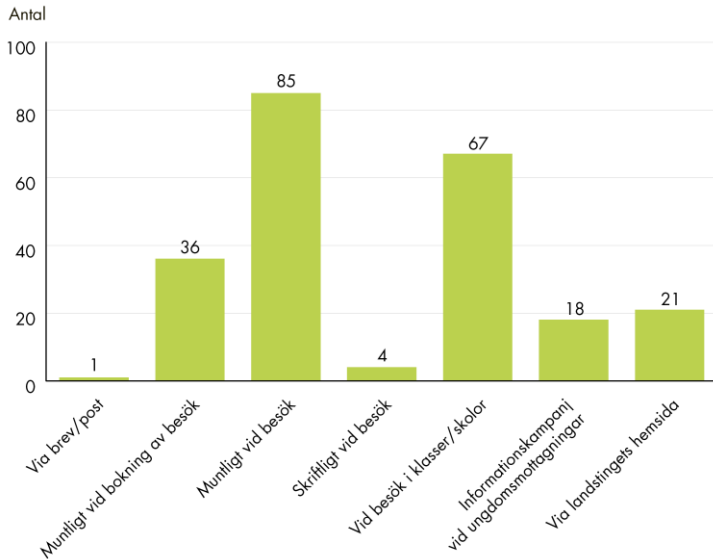
Forskning visar att användning av alkohol och tobak har samband med lägre användning av preventivmedel (Larsson 2007; Häggström-Nordin

2011; Thorsén 2006; Ekstrand 2005; Guleria 2017). Även känslomässiga, psykologiska och beteendemässiga faktorer kan påverka preventivmedelsanvändningen, till exempel osäkerhet kring användning, glömska, oförsiktighet och chantage (Falk 2010; Helström 2006). Bland unga som blivit oönskat gravida var glömska eller rädsla för biverkningar de vanligaste orsakerna till att de inte använt preventivmedel (Helström 2006). Andra skäl var att de saknade recept, att det var för dyrt, att de hade separerat från sin partner eller att partnern hade negativ attityd till preventivmedel (Helström 2006, Falk 2010).

4.6 SKILLNADER I HUR UNGA HAR INFORMERATS OM KOSTNADSFRIHETEN

För att reformen ska ha möjlighet att påverka användningen av preventivmedel hos unga som tidigare avstått preventivmedel på grund av kostnaden, måste information om kostnadsfriheten nå målgruppen. Vi har genomfört en enkät till landets ungdomsmottagningar som bland annat innehöll frågor om huruvida verksamheterna ger information till unga om att preventivmedel är kostnadsfria och/eller subventionerade. Svaren visar att det vanligaste är att ungdomsmottagningarna ger muntlig information om kostnadsfrihet eller subvention när ungdomarna besöker ungdomsmottagningen eller när personalen besöker skolklasser och i vissa fall när de unga bokar besök, se figur 27.

Figur 27. Ungdomsmottagningars information till unga om kostnadsfria preventivmedel.



Not: Enkätfrågans formulering "Ger ni information till unga om att preventivmedel är avgiftsfria och/eller subventionerade?". Flera svar kunde anges. Källa: Vårdanalys enkät till ansvariga för ungdomsmottagningar 2017.

Av de 85 personer som svarat på frågan uppger samtliga att deras verksamhet eller verksamheter ger information om kostnadsfria preventivmedel i samband med besök, och fyra respondenter anger dessutom att verksamheterna delar ut skriftlig information om kostnadsfriheten vid besök. Totalt 67 respondenter uppger att verksamheterna informerar om kostnadsfriheten vid besök i skolklasser. Det var också 36 respondenter som svarade att verksamheterna ger muntlig information om kostnadsfria preventivmedel vid bokning av besök. Vidare uppgav 21 respondenter att verksamheterna ger information via landstingets hemsida, och 18 respondenter uppger att verksamheterna har genomfört eller genomför informationskampanjer vid ungdomsmottagningarna. En respondent uppger att skriftlig information om kostnadsfriheten har skickats ut.

Totalt 6 respondenter uppger att verksamheterna har informerat på annat sätt för att nå grupper som inte redan besöker mottagningarna, exempelvis på hemsidor tillhörande ungdomsmottagningen, kommunen eller UMO.se, via sociala medier, via lokalpress (artiklar) och lokalradio samt genom information i väntrummet.

4.7 ANDRA INSATSER HAR GENOMFÖRTS SOM KAN PÅVERKA PREVENTIVMEDELSANVÄNDNINGEN

I vår enkät till ungdomsmottagningar frågade vi om de har genomfört andra insatser för att minska antalet oönskade graviditeter. Vi har frågat dels om i vilken mån insatser har genomförts på en landstingsövergripande nivå, dels om den egna verksamheten har genomfört insatser.

Totalt 14 respondenter uppgav att den eller de ungdomsmottagningar som respondenterna ansvarade för deltog i någon eller några landstingsövergripande insatser under 2017 för att minska antalet oönskade graviditeter. Insatserna var främst utbildningar som riktade sig till personal och aktiviteter för att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel. Ingen respondent uppgav att de genomförde någon landstingsövergripande insats som var särskilt riktad mot kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Däremot uppgav fyra respondenter att deras verksamhet eller verksamheter deltog i en landstingsövergripande insats som var riktad mot nyanlända unga kvinnor.

Det var vanligare att ungdomsmottagningarna hade genomfört insatser som en del av den egna verksamheten. Det var 35 av 81 svarande som uppgav att den eller de ungdomsmottagningar som respondenterna ansvarade för genomförde *egna särskilda insatser* under 2017 för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga. Det handlar bland annat om utåtriktade aktiviteter som att träffa elever i skolor eller att skolklasser kom till ungdomsmottagningen på studiebesök. Andra insatser som genomfördes var ökad tillgänglighet i form av förändrade öppettider, drop-in-tider och telefonförskrivning. Flera aktiviteter syftade till att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel hos unga.

Några respondenter uppgav också att deras verksamhet eller verksamheter genomförde egna särskilda insatser som är riktade mot socioekonomiskt utsatta kvinnor (4 respondenter), nyanlända kvinnor (13 respondenter), utomeuropeiskt födda kvinnor (9 respondenter) eller annan grupp (13 respondenter). Annan grupp kan exempelvis vara män, ensamkommande, elever i särskola eller personer med funktionsvariationer. I enkäten kunde flera alternativ väljas och några respondenter har fyllt i samtliga alternativ.

Drygt hälften av de 81 svarande (46 respondenter) uppgav att verksamheterna arbetade särskilt för att involvera unga män i förebyggandet av oönskade graviditeter. Det handlar till exempel om killkvällar, kill-drop-in och aktiviteter där kondomer delas ut.

Folkhälsomyndigheten lyfter i rapporten om sexualitet och hälsa bland unga att tjejer och killar tar olika stort ansvar för preventivmedel och preventivmetoder. De menar att arbetet med att vidareutveckla det främjande och förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa sannolikt skulle vara mer framgångsrikt om det nådde fler killar och om de kände att insatserna var angelägna och motiverade utifrån dem. (Folkhälsomyndigheten 2017b)

I intervjuer har framkommit exempel på att man provar nya vägar för att nå ut med preventivmedelsrådgivning. Enligt intervjupersoner från UMO har Region Skåne och Landstinget i Värmland sedan ett halvår tillbaka ett projekt som heter "UM online", där unga kan logga in på Skype och få träffa en barnmorska, kurator eller sjuksköterska direkt online (umo.se 2018).

4.8 EN VIKTIG REFORM – MEN ANDRA INSATSER BEHÖVS OCKSÅ ENLIGT INTERVJUPERSONER

Kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år infördes nationellt den 1 januari 2017. Det har gått för kort tid sedan införandet för att bedöma eventuella resultat och effekter av reformen. I det här avsnittet redovisas synen på reformen hos de personer som vi har intervjuat. Det är ingen representativ intervjuundersökning utan ett underlag som syftar till att belysa olika perspektiv på reformen och ge underlag för fortsatt diskussion.

4.8.1 Positivt med tydlighet och likvärdighet

Flera intervjupersoner uppfattar reformen som positiv i det avseendet att den har ett viktigt signalvärde och är betydelsefull genom att den innebär en ökad nationell likvärdighet. Reformen uppfattas vara en tydlig signal till unga kvinnor om vikten av reproduktiv hälsa och användning av preventivmedel som skydd mot oönskade graviditeter.

Intervjupersonerna uttrycker dock att det också behövs andra kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter. Som redovisats tidigare (se avsnitt 4.5) finns det andra faktorer än kostnaden som kan påverka ungas användning av preventivmedel, och intervjupersoner menar att det är viktigt att arbeta stödjande på flera sätt parallellt.

Några intervjupersoner anser att de som främst gynnas av reformen om kostnadsfrihet är unga utan inkomst, socialt utsatta, unga med familjer där det är tabu med sex före äktenskapet och unga som lever i familjer med hedersproblematik och en kontrollerande syn på ungas sexualitet.

Flera intervjupersoner tror att reformen kommer ha begränsad effekt på antalet oönskade graviditeter. En anledning till det är att några landsting redan tidigare har infört kostnadsfria preventivmedel för unga, och att landstingens egna subventioner i flera fall varit mer långtgående än reformen när det gäller vilka preventivmedel som inkluderats och vilka åldrar som berörs. Samtidigt menar intervjupersoner att reformen undanröjer ett viktigt hinder i de landsting som inte hade kostnadsfria preventivmedel före reformen.

” Och framför allt är det ju så att det finns kanske en viss grupp i samhället bland de unga som är känsliga för kostnader och som kanske också är sårbara på andra sätt, och den gruppen hjälper man med det här.”

I enkäten till ansvariga för ungdomsmottagningarna går det inte att utläsa något tydligt ökat tryck på verksamheterna till följd av reformen. Flera respondenter uppger att antalet besök mellan åren varit likvärdigt (33 av 85 svarande) och bara 16 respondenter har märkt av en ökning av antalet besök. En relativt stor andel (35 av 85) uppger samtidigt att de inte känner till om antalet unga som söker för preventivmedelsrådgivning förändrades mellan 2016 och 2017. Av de 16 respondenter som anger att besöken har blivit fler är det endast 5 svarande som sätter ökningen i samband med reformen om kostnadsfria preventivmedel för unga. Övriga respondenter menar att det ökade trycket på ungdomsmottagningens verksamhet beror på andra faktorer som en ökad tillgänglighet, större årskullar och bättre information till unga i skolan. Kostnadsfriheten har alltså enligt respondenterna inte gett några större avtryck i efterfrågan under det första året efter reformens införande.

4.8.2 Vissa anser att reformen borde gälla högre upp i åldrarna och utökas till att gälla alla preventivmedel

Flera intervjupersoner anser att reformen borde utökas så att kostnadsfria preventivmedel erbjuds unga upp till 25 eller 26 år. Motivet är bland annat



att ungdomslivet varar allt längre, och att många unga i dag studerar eller saknar inkomst och eget boende högre upp i åldrarna än tidigare. Dessutom anses den äldre gruppen unga vuxna ha sämre tillgänglighet till mottagningar som specialiserar sig på preventivmedel och rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa. Det är också i åldersgrupperna 20–24 och 25–29 år som antalet aborter är som högst, till skillnad från i lägre åldrar där aborterna har minskat kraftigt under de senaste tio åren.

Som vi har redovisat tidigare finns det fortfarande skillnader mellan landstingen när det gäller kostnader för preventivmedel utanför läkemedelsförmånen, och för unga 21–25 år. Intervjupersoner menar att det är negativt med stora skillnader mellan landstingen när det gäller ungas kostnader för preventivmedel.

” Att det skiljer sig så över landet är helt ofattbart, att det inte går att få till nationella riktlinjer för det här. Vissa landsting har helt fritt högre upp i åldrarna, andra har mycket sämre än vad vi har här./.../ Och vissa landsting /subventionerar/ alla preventivmedel medan vi absolut inte har det. Och det är inte lika vård för alla.”

Några intervjupersoner anser att reformen också borde innefatta preventivmedel utanför läkemedelsförmånerna för att skapa likvärdighet mellan landstingen. Enligt dem är det även viktigt för att unga ska erbjudas det preventivmedel som passar dem bäst, oavsett kostnad.

4.8.3 Oförutsedda negativa konsekvenser

Innan reformen genomfördes fick remissinstanser yttra sig om förslaget om kostnadsfria preventivmedel. En av dem lyfte eventuella effekter på kondomanvändningen som reformen skulle kunna medföra, och relaterade risker för smittspridning och hälsorisker som kan kopplas till det. Flera intervjupersoner uppger att de inte tror att reformen kommer att få några oförutsedda negativa konsekvenser, exempelvis en lägre kondom-användning och därigenom en ökning av sexuellt överförbara infektioner bland unga. Det finns en tilltro hos intervjupersonerna till att unga informeras om skydd mot infektioner när de får preventivmedel för att förhindra graviditet.

En annan remissinstans tog upp att reformen i vissa fall ligger under landstingens tidigare nivåer för subventioner av preventivmedel till unga,

och att det därmed finns risk för att landstingen anpassar sig till lagstiftningens lägsta krav, vilket skulle innebära en försämring av subventionerna på några håll i landet. (prop. 2016/17:1 Utgiftsområde 9, s. 61) Vi har i vår enkät följt upp detta och ser inte att något landsting har genomfört försämringar i subventionen för unga 21 år och äldre sedan reformen infördes. Vi frågade landstingens läkemedelskommittéer om landstingens subventioner till unga i åldrarna 21–25 år har förändrats sedan 1 januari 2017 (svar inkom från 20 av 21 landsting). Svaren visade att 19 landsting inte genomfört någon förändring. Ett landsting har dock utökat sin subvention till att även gälla preventivmedel utanför läkemedelsförmånerna.

4.9 DET ÄR ÄNNU FÖR TIDIGT ATT BEDÖMA OM PREVENTIVMEDELSFÖRSÄLJNINGEN ÖKAT TILL FÖLJD AV REFORMEN

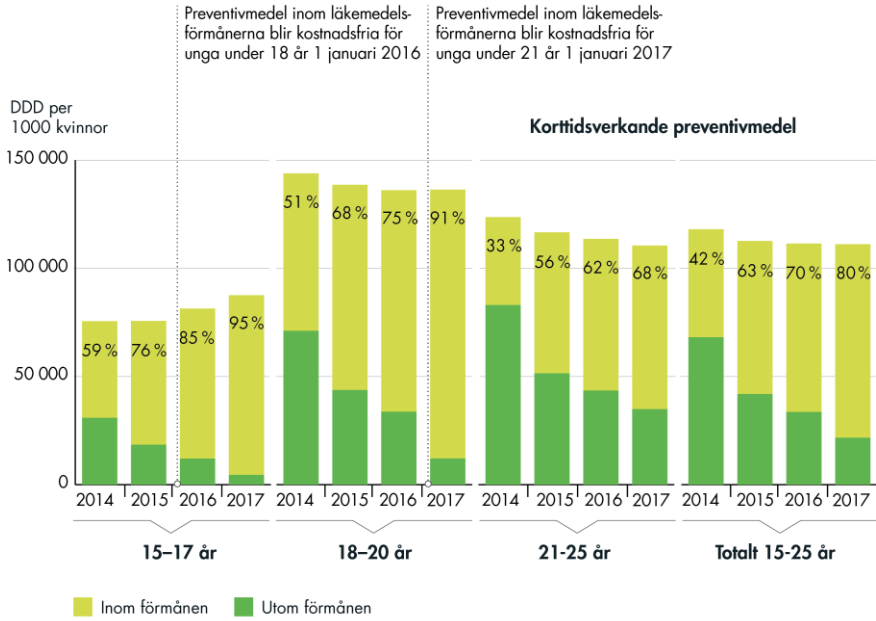
Det finns ingen statistik över *användningen* av preventivmedel. Däremot finns uppgifter om *försäljningen* av preventivmedel. Försäljning är inte nödvändigtvis samma sak som användning, eftersom unga kan hämta ut förskrivna preventivmedel men sedan inte använda dem. Försäljningen av hormonella preventivmedel kan följas via Socialstyrelsens läkemedelsregister och e-Hälsomyndighetens försäljningsstatistik. Däremot saknas nationell statistik över användningen och försäljning av kondom. Det finns inte heller statistik över användningen av kopparspiral – eftersom det är en medicinteknisk produkt ingår den inte i försäljningsstatistiken. Det gör att det inte på ett enkelt sätt går att följa eventuella förändringar i användarmönster mellan hormonella och icke hormonella preventivmetoder.

Figurena 29 och 30 visar översiktligt hur försäljningen av korttidsverkande respektive långtidsverkande preventivmedel ser ut och har utvecklats för olika åldersgrupper mellan 2014 och 2017 på nationell nivå. När det gäller 15–17-åringarna ses en viss ökning av både korttids- och långtidsverkande preventivmedel. Bland 18–20-åringarna ökar försäljningen av långtidsverkande preventivmedel, medan det inte händer så mycket med försäljningen av de korttidsverkande. När det gäller 21–25-åringarna minskar försäljningen av korttidsverkande preventivmedel och försäljningen av långtidsverkande ökar. För samtliga åldersgrupper syns en

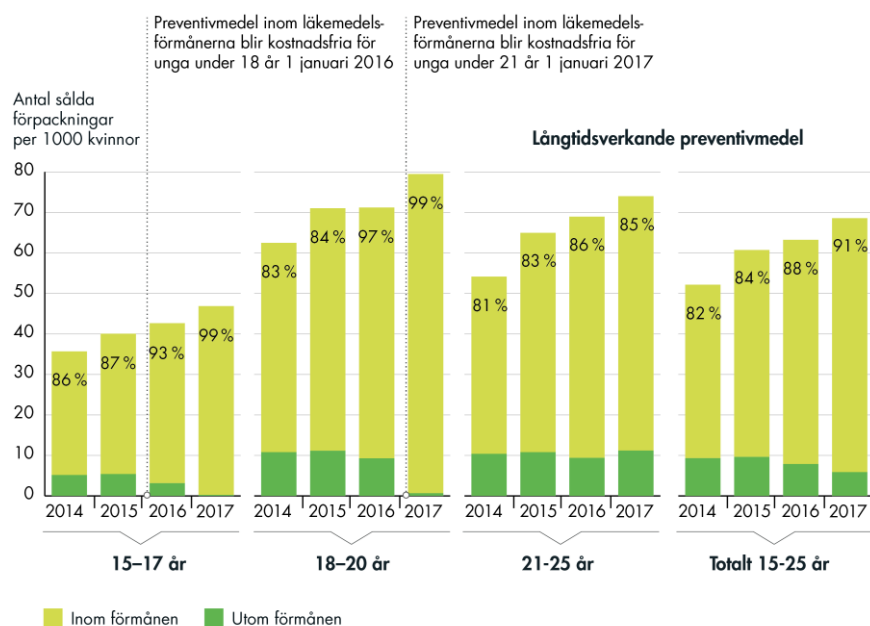


förskjutning mot en allt större andel preventivmedel inom förmånen, i synnerhet när det gäller korttidsverkande preventivmedel.

Figur 28. Försäljning av korttidsverkande preventivmedel till unga i olika åldersgrupper 2014–2017.



Not: Korttidsverkande preventivmedel mäts här i enheten antal DDD. DDD står för definierad dygnsdos och är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation. Procentandelarna i staplarna anger hur stor andel som utgörs av preventivmedel inom förmånen. Källa: e-Hälsomyndigheten.

Figur 29. Försäljning av långtidsverkande preventivmedel till unga i olika åldersgrupper 2014–2017.

Källa: e-Hälsomyndigheten.

Utifrån den här redovisningen kan vi inte dra slutsatser om reformens effekter på preventivmedelsförsäljningen. Däremot ger den en första översiktlig inblick i statistiken. Det går till exempel inte att avgöra ifall de förändringar som ses i gruppen unga 18–20 år har att göra med kostnadsfriheten som infördes 1 januari 2017, eller om förändringar i gruppen unga 15–17 år beror på att receptbelagda läkemedel (inklusive preventivmedel) inom läkemedelsförmånen blev kostnadsfria för unga under 18 år 1 januari 2016. Vi kommer att fortsätta arbetet med att följa upp användningen av preventivmedel i målgruppen och återkomma till det i slutrapporten 2020.

4.10 HUR KOMMER VI ATT FÖLJA UPP RESULTATEN AV REFORMEN TILL 2020

Det är för tidigt att dra slutsatser om reformen inneburit en ökad användning av preventivmedel i målgruppen, och därigenom lett till en minskning av antalet oönskade graviditeter. I slutrapporten 2020 kommer

vi att belysa frågor om resultat, effekter och hållbarhet över tid. Vi planerar att analysera ungas användning av preventivmedel i en forskningsstudie som kommer att omfatta följande övergripande frågeställningar:

- Har användningen av preventivmedel bland unga i målgruppen förändrats (generellt och i socioekonomiskt utsatta grupper)?
- I vilken grad bedöms en eventuell ökning i användningen av preventivmedel bero på införandet av kostnadsfrihet?
- Har det skett någon förändring av oönskade graviditeter (aborter) bland unga i målgruppen?
- I vilken grad bedöms eventuella förändringar bero på införandet av kostnadsfria preventivmedel?
- I vilken utsträckning kan eventuella resultat/effekter förväntas kvarstå över tid?
- Hur har den statliga subventionen påverkat landstingens tidigare nivå av subventionering av preventivmedel för unga upp till 25 år?

4.11 SLUTSATSER

Syftet med reformen är enligt regeringen att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop.2016/17:1 utgiftsområde 9). I förarbetena till reformen skriver regeringen att oplanerade graviditeter dessutom är vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa bland såväl mödrar som barn. Subvention kan därför, enligt regeringen, vara ett effektivt sätt att minska antalet oönskade graviditeter och reducera risken för tidigt barnafödande, speciellt bland kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning. (Ds 2015:59) Utifrån vår uppföljning drar vi följande slutsatser.

Det är viktigt att arbeta för att minska oönskade graviditeter bland unga

Det finns ett värde i att försöka minimera oönskade graviditeter bland unga, både ur ett individ- och ett samhällsperspektiv. Därför finns det ett behov av fortsatt arbete för att minska antalet oönskade graviditeter.

Sammanfattningsvis har tonårsgraviditeterna minskat över tid. Abortstatistiken visar att antalet tonårsaborter (15–19 år) har minskat med 47 procent under de senaste tio åren, från 25,4 aborter per 1 000 i åldersgruppen 2006 till 13,4 år 2016. Aborter har länge varit vanligast i

åldersgruppen 20–24 år, följt av åldersgruppen 25–29 år. Under de senaste åren har dock aborter i åldersgruppen 20–24 år minskat. Antalet tonårsfödslar har också minskat över tid, dock inte lika mycket som antalet aborter (Socialstyrelsens statistikdatabas).

Det finns indikationer på att både aborter och födslar (tonårsgraviditeter) är ojämnt fördelade mellan socioekonomiska grupper. När vi jämför Sverige med andra länder ser vi också att Sverige har höga aborttal jämfört med de andra nordiska länderna.

Om syftet är att minska antalet oönskade graviditeter menar intervjupersoner att reformen borde varit mer långtgående och att preventivmedel borde vara kostnadsfria även för unga upp till 25–26 år. Intervjupersoner framhåller också att reformen borde utökas till att omfatta preventivmedel utanför läkemedelsförmånerna. En eventuell utvidgning av reformens omfattning är dock en komplex fråga som behöver utredas vidare ur flera olika perspektiv.

Nationell enhetlighet för egenavgifter är positivt ur individperspektiv men kan behöva kompletteras av andra åtgärder

Vår slutsats är att reformen om kostnadsfria preventivmedel kan innebära ökad användning av preventivmedel bland unga, och därigenom leda till en minskning i antalet oönskade graviditeter. Sverige har länge haft subventionerade preventivmedel för unga, vilket finansierats av de enskilda landstingen. Subventionernas omfattning har dock varierat mellan landstingen och över tid. Reformen har inneburit att tillgången preventivmedel har blivit mer lika i landet för unga under 21 år, vilket betraktas som positivt ur individperspektiv, särskilt med tanke på målgruppen som kanske inte har kunskap om hur hälso- och sjukvården är organiserad.

Det är viktigt för reformens genomslag att information om kostnadsfrihet når målgruppen. Vi ser att det varierar på vilket sätt ungdomsmottagningar i landstingen har arbetat för att informera unga om kostnadsfriheten och bedömer att det osäkert om den information som hittills givits har varit tillräcklig för att nå de grupper som avstår från preventivmedel av ekonomiska skäl.

Vår litteraturstudie och genomförda intervjuer visar att det finns andra faktorer som kan påverka ungas användning av preventivmedel. Intervjupersoner menar också att det behövs andra kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter i målgruppen, till



exempel nämns rådgivning, bemötande och saklig och korrekt information till unga om biverkningar. Vår enkät till ansvariga för ungdomsmottagningar visar också att det har genomförts andra insatser för att minska oönskade graviditeter bland unga.

Reformen fokuserar på avgiftsfria receptbelagda preventivmedel som används av kvinnor och den påverkar därmed inte primärt det ansvar och den roll som unga män har i att förebygga oönskade graviditeter. Enligt våra intervjupersoner upplever unga män inte lika tydligt vart de ska vända sig med frågor om preventivmedel, jämfört med unga kvinnor. Folkhälsomyndigheten har också lyft att tjejer och killar tar olika stort ansvar för preventivmedel och preventivmetoder. Det är angeläget att det främjande och förebyggande arbetet också involverar unga mäns roll och ansvar i förebyggandet av oönskade graviditeter.

Det är viktigt med saklig information gällande hormonella preventivmedels påverkan på unga kvinnors hälsa och mående

Många unga kvinnor känner oro över biverkningar av hormonella preventivmedel. Oron kan få till följd att kvinnor väljer andra preventivmetoder som ur graviditetssynpunkt är mindre säkra. Det är angeläget att kvinnor får saklig och korrekt information om hormonella preventivmedels fördelar, nackdelar och eventuella biverkningar.

4.12 VÅRA REKOMMENDATIONER

► *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga att insatser för att öka kännedomen om kostnadsfriheten*

För reformens genomslag är det viktigt att kostnadsfriheten blir känd i målgruppen. För att nå de yngsta i reformens målgrupp kan informationsinsatser i skolan vara särskilt viktiga, eftersom skolan har en möjlighet att nå ut brett till alla unga. För äldre personer i reformens målgrupp kan ungdomsmottagningarna ha en viktig funktion. Det finns också goda förutsättningar att informera målgruppen nationellt.

► *Vi rekommenderar regeringen och landstingen att överväga kompletterande insatser för att minska antalet oönskade graviditeter*

Kostnadsfriheten kan vara av betydelse för att öka användningen av preventivmedel, särskilt för unga med små ekonomiska marginaler. Det finns dock andra insatser som också kan användas för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga. Det kan till exempel handla om stärkt undervisning i skolan om sexuell och reproduktiv hälsa. Men det behövs mer kunskap om vad som är effektiva insatser. Forskning visar att individer i utsatta grupper ofta har sämre kunskap om preventivmedel, och insatserna bör därför ha ett särskilt fokus mot socioekonomiskt utsatta grupper. Det är också viktigt att se till ungas mäns roll och ansvar i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att sammanställa kunskapen om hormonella preventivmedels påverkan på unga kvinnors hälsa och mående*

Vi rekommenderar regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att kartlägga och sammanställa den kunskap som finns om hormonella preventivmedels fördelar, nackdelar och eventuella biverkningar. Kunskapen bör sammanställas på ett sätt så att den möjliggör för kvinnor att få ett stöd i beslut om val av preventivmedel. Det skulle också främja att alla kvinnor har tillgång till likvärdig information.

- ▶ *Vi rekommenderar regeringen att ge uppdrag till lämplig myndighet att följa utvecklingen av sexualitet och hälsa bland unga*

Det är angeläget att kunna följa utvecklingen inom området sexualitet och hälsa bland unga över tid för att kunna analysera eventuella förändringar och vidta lämpliga åtgärder. Den senast aktuella information som finns kring detta gäller för 2015 då Folkhälsomyndigheten genomförde en enkätundersökning till unga 16–29 år med frågor om bland annat preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter och rätten till kunskap och information. Undersökningen var en uppföljning av en liknande studie som genomfördes 2009. Studierna utgör ett kunskapsbaserat underlag och bidrar med viktig information om ungas sexuella och reproduktiva hälsa. Regeringen bör därför överväga att ge lämplig myndighet i uppdrag att följa utvecklingen av sexualitet och



hälsa bland unga, genom regelbundet återkommande undersökningar bland unga i befolkningen.

5 Referenser

Allgood, P. C., Maroni, R., Hudson, S. m.fl. (2017). *Effect of second timed appointments for non-attenders of breast cancer screening in England: a randomised controlled trial*. The Lancet. Oncology, 18, s. 972-80.

Allgood, P. C., Maxwell, A. J., Hudson, S. m. fl. (2016). *A randomised trial of the effect of postal reminders on attendance for breast screening*. British journal of cancer, 114, s. 171-6.

Altobelli, E., Rapacchietta, L., Angeletti, P.M., Barbante, L., Profeta, F.V. och Fagnano, R. (2017). *Breast cancer screening programme across the WHO European region: differences among countries based on national income level*. International journal of environmental research and public health 14, s. 452.

Austin, L. T., Ahmad, F., McNally, M. J. och Stewart, D. E. (2002). *Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model*. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 12, s. 122-8.

Bailey, T. M., Delva, J., Gretebeck, K., Siefert, K. och Ismail, A. (2005). A systematic review of mammography educational interventions for low-income women. American journal of health promotion, 20, 96-107.

Blomberg, M. (2015). *Fetma under graviditet ökar risken för både kvinna och barn*. Läkartidningen 2015;112:DMP3.

Bonfill, X., Marzo, M., Pladevall, M., Marti, J. och Emparanza, J. I. (2001). *Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening*. The Cochrane database of systematic reviews, CD002943.

Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (2015). *Varje timme får en kvinna beskedet bröstcancer*. Mammografi.

www.bro.org.se/bro/uploads/forbundet/rapporter/BRO_mammografi_w ebb.pdf. Hämtad 2018-05-27.

Bäckenbottenutbildning (2018). Klassificering av bristningar. backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klassificering-av-bristningar. Hämtad 2018-05-25.

Camilloni, L., Ferroni, E., Cendales, B. J. m. fl. (2013). *Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review*. BMC public health, 13, s. 464.

Chambers, J. A., Gracie, K., Millar, R. m. fl. (2016). *A pilot randomized controlled trial of telephone intervention to increase Breast Cancer Screening uptake in socially deprived areas in Scotland (TELBRECS)*. Journal of Medical Screening, 23, s. 141-9.

Ds 2015:59. *Särskilda satsningar på unga och äldres hälsa*.

Ekelund, M., Melander, M. & Gemzell-Danielsson, K. (2014). *Intrauterine contraception: attitudes, practice, and knowledge among Swedish health care providers*. Contraception, 89, s. 407-12.

Ekstrand, M., Larsson, M., Von Essen, L. och Tydén, T. (2005). *Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits--a focus group study among 17-year-old female high-school students*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84, s. 980-6.

Esscher, A. (2014). *Maternal mortality in Sweden. Classification, country of birth, and quality of care*. Doktorsavhandling Uppsala universitet 2014.

Falk, G., Ivarsson, A. B. och Brynhildsen, J. (2010). *Teenagers' struggles with contraceptive use - What improvements can be made?* European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15, s. 271-9.

Fleming, P., Mooney, T. och Fitzpatrick, P. (2012). *Impact of second reminder invitation on uptake of screening and cancer detection in BreastCheck*. Irish medical journal, 105, s. 7-9.

Folkhälsomyndigheten (2016). *Finns det effektiva metoder som är särskilt lämpade för att främja hälsa eller förebygga ohälsa bland individer med låg utbildningsnivå?*

Folkhälsomyndigheten (2017a). *Folkhälsans utveckling - årsrapport 2017*.

Folkhälsomyndigheten (2017b). *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige. UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år.*

Folkhälsomyndigheten (2018a).
www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/medellivslangd/. Hämtad 2018-05-25.

Folkhälsomyndigheten (2018b). *Statistikdatabas Folkhälsodata*
http://foh-mapp.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbaFyshalsallman/HLV_Allmant_halsotillstand_alder.px/?rxid=1f9ff090-4bce-42a3-af45-570d11ab5c53.

FN – Förenta Nationerna (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICER, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.*

Försäkringskassan (2014). *Analys av sjukfrånvarons variation Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid.*
 Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2017). *Socialförsäkringen i siffror 2017.*

Gardner, M. P., Adams, A. och Jeffreys, M. (2013). *Interventions to increase the uptake of mammography amongst low income women: a systematic review and meta-analysis.* PLoS One, 8, e55574.

Gemzell-Danielsson, K., Thunell, L., Lindeberg, M., Tydén, T., Marintcheva-Petrova, M. och Oddens, B. J. (2011). *Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden.* Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 90, s.869-77.

Graviditetsregistret (2016). *Årsrapport 2016. Tema: Psykisk ohälsa.*
 Tillgänglig:
https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport_2016_2.1.pdf Hämtad 2018-02-19.

Guleria, S., Juul, K. E., Munk, C. m. fl. (2017). *Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women.* Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96, s. 286-94.

Heikinheimo, O., Gissler, M. och Suhonen, S. (2008). *Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion.* Contraception, 78, 149-54.

Helström, L., Odlind, V., Zätterström, C. m. fl. (2003). *Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden*. Scandinavian Journal of Public Health, 31, s. 405-10.

Helström, L., Zätterström, C. och Odlind, V. 2006. *Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents*. Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 19, s. 209-13.

Hildingsson, I., Westlund, K. och Wiklund, I. (2013). *Burnout in Swedish midwives*. Sexual & Reproductive Healthcare 4, s. 87-91.

Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., Eriksson, M. och Tydén, T. (2011). *Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: comparisons between genders, study programmes, and over time*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16, s. 36-46.

Häggström-Nordin, E., Hanson, U. och Tydén, T. (2002). *Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time*. Journal of Adolescent Health, 30, s. 288-95.

IFAU (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering). *Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar 2009*.

Ingram, J. och Salmon, D. (2010). *Young people's use and views of a school-based sexual health drop-in service in areas of high deprivation*. Health Education Journal, 69, s.227-35.

Institutet för Hälsa och Välfärd (2011). *Induced abortions in the Nordic countries 2009*.

Institutet för Hälsa och Välfärd (2018). *Induced abortions in the Nordic countries 2015*. thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortions-in-the-nordic-countries. Hämtad april 2018.

Jensen, L. F., Pedersen, A. F., Andersen, B. och Vedsted, P. (2015). *Self-assessed health, perceived stress and non-participation in breast cancer screening: A Danish cohort study*. Preventive Medicine, 81, s. 392-8.

Jensen, L. F., Pedersen, A. F., Bech, B. H., Andersen, B. och Vedsted, P. (2016). *Psychiatric morbidity and non-participation in breast cancer screening*. Breast, 25, s. 38-44.

Kerrison, R. S., Shukla, H., Cunningham, D., Oyebode, O. och Friedman, E. (2015). *Text-message reminders increase uptake of routine breast screening appointments: a randomised controlled trial in a hard-to-reach population*. British journal of cancer, 112, s. 1005-10.

Kopp Kallner, H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M. och Gemzell-Danielsson, K. (2015). *Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey*. PLoS ONE [Electronic Resource], 10, e0125990.

Lagerlund, M., Sparén, P., Thurfjell, E., Ekblom, A. och Lambe, M. (2000a). *Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour*. European Journal of Cancer Prevention, 9, s. 25-33.

Lagerlund, M., Hedin, A., Sparén, P., Thurfjell, E. och Lambe, M. (2000b). *Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program*. Preventive Medicine, 31, s. 417-28.

Lagerlund, M., Widmark, C., Lambe, M. och Tishelman, C. (2001). *Rationales for attending or not attending mammography screening--a focus group study among women in Sweden*. European Journal of Cancer Prevention, 10, s. 429-42.

Lagerlund, M., Maxwell, A. E., Bastani, R., Thurfjell, E., Ekblom, A. och Lambe, M. (2002). *Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening--a population-based register study (Sweden)*. Cancer Causes & Control, 13, s. 73-82.

Lagerlund, M., Sontrop, J. M. och Zackrisson, S. (2014). *Psychosocial factors and attendance at a population-based mammography screening program in a cohort of Swedish women*. BMC Women's Health, 14, s. 33.

Lagerlund, M., Drake, I., Wirfalt, E., Sontrop, J. M. och Zackrisson, S. (2015a). *Health-related lifestyle factors and mammography screening attendance in a Swedish cohort study*. European Journal of Cancer Prevention, 24, s. 44-50.

Lagerlund, M., Merlo, J., Vicente, R. P. och Zackrisson, S. (2015b). *Does the Neighborhood Area of Residence Influence Non-Attendance in an Urban Mammography Screening Program? A Multilevel Study in a Swedish City*. PLoS ONE [Electronic Resource], 10, e0140244.

Löf –Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (2018). *Slutrapport Säker förlossningsvård. Omgång 2, 2012-2017*. lof.se/wp-content/uploads/S%C3%A4ker-f%C3%B6rlossning-slutrapport2.pdf. Hämtad 2018-05-28.

Larsson, B. (2017). *Treatment for childbirth fear with a focus on midwife-led counselling. A national overview, women's birth preferences and experiences of counselling*. Doktorsavhandling Uppsala universitet 2017.

- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R. och Tydén, T. (2006). *Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students*. Scandinavian journal of public health, 34, s. 124-31.
- Larsson, M., Tydén, T., Hanson, U. och Häggström-Nordin, E. (2007). *Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 12, s. 119-24.
- Legler, J., Meissner, H. I., Coyne, C., Breen, N., Chollette, V. och Rimer, B. K. (2002). *The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 11, s. 59-71.
- Lidell, E., Luepker, R., Baigi, A., Lagiou, A. och Hildingh, C. (2008). *Medication usage among young adult women: a comparison between Sweden, the USA, and Greece*. Nursing & Health Sciences, 10, s. 4-10.
- Lindgren, L. (2006). *Utvärderingsmonstret: kvalitets- och effektmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindh, I., Hognert, H. och Milsom, I. (2016). *The changing pattern of contraceptive use and pregnancies in four generations of young women*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 95, s. 1264-72.
- Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H., Milsom, I. och Lidegaard, O. (2017). *Contraceptive use in the Nordic countries*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 96, s. 19-28.
- Läkemedelsverket (2018) *Preventivmetoder för att undvika graviditet*. Hämtad från lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Behandlingsrekommendationer/Behandlingsrekommendationer-A-O/Behandlingsrekommendationer---listan/Preventivmetoder-for-att-undvika-graviditet-antikonception-/. Hämtad april 2018.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. och Larsson, M. (2013). *Sverige har Nordens högsta aborttal. Önskad graviditeter bör ses i helhetsperspektiv – individer, vård, samhälle*. Läkartidningen. 2013;110:CEDC.
- Masi, C. M., Blackman, D. J. och Peek, M. E. (2007). *Interventions to enhance breast cancer screening, diagnosis, and treatment among racial and ethnic minority women*. Medical Care Research & Review, 64, s. 195S-242.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015). *Fokus 15 del 2. Särskilt utsatta ungdomsgrupper. Ungas sexuella och reproduktiva rättigheter.*

Norredam, M., Nielsen, S. S. och Krasnik, A. (2010). *Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review.* European Journal of Public Health, 20, s. 555-63.

OECD Health at a glance 2017. Obstetric trauma. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/obstetric-trauma_health_glance-2017-38-en. Hämtad 2018-05-28.

Offman, J., Myles, J., Ariyanayagam, S., m. fl. (2014). *A telephone reminder intervention to improve breast screening information and access.* Public health, 128, s. 1017-22.

Olsson, S., Andersson, I., Karlberg, I., Bjurstam, N., Frodis., E. och Håkansson, S. (2000). *Implementation of service screening with mammography in Sweden: from pilot study to nationwide programme.* Journal of Medical Screening, 7, s. 14-18.

Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R. och von Karsa, L., Eds., Puthaar, E. Techn. Ed. (2006) *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition.* Office for official publications of the European communities. European Commission.

Ponti, A., Anttila, A., Ronco, G. och Senore, C. (2017). *Cancer screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening.* Bryssel: European Commission.

prop. 2015/16:1. *Budgetpropositionen för 2016.*

prop. 2015/16:138. *Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården.*

prop. 2016/17:1. *Budgetpropositionen för 2017.*

prop. 2016/17:99. *Vårändringsbudget för 2017.*

prop. 2017/18:1. *Budgetpropositionen för 2018.*

Rasch, V., Gammeltoft, T., Knudsen, L.B. m. fl. (2008). *Induced abortion in Denmark: effect of socioeconomic situation and country of birth.* Eur. J. Public Health 18, s. 144-9.

Regeringskansliet (2016). *Insatser för kvinnors hälsa.* www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/ Hämtad 2018-05-09.

Regeringskansliet (2018).

www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/informationssatsning-for-battare-stod-och-eftervard-till-kvinnor-som-fott-barn/. Hämtad 2018-05-25.

Region Östergötland (2016). *Behovsanalys och brukardialog 2016*, Dnr HSN 2016-253.

Regionala cancercentrum i samverkan (2018). *Tidig upptäckt av bröstcancer*. www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/mammografiscreening/. Hämtad 2018-05-28.

RFSU - Riksförbundet för sexuell upplysning (2014). *RFSU:s Sverigebarometer 2014. Hur bra är ditt landsting på sexualpolitik, vård och hälsa?*

RFSU - Riksförbundet för sexuell upplysning (2015). *RFSU:s Sverigebarometer 2015. Hur bra är ditt landsting på sexualpolitik, vård och hälsa?*

RFSU - Riksförbundet för sexuell upplysning (2016). *Preventivmedel 2016. En del av RFSUs Sverigebarometer*.

Ritenius Manjer, Å. (2017). *Det motsägelsefulla beslutet: Om kvinnors syn på och erfarenheter av mammografiscreening*. Doktorsavhandling Socialhögskolan, Lund.

SCB – Statistiska centralbyrån (2016a). *Ovanligt många barn födda 2016*. www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Ovanligt-manga-barn-fodda-2016/, hämtad 2018-05-25.

SCB – Statistiska centralbyrån (2016b). *Undersökningarna av levnadsförhållanden. Levnadsförhållanden efter födelselandsgrupp, 2014-2015*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/tabell-och-diagram/levnadsforhallanden-efter-fodelselandsgrupp/tabeller-efter-fodelselandsgrupp-20142015/>. Hämtad 2018-05-28.

SCB – Statistiska centralbyrån (2017). *Trender och prognoser 2017*.

SCB – Statistiska centralbyrån (2018). *Sveriges framtida befolkning 2018–2070*. www.scb.se, hämtad 2018-05-25.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Rekommendation om gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention*. Dnr 12/7264.

SKL– Sveriges Kommuner och Landsting (2014a). *(O)jämställdhet i hälsa och vård*. Reviderad upplaga 2014.

SKL– Sveriges Kommuner och Landsting (2014b). Patientavgifter fr. o. m den 1 januari 2014. Daterat 2014-01-13, dnr 14/0130.

SKL– Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Nationella vårdprogram, screeningkallelser och nätverksbildning. Utvecklingsinsatser för en stärkt cancervård*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016a). *En förbättrad förlossningsvård och andra insatser för kvinnors hälsa. Redovisning av insatser och utmaningar inom överenskommelsen*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016b). *Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus. Kartläggning av nuläge och förbättringsområden*.

SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017a). *Sommaren i vården kartlagd*. Promemoria 2017-09-20. Hämtad från www.skil.se 20180507.

SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017b). *Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter. Kunskapsunderlag juni 2017*.
<https://skil.se/download/18.47796ff915cac6799e489d2e/1498036311829/Starke-kompetensforsorjning-inom-forlossningsvarden-atta-mojligheter-SKL.pdf> Hämtad 2018-05-09.

SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017c). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Redovisning av insatser och utmaningar inom överenskommelsen*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2018*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). *Nationella programområden*.
skil.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskap/sstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html. Hämtad 2018-05-27.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018c). *Trygg hela vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018d). *Trygg hela vägen. Nio möjligheter att utveckla vården före, under och efter graviditet*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018e). *Enkät om kvinnors upplevelser av mödrahälso- och förlossningsvården*.
<https://skil.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/forlossnin>

gsvardkvinnorshalsa/graviditetsenkaten.13922.html. Hämtad 2018-05-30.

Skolinspektionen (2018). *Sex och samlevnadsundervisning*. Diarienummer 2016:11445.

Socialdepartementet (2009). *Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet – idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter*.

Socialdepartementet (2015a). *Godkännande av en överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa*. S2015/07777/FS.

Socialdepartementet (2015b). *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa*. S2015/07801/FS.

Socialdepartementet (2015c). *Uppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa*. S2015/08111/FS; S2016/00846/FS (delvis).

Socialdepartementet (2015d). *Uppdrag om att systematiskt sammanställa kunskap på förlossningsområdet*. S2015/2044/FS.

Socialdepartementet (2016a). *Godkännande av en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017*. S2016/07839 FS.

Socialdepartementet (2016b). *Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015-2019*. S2016/06724/FS (delvis).

Socialdepartementet (2016c). *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa*. S2016/00845/FS.

Socialdepartementet (2017a). *Godkännande av en överenskommelse avseende 2017-2019 om ökat tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa*. S2016/00844/FS, S2017/00425/FS.

Socialdepartementet (2017b). *Godkännande av en tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa*. S2017/03585/FS.

Socialdepartementet (2017c). *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med överenskommelsen Ökad tillgänglighet och jämlikhet i*

förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. S2017/00840FS.

Socialdepartementet (2017d). *Uppdrag att utbetala medel till landstingen i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. S2017/03847/FS.*

Socialdepartementet (2018a). *Bemyndigande att underteckna en tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2018-2019. S2018/01950/FS.*

Socialdepartementet (2018b). *Medel för särskilda insatser med anledning av tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2018-2019. S2018/02148/FS.*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2015). *En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017a). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017 - 2019.*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017b). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017 - 2019.*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2018). *Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 - 2019.*

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer.*

Socialstyrelsen (2008). *Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk.*

Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Kap 7. Hälsa och sjukvård.*

Socialstyrelsen (2014a). *Screening för bröstcancer. Rekommendationer och bedömningsunderlag.*

Socialstyrelsen (2014b). *Öppna jämförelser: folkhälsa 2014.*

Socialstyrelsen (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet.*

Socialstyrelsen (2016a). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete.*

Socialstyrelsen (2016b). *Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning.*

Socialstyrelsen (2017a). *Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning. En översikt av befintliga kunskapsstöd och kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd.*

Socialstyrelsen (2017b). *Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.*

Socialstyrelsen (2017c). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning.*

Socialstyrelsen (2017d). *Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och omsorg?*

Socialstyrelsen (2017e). *Statistik om aborter 2017.*

Socialstyrelsen (2018a). *Nationella planeringsstödet 2018. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.*

Socialstyrelsen (2018b). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016.* Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-1-6>

Socialstyrelsen (2018c). *Statistikdatabas Graviditeter, förlossningar och nyfödda.*
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>, Fig s 19 kap 2.

Socialstyrelsen (2018d).
www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/kvinnorshalsaochgraviditet/abort.
Hämtad 2018-05-27.

Socialstyrelsen (2018e). *Komplikationer efter förlossning. Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer.* SOU 2015:86 – *Betänkande av Jämställdhetsutredningen. Mål och myndighet. En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken.*

SOU 2016:55 - *Det handlar om jämlik hälsa - delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.*

SOU 2017:9 – *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar. Delbetänkande av Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar.*

SOU 2017:47- *Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

Spadea, T., Bellini, S., Kunst, A., Stirbu, I. och Costa, G. (2010). *The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review.* Preventive medicine, 50, s. 159-64.

SBU -Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016a). *Analssfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter.* SBU Kartläggning, Rapport 249/2016.

SBU -Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016b). *Behandling av förlossningsskador som uppkommer vid vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter.* SBU Kartläggning, Rapport 250/2016.

Stenhammar, C., Ehrsson, Y. T., Åkerud, H., Larsson, M. och Tydén, T. (2015). *Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden - repeated surveys over a 25-year period.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 94, s. 253-9.

Stone, E. G., Morton, S. C., Hulscher, M. E. m. fl. (2002). *Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis.* Ann Intern Med, 136, s. 641-51.

Svensk förening för obstetrik & gynekologi SFOG (2016). *10 punkter för jämlik kvinnovård.* <https://www.sfog.se/media/285907/mdel.pdf> . Hämtad 2018-05-09.

Svensk kvinnolobby (2017). *Med rätt att föda. En granskning av satsningar på förlossningsvården i budgetpropositionen för 2018.* <http://sverigeskvinnolobby.se/wp-content/uploads/2017/12/med-ratt-att-foda-web-1.pdf> . Hämtad 2018-02-13.

Sydsjö, A., Sydsjö, G., Bladh, M. och Josefsson, A. (2014). *Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden*. BMC public health, 14, s. 523.

Thorsén, C., Aneblom, G. och Gemzell-Danielsson, K. (2006). *Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls: focus group discussions*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 11, s. 302-9.

Tydén, T., Palmqvist, M. och Larsson, M. (2012). *A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91, s. 215-9.

Törnberg, S., Lidbrink, E. och Henriksson R. (2014) *Augiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. Studie i Stockholms län visar på bra effekt i socioekonomiskt svaga områden*. Läkartidningen 2014, s. 111-114.

umo.se (2018). umo.se/skaneonline; um.se/Ungdomsmottagningar/UM-Varmland-online). Hämtad 2018-05-27.

Waldenström, U., Aasheim, V., Nilsen, A.B., Rasmussen, S., Pettersson, H.J och Schytt, E. (2014). *Adverse pregnancy outcomes related to advanced maternal age compared with smoking and being overweight*. Obstetrics & Gynecology 123, 104-12.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. 3. omarb. och uppdaterade uppl., Lund: Studentlitteratur.

von Euler-Chelpin, M., Olsen, A. H., Njor, S., Jensen, A., Vejborg, I., Schwartz, W. & Lyng, E. (2008). *Does educational level determine screening participation?* European Journal of Cancer Prevention, 17, s. 273-8.

www.1177.se (2018a). *Preventivmedel – skydd mot graviditet*. www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Preventivmedel--skydd-mot-graviditet/. Hämtad 2018-04.

www.1177.se (2018b). *Abortlagen*. www.1177.se/Uppsala-lan/Regler-och-rattigheter/Abortlagen/). Hämtad 2018-05-27.

Vårdanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5.

Vården i siffror, vardenisiffror.se

Zackrisson, S., Andersson, I., Manjer, J. och Janzon, L. (2004). *Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable*

socio-economic circumstances and advanced carcinoma. Int J Cancer, 108, s. 754-60.

Zackrisson, S., Lindstrom, M., Moghaddassi, M., Andersson, I. & Janzon, L. (2007). *Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis*. Scandinavian Journal of Public Health, 35, s. 548-54.

6 Bilagor

BILAGA 1 – METOD

I arbetet med delrapporten har flera olika metoder använts för att

- följa upp och analysera insatserna som syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa och insatserna för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden
- följa upp och analysera införandet av avgiftsfri mammografiscreening
- följa upp och analysera införandet av kostnadsfria preventivmedel.

Vårdanalys har använt flera olika datakällor och analysmetoder som presenteras i denna metodbilaga. Följande datainsamlingsmetoder har använts för delrapporten:

- analys och sammanställning av statistik från Graviditetsregistret, Medicinska födelseregistret, Läkemedelsregistret, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, e-hälsomyndigheten, Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen, SCB samt abortstatistik från Socialstyrelsen
- datainsamling och analys av insatser som påbörjats inom förlossningsvården, primärvården och övrig hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa genom uppgifter lämnade av landstingen i webbenkät/rapporteringsfil
- enkätundersökningar till ansvariga för mammografiverksamheter
- enkätundersökning om preventivmedel till ansvariga för ungdomsmottagningar

- fördjupade intervjuer inom tre landsting
- förfrågan till samtliga Läkemedelskommittéer om hantering av preventivmedel utanför läkemedelsförmånen
- intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare, professionsföreträdare och patientföreträdare
- intervjuer med samtliga kontaktpersoner för överenskommelserna i landstingen
- litteratur- och dokumentstudier av rapporter, studier och annat underlag som rör den samlade satsningen
- strukturerade litteraturstudier om mammografiscreening och preventivmedel.

I metodbilagan redovisar vi först gemensamma metoder som har använts för uppföljning av överenskommelserna, reformen om avgiftsfri mammografi samt reformen om kostnadsfria preventivmedel. Därefter följer enskilda metodavsnitt för respektive del.

Intervjuer

Intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare

Intervjuer med forskare, experter, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare genomfördes under våren 2017 samt hösten och vintern 2017/2018, antingen via möte eller telefon. Under vintern 2017/2018 genomfördes också fördjupade intervjuer med olika personer i tre landsting.

I några fall önskade respondenterna ge skriftliga svar. Då skickades våra frågor till respondenterna som besvarade frågorna skriftligen. Vissa intervjuer omfattade både frågor om förlossningsvård och preventivmedel.

I rapporten används begreppet *expert* om de intervjupersoner som arbetar inom ett visst sakområde. Det kan exempelvis vara intervjupersoner som arbetar på myndighet med specialistkunskap inom ett visst område. Begreppet *forskare* används om de intervjupersoner som är intervjuade i sin roll som yrkesverksamma forskare inom universitet eller högskola. I rapporten används begreppet *verksamhetsföreträdare* om de intervjupersoner företräder en viss verksamhet inom ett landsting eller som arbetar på uppdrag av ett landsting, till exempel en verksamhetschef.

Begreppet *professionsföreträdare* används om de intervjupersoner som är intervjuade i egenskap av företrädare för en viss professionsorganisation. I flera fall kan en intervjuperson tillhöra flera av dessa kategorier samtidigt.

För samma typ av verksamhet eller samma typ av funktion användes samma intervjuguide. I bilaga 5 redovisar vi vilka personer vi intervjuat inom ramen för uppdraget och inom vilket/vilka sakområden de intervjuats.

Intervjuer med patientföreträdare

Intervjuer med patientföreträdare genomfördes under vintern 2017/2018. Intervjuerna skedde antingen via ett direkt möte, via telefon eller via e-post, beroende på respondenternas önskemål. I bilaga 5 anger vi vilka patientföreträdare vi intervjuat inom ramen för delrapporten.

Databearbetning och analys av offentlig statistik

I delrapporten har vi huvudsakligen använt oss av offentligt tillgänglig statistik. Vi har använt uppgifter från senast tillgängliga år. De data som redovisas kommer till största delen från tiden innan satsningarna och beskriver utgångsläget vid starten av arbetet/införandet av reformerna.

När vi har hämtat offentligt tillgänglig statistik direkt från andra myndigheter eller från SKL, såsom Socialstyrelsens databaser, Försäkringskassans databaser, SCBs statistikdatabaser, Folkhälsomyndigheten och Öppna jämförelser har vi redovisat detta under respektive figur och beskriver inte det vidare. Mer detaljerad information om den statistiken finns hos respektive källor. Graviditetsregistret är ett kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsgrad och täcker i dag 92 procent av alla graviditeter i Sverige. Graviditetsregistret har tillhandahållit data om antalet inskrivna per barnmorska i mödrahälsovården, om antalet bristningar av grad III och IV fram till och med 2017 samt om hur de födande skattar sin förlossningsupplevelse vid hemgång från förlossning eller BB.

BILAGA 2 – METOD FÖR UTVÄRDERING AV ÖVERENSKOMMELSEN OM FÖRLOSSNINGSVÅRD OCH INSATSER FÖR KVINNORS HÄLSA

Datainsamling från landstingen för insatser inom förlossningsvården och insatser för kvinnors hälsa

För att kunna följa upp och analysera de insatser som landstingen har initierat inom ramen för överenskommelserna har vi tillsammans med SKL inhämtat redovisningar från landstingen. Inhämtandet av data genomfördes vid två tillfällen, i juni 2017 och i februari 2018, och avsåg sammantaget pågående eller avslutade insatser under perioden 2016-2017.

Enkäten ”Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa” skickades ut som en webbenkät från SKL i juni 2017. I sina svar redovisar landstingen pågående eller avslutade insatser inom ramen för överenskommelserna. Enkäten syftade primärt till att få en bild av genomfört arbete, hur landstingen fördelat medel och insatser mellan olika resultatområden och särskilda målgrupper. Landstingen fick också kortfattat ange huruvida de bedömde att insatserna lett till avsedda resultat. Landstingen rapporterade också om de använt medel till bemanning och gav en prognos av bemanningsbehov under kommande fem år.

I februari 2018 inhämtades uppdateringar av dessa uppgifter från varje landsting där de fick komplettera och ändra i en fil som innehöll det egna landstingets redovisning från webbenkäten 2017.

Under den första analysen fann vi en rad oklarheter i redovisningarna. Vi tog därför kontakt med landstingen under hösten 2017 för att be om förtydliganden.

Utifrån svaren i redovisningen har vi analyserat innehållet i insatserna, om insatserna har fokus på särskilda målgrupper, i vilken utsträckning medlen använts till bemanning samt hur bemanningen fördelar sig mellan olika yrkeskategorier. Det har, förutom för bemanning, inte varit möjligt att få uppgifter om budget på insatsnivå. Under våren 2018 har vi också ställt kompletterande frågor till landstingens kontaktpersoner. Frågorna handlade om hur beslutsgången varit för medlens fördelning, vilka beslutsunderlag som legat till grund för prioriteringarna och om man fört någon form av strukturerad patientdialog med patienter eller patientorganisationer i samband med val av insatserna. 18 landsting svarade på dessa frågor.

Klassificering av redovisade insatser

Landstingen rapporterade totalt 509 pågående eller avslutade insatser för perioden 2016-2017. Men ett mindre antal insatser (15) påbörjas enligt redovisningarna under 2018, och de insatserna exkluderades därför. Ytterligare två insatser exkluderades då de avsåg dubbelredovisningar, det vill säga samma insats hade rapporterats två gånger. Sammantaget baseras analysen av landstingens insatser på redovisning av 492 insatser för perioden 2016-2017. Ett fåtal insatser har enligt redovisningarna påbörjats under 2015. De har fortsatt under 2016/2017 och finansierats med medel från överenskommelserna.

För att skapa struktur i materialet har vi klassificerat insatserna utifrån: 1) verksamhetsområde, 2) resultatområde, samt 3) särskilt fokus. Klassificeringen beskrivs mer detaljerat nedan.

Verksamhetsområde

Insatserna har klassificerats i huvudkategorierna *Graviditetsvård*, *Primärvård* och *Övrig hälso- och sjukvård*.

Kategorin *Graviditetsvård* avser hela vårdkedjan för graviditet, förlossning och eftervård. Rent organisatoriskt utgör inte graviditetsvården ett eget verksamhetsområde. Vi har dock valt att klassificera och redovisa det som en egen kategori, för att synliggöra landstingens arbete med kvinnor under och efter graviditet och förlossning. Organisatorisk hemvist är heller inte det mest centrala ur ett patientperspektiv. Sammanfattningsvis innebär det att kategorin *Graviditetsvård* omfattar insatser som genomförs inom både primärvård (mödravård) och övrig hälso- och sjukvård.

Primärvård avser insatser som genomförs i primärvården, exklusive insatser till gravida kvinnor inom mödravården.

Övrig hälso- och sjukvård avser insatser som genomförs inom såväl öppen som sluten specialiserad vård.

Insatser som spänner över flera verksamhetsområden, till exempel utbildning av personal inom både primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård, har vi klassificerat som tillhörande flera verksamhetsområden. För ett mindre antal insatser har det inte gått att bedöma vilket verksamhetsområde en insats tillhör. Vi har då klassificerat insatsen inom verksamhetsområde *Okänt*.

Tolkningen av verksamhetsområde har gjorts utifrån den information om organisation som lämnats av landstingen. Vid genomförandet av

klassificeringen blev det tydligt att landstingens olika sätt att organisera hälso- och sjukvården gör att verksamheter som i vissa landsting hör till primärvården i andra landsting är hemmahörande inom den specialiserade vården. Vi har valt att klassificera insatserna utifrån den information landstingen själva gett om organisationstillhörighet. Det innebär att insatser av liknande karaktär kan återfinnas inom både primärvård och övrig hälso- och sjukvård.

Resultatområde

Vi har, utifrån de mål och prioriterade områden som identifierats i överenskommelserna (Överenskommelse 1, 2 och 3), formulerat ett antal resultatområden. Som beskrivits i kap 1.2 är det svårt att få en tydlig bild av mål, syfte och prioriteringar för överenskommelserna. Det är därför viktigt att tydliggöra att det är Vårdanalys tolkning av överenskommelserna som ligger till grund för identifierade resultatområden och klassificeringen.

Landstingen ges stor frihet att, inom ramen för överenskommelserna, själva besluta hur tilldelade medel ska användas. Det betyder att landstingen kan genomföra insatser som inte syftar till förändring inom något av de identifierade resultatområdena. Vi har därför, utöver de resultatområden som identifierats i överenskommelserna, skapat kategorin Andra insatser. Förutom insatser som inte har koppling till något annat resultatområde finns här insatser som är så breda och allmänna att de inte kan klassificeras under ett enskilt resultatområde samt insatser där vi inte har kunnat avgöra vilket resultatområde som avses.

I tabellen nedan redovisas de resultatområden som använts.

Resultatområde	Innehåll
Bemanning och kompetensförsörjning	Insatser för att stärka bemanningen, kompetensförsörjningen eller förbättra arbetsmiljön. Det kan till exempel handla om rekrytering av personal, vidareutbildning av personal, löneflytt eller omfördelning av arbetsuppgifter. I kategorin finns också insatser som syftar till att kompetensutveckla personal inom för verksamheten centrala områden.
Identifiering, bemötande och behandling	Insatser för att stärka i första hand primärvårdens (inkl. mödravårdens) insatser som främjar kvinnors hälsa. Det kan vara



	insatser som syftar till att främja kvinnors hälsa generellt, eller insatser riktade till en specifik målgrupp såsom kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Insatserna kan avse arbete för att bättre identifiera och bemöta patientgrupper eller utveckling och förbättring av den vård och behandling som kvinnor ges.
Kunskap om sjukdomar och symtom som kvinnor drabbas av	Insatser för att stärka kunskapen om sjukdomar och symtom som kvinnor drabbas av. Det kan handla om utbildningar för att öka kunskapen hos vårdpersonal för bättre diagnostik och behandling. Resultatområdet är i första hand riktat till primärvården.
Minimera förlossningsskador	Insatser för att förebygga, identifiera, behandla och följa upp förlossningsskador. Det kan till exempel handla om utbildning av personal eller start av nya verksamheter.
Information om sexuell och reproduktiv hälsa	Insatser för att genom information främja sexuell och reproduktiv hälsa. Det kan till exempel handla om rådgivning om preventivmetoder eller information om abort.
God tillgänglighet till medicinsk abort	Insatser för att förbättra tillgängligheten till medicinsk abort. Det kan till exempel handla om utbildning av personal.
Utveckling och implementering av kunskapsstöd, vårdprogram och riktlinjer	Insatser för att utveckla och implementera kunskapsstöd, vårdprogram och riktlinjer.
Utveckling av vårdkedjan eller kontinuiteten	Insatser för att förbättra vårdkedjan eller kontinuiteten. Det kan till exempel handla om nya sätt att organisera verksamheter eller stärkt samvård mamma – barn efter förlossningen. Resultatområdet är i första hand riktat till vårdkedjan för graviditetsvården.
Andra insatser	Insatser som inte bedöms tillhöra något av resultatområdena ovan, insatser som är så breda och allmänna att de inte kan klassificeras

	under ett enskilt resultatområde eller insatser för vilka det inte varit möjligt att avgöra vilket resultatområde som avses.
--	--

Resultatområdena är inte ömsesidigt uteslutande. Det betyder att en insats kan ha koppling till flera resultatområden. Till exempel kan en insats avse implementering av kunskapsstöd för att öka kunskapen om sjukdomar som kvinnor drabbas av. Vi har i de fall en insats har koppling till flera resultatområden klassificerat insatsen utifrån det som vi har bedömt är det primära syftet med insatsen.

Särskilt fokus

I landstingens redovisningar ombads landstingen, för varje insats, ange om insatsen har ett särskilt fokus på utrikes födda, personer med låg utbildningsbakgrund, socioekonomiskt utsatta områden, våldsutsatta, psykisk ohälsa eller partnerns roll. Vid genomgången av redovisningarna framkom dock att det förekommer att landsting, för generella insatser som kommer alla till del, uppgett att insatserna har fokus på samtliga de grupper/områden som anges ovan. Som exempel kan nämnas "ctg-utbildning för barnmorskor" som enligt redovisningen har ett särskilt fokus på utrikes födda, personer med låg utbildningsnivå, våldsutsatta och socioekonomiskt utsatta områden. Vi har därför i flera fall frångått landstingens uppgifter om särskilt fokus och gjort en bedömning utifrån beskrivningen av insatsen i redovisningen. Det betyder att det finns osäkerhet kring ett relativt stort antal insatser gällande särskilt fokus. Vi redovisar dock både vår bedömning och landstingens uppgifter för full transparens.

Antalet insatser behöver tolkas med försiktighet

Det är stor variation mellan hur många insatser varje landsting redovisar. Det kan sannolikt förklaras både av att landstingen valt olika sätt att organisera sitt arbete med insatserna, men också av att landstingen valt olika sätt att gruppera insatserna vid redovisningen. Som exempel kan nämnas att vissa landsting redovisar ett samlat arbete för att minimera förlossningsskador som en insats, medan andra landsting valt att redovisa varje del i arbetet med att minimera förlossningsskador som separata insatser (såsom utbildning för att förebygga skador, utbildning för att diagnosticera skador samt start av ny verksamhet för omhändertagande av

bäckenbottensskador). Det går därför inte att utifrån en jämförelse av antalet insatser mellan landsting eller mellan olika resultatområden uttala sig om arbetets omfattning. För att få en bild av omfattningen av genomfört arbete behövs uppgifter om medel kopplat till varje insats. Det har dock inte varit möjligt för landstingen att redovisa hur tilldelade medel fördelats på insatsnivå.

BILAGA 3 – METOD FÖR UTVÄRDERING AV AVGIFTSFRI MAMMOGRAFISCREENING

Litteraturstudie om mammografi

Inom uppdraget har en strukturerad litteratursökning av vetenskaplig litteratur genomförts gällande deltagande i mammografiscreening. Denna litteraturstudie beskrivs mer utförligt nedan.

Litteratursökning avseende deltagande i mammografiscreening

I denna litteraturstudie undersöktes de två frågeställningarna:

- I vilken utsträckning (om alls) påverkar olika insatser (som till exempel avgiftsfrihet, informationskampanjer, mobila team för mammografiscreening) deltagandet i mammografiscreening?
- Vilka grupper av kvinnor i Sverige deltar inte i mammografiscreening?

För de två frågeställningarna genomfördes separata litteratursökningar och sammanställningar av funna forskningsstudier. Frågeställningarna och preliminära sökord stämdes av med forskare som hade knutits till projektet. Litteratursökningen genomfördes av en bibliotekarie vid Karolinska Institutets Bibliotek (KIB). I genomförandet av litteraturstudien inriktade vi oss på mammografiscreening, det vill säga den mammografi som riktas till ”friska” kvinnor (till skillnad från kliniska undersökningar där kvinnor genomgår mammografiundersökning på grund av symptom och misstanke om tumör). Litteraturstudien ger en orientering och en inblick i hur forskningsläget ser ut inom området, men syftar inte till att göra en fullständig systematisk kartläggning av forskningen på området.

Metod för litteratursökning för frågeställning om insatser för deltagandet i mammografiscreening

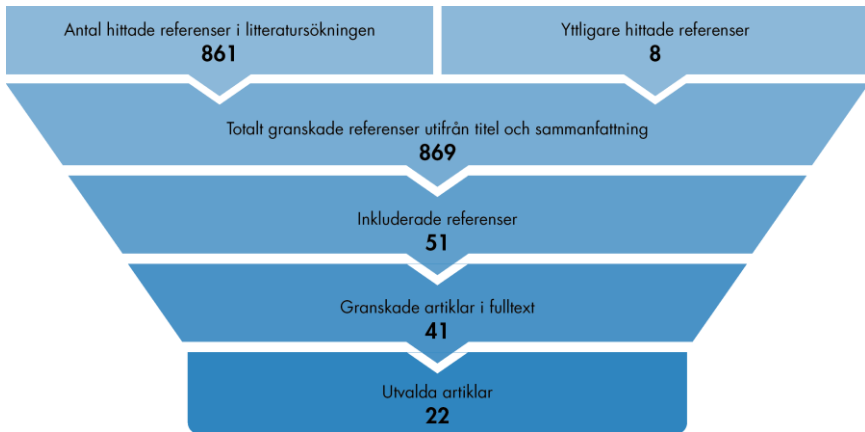
En sökning på artiklar publicerade mellan 1997-2017 i databaserna Medline (Ovid) och Cinahl (Ebsco) genomfördes av Karolinska Institutets universitetsbibliotek. Sökningar inkluderade forskningsstudier från Europa, Kanada, Australien, Nya Zeeland och USA (se tabell 1 i bilaga 6).

Vårdanalys gick igenom de 869 referenser som litteratursökningen genererat och andra identifierade referenser. Genomgången genomfördes av en person. Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades relevanta referenser (se figur 30). Forskningsartiklar med interventioner riktade till en ospecifik grupp av kvinnor inom aktuellt åldersspann för ett mammografiprogram (eller program nischat specifikt till låginkomsttagare eller minoritetsgrupp) inkluderades. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Kvantitativa studier som utvärderade effekt/utfall genom ett mått på deltagande inkluderades.

De forskningsstudier som bäst svarade på frågeställningen valdes ut och granskades i fulltext. I första hand inkluderades översikter/metaanalyser där man gjort sammanställningar av flera forskningsstudier på ett systematiskt sätt och dragit slutsatser utifrån genomgången av en samlad forskning. Enskilda studier från Europa, Kanada, Australien och Nya Zeeland inkluderades om de var publicerade efter årtal som inte täcktes av metaanalyser/översikter. Enskilda studier från Sverige inkluderades oavsett årtal. Enbart översikter/metaanalyser togs med från sökningen på forskningsstudier från USA, det vill säga enskilda forskningsstudier från USA som inte ingick i en översikt exkluderades. Ingen kvalitetsbedömning av inkluderade översikter, metaanalyser eller enskilda forskningsstudier genomfördes.

De inkluderade forskningsstudierna i fulltext gick igenom. Data för varje inkluderad studie redovisas (tabell 3 i bilaga 6). En sammantagen analys av resultatet från de inkluderade forskningsstudierna i litteraturstudien redovisas i tabell 5 i bilaga 6. I denna analys räknas antalet forskningsstudier som visat på en positiv uppgång i deltagandet.

Figur 30. Inklusionskriterier och urvalsprocess, frågeställningen: I vilken utsträckning (om alls) påverkar olika insatser (som till exempel avgiftsfrihet, informationskampanjer, mobila team för mammografi screening) deltagandet i mammografiscreening?

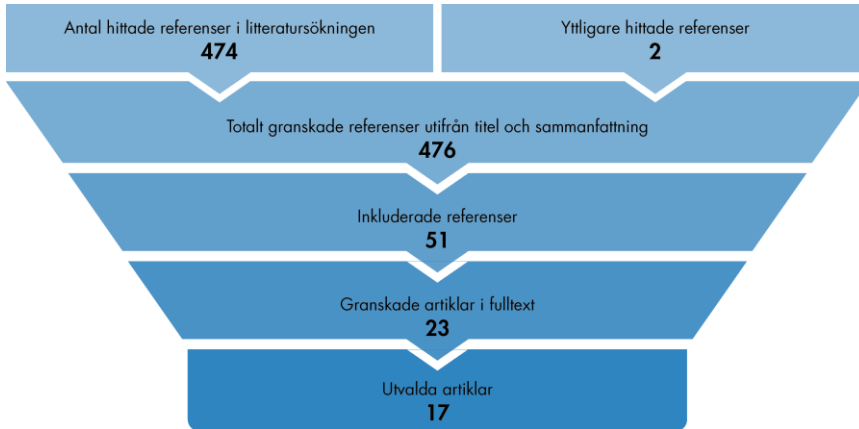


Metod för litteratursökning för frågeställning om vilka grupper av kvinnor i Sverige som inte deltar i mammografiscreening

En sökning på artiklar publicerade mellan 1997-2017 i databaserna Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco) och SveMed+ genomfördes av Karolinska Institutets universitetsbibliotek (se tabell 2 i bilaga 6). Vårdanalys gick igenom de 476 referenser som hittats genom litteratursökningen och andra hittade referenser, se figur 31.

Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades relevanta referenser. Genomgången genomfördes av en person. Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades i en första omgång relevanta referenser utförda i norra Europa. I den slutliga bedömningen togs enbart forskningsstudier med som genomförts i Sverige plus de två senaste publikationerna från Danmark, Finland och Norge. Ingen kvalitetsbedömning av inkluderade studier genomfördes. De inkluderade forskningsstudierna i fulltext gick igenom och resultat från varje publikation redovisas i tabell 4 i bilaga 6.

Figur 31. Inklusion och urvalsprocess för frågeställningen: Vilka grupper av kvinnor i Sverige deltar inte i mammografi?



Enkät – mammografiscreening

Under perioden december 2017 till januari 2018 genomförde vi en webbenkät till alla ansvariga för mammografiscreeningen i samtliga landsting. Enkäten innehöll frågor som syftade till att ge en mer ingående bild över hur verksamheterna arbetar med frågor som antas ha betydelse för deltagandet i mammografiscreening samt hur man tagit emot satsningen och om man sett någon tidig effekt av avgiftsfriheten. Enkäten genomgick en intern kvalitetssäkring och expertsynpunkter inhämtades från Karin Leifland, Sophia Zackrisson och Magdalena Lagerlund. Enkäten erhöll samrådsbekräftelse från SKL den 14 december 2017. Därefter skickades enkäten ut till 31 respondenter, följt av två påminnelser. E-postadresser till respondenterna erhöles från Karin Leifland, ordförande i Nationella Arbetsgruppen för mammografiscreening, RCC i samverkan. Totalt besvarades enkäten av 19 respondenter, vilket gav en svarsfrekvens på 61 procent.

Vi har också via mail till ansvariga för mammografiscreeningsverksamheter inhämtat det eller de kallelsebrev (i elektronisk form) som använts under perioden 2015-2017.

Intervjuer med forskare, experter och verksamhetsföreträdare inom mammografiområdet samt patientföreträdare

Under våren 2017 genomfördes intervjuer och möten med forskare, experter och verksamhetsföreträdare. Hösten 2017 genomfördes fördjupade intervjuer med verksamhetschefer för mammografiscreening i tre landsting: Region Skåne, Landstinget Dalarna och Region Jämtland Härjedalen.

Intervjuer har genomförts med fyra patientföreträdare inom organisationer som berörs av frågor som gäller mammografiscreening. Frågor ställdes om deltagande i mammografiscreening; intervjupersonens syn på reformen och reformens åldersgräns; andra pågående eller tidigare initiativ med samma syfte; samt om kostnaden för reformen ansågs motiverad.

I bilaga 5 redovisas vilka personer vi intervjuat inom ramen för delrapporten.

BILAGA 4 – METOD FÖR UTVÄRDERING AV KOSTNADSFRIA PREVENTIVMEDEL

Litteraturstudie om preventivmedel

Inom uppdraget har en strukturerad litteratursökning av vetenskaplig litteratur genomförts avseende ökad användning av preventivmedel hos unga. Denna litteraturstudie beskrivs mer utförligt nedan. I litteraturstudien undersökte vi följande fyra frågeställningar:

1. Hur och i vilken utsträckning (om alls) påverkar olika insatser (som till exempel avgiftsfria eller gratis preventivmedel, informationskampanjer, ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningar) användningen av preventivmedel generellt och för kvinnor från olika socioekonomiska grupper eller förhållanden?
2. Hur och i vilken omfattning påverkar vårdens rådgivning (som i sin tur kan bero på exempelvis anvisningar och riktlinjer) val och användande av preventivmedel?
3. Vilka attityder har unga personer i Sverige till preventivmedelsanvändning generellt – och till hormonella preventivmedel specifikt?

4. Hur ser användningen av preventivmedel ut i olika grupper av unga kvinnor i Sverige?

En litteratursökning genomfördes för frågeställningar 1 och 2. En annan litteratursökning genomfördes för frågeställningar 3 och 4. Frågeställningar och sökord stämdes av med experter och forskare inom området innan studiens genomförande. Litteratursökningen genomfördes av en bibliotekarie vid Karolinska Institutets Bibliotek. Litteraturstudien ger en orientering och en inblick i hur forskningsläget ser ut inom området, men syftar inte till att göra en fullständig systematisk kartläggning av forskningen inom området.

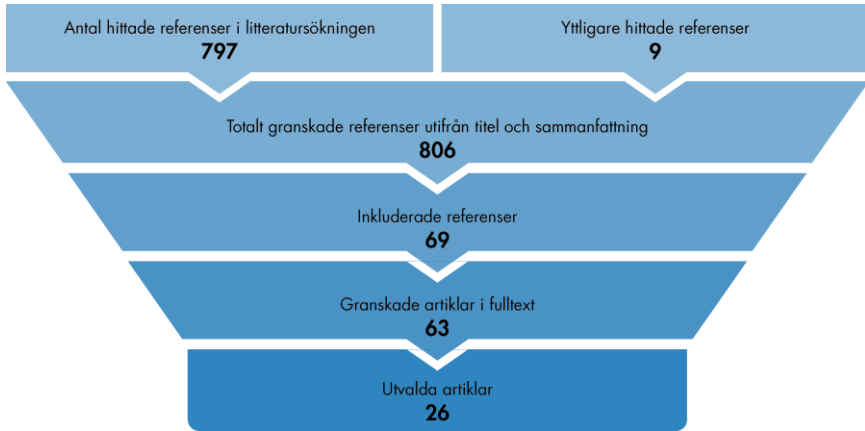
Metod för frågeställningarna om interventioner för ökad användning av preventivmedel (frågeställningar 1 och 2)

En sökning på artiklar publicerade mellan 1997-2017 i databaserna Medline (Ovid) och Cinahl (Ebsco) genomfördes av Karolinska Institutets universitetsbibliotek (se tabell 1 bilaga 7). Sökningen inkluderade forskningsstudier från Europa, Kanada, Australien, Nya Zeeland.

Vårdanalys gick igenom de 806 referenser som litteratursökningen genererat samt andra hittade referenser, se figur 32. Genomgången genomfördes av en person. Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades relevanta referenser. Endast studier som i sin resultatdel hade med ett mått på eller beskrivning av preventivmedelsanvändning inkluderades. När det gäller frågeställningen hur vårdens rådgivning påverkar val och användning av preventivmedel inkluderades främst svenska studier. Artiklar som jämförde olika enskilda preventivmedelspreparats effekt på användning exkluderades. Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades.

De inkluderade forskningsstudierna i fulltext gick igenom och data för varje inkluderad publikation redovisas i tabell 3 och 4 i bilaga 7. I första hand inkluderades översikter och metaanalyser och i andra hand enskilda studier. En sammantagen analys av resultatet från de inkluderade forskningsstudierna i litteraturstudien redovisas i tabell 6 i bilaga 7. I denna analys räknas antalet forskningsstudier som visat på en ökad användning av preventivmedel.

Figur 32. Inklusion och urval av studier om interventioner för ökad användning av preventivmedel (frågeställningar 1 och 2)*.



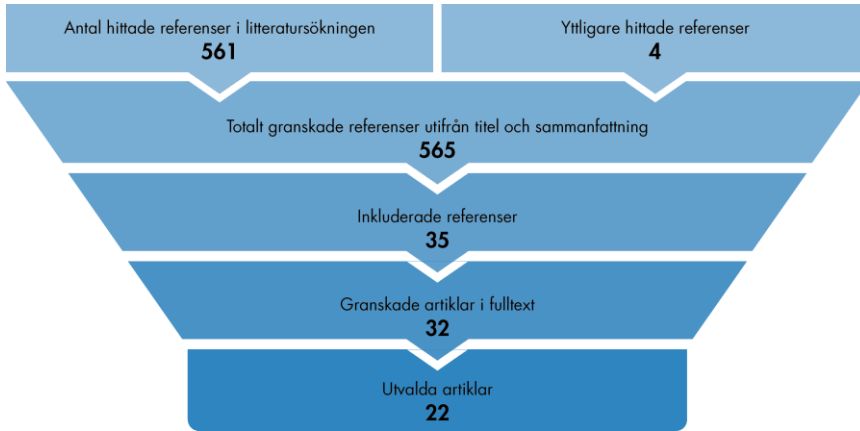
* Bland de 26 utvalda artiklarna visade det sig att vissa studier enbart gällde akut p-piller. Dessa har exkluderats vid den fortsatta analysen.

Metod för frågeställningarna om ungas attityder och användning av preventivmedel (frågeställningar 3 och 4)

En sökning på artiklar publicerade mellan 1997–2017 i databaserna Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco), SveMed+ och Popline genomfördes av Karolinska Institutets universitetsbibliotek. En sökning på forskningsstudier från Norden gjordes, tabell 2 bilaga 7. Vi gick igenom de 565 referenser som identifierades genom litteratursökningen och andra hittade referenser (se figur 33).

Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades relevanta referenser. Genomgången genomfördes av en person. Utifrån referensernas titel och sammanfattning inkluderades relevanta forskningsstudier utförda i Sverige (se tabell 5 i bilaga 7). Enskilda forskningsartiklar som primärt handlar om ungdomars attityder till akut-p-piller när det var relativt nytt på marknaden och inte receptfritt (före 2001) har exkluderats från den slutliga analysen. Likaså exkluderades en studie baserad på data från 80-talet på grund av osäkerhet kring relevansen i dag.

Figur 33. Inklusion och urval av studier för frågeställning om ungas attityder och användning av preventivmedel (frågeställning 3 och 4).



Databearbetning och analys av statistik avseende aborter och försäljning av preventivmedel

Vi har använt statistik över aborter som ett mått på oönskade graviditeter. Alla aborter rapporterades till Socialstyrelsen till och med 2013. År 2013 stoppades datainsamlingen av aborter temporärt. Skälet var en omprövning av risken för bakvägsidentifiering av enskilda från de uppgifter som samlades in. Efter en utredning av vilka uppgifter som fortsättningsvis skulle ingå i abortstatistiken återupptogs datainsamlingen i januari 2014 med reviderat innehåll och förändrad insamlingsrutin. Statistiken avseende aborter har sedan dess varit mindre detaljerad. Exempelvis finns det i dagsläget ingen möjlighet att följa abortstatistik utifrån kvinnors födelseår utan endast för sammanslagna åldersgrupper. Det gör att det inte går att följa antalet aborter specifikt för kvinnor i reformens målgrupp.

Statistik över försäljningen av preventivmedel (figur 28 och 29)

Vad gäller ungas användning av preventivmedel har vi använt oss av försäljningen av receptbelagda preventivmedel som indikator på användningen. Försäljning är dock nödvändigtvis inte samma sak som användning. Unga kan hämta ut förskrivna preventivmedel men sedan inte använda dem. Eftersom det inte går att mäta den faktiska användningen har vi ändå valt att använda försäljningsstatistik som grund för analysen.

Vi har begärt ut information från e-Hälsomyndigheten om försäljning av preventivmedel inom, respektive utom, läkemedelsförmånerna. Statistiken avser försäljning till personer 15–25 år under åren 2014–2017.

Data på korttidsverkande respektive långtidsverkande har hämtas ut av e-Hälsomyndigheten enligt följande:

- **Preventivmedel – korttidsverkande**=ATC-koder: G02BB + G03A exkl. G03AD och G03AC08. Gruppen innehåller alla hormonbaserade preventivmedel exklusive långtidsverkande och nödprevention.
- **Preventivmedel – långtidsverkande**=ATC-koder: G02BA + G03AC08. Gruppen innehåller hormonspiraler och p-stavar. Långtidsverkande preventivmedel verkar under en längre period på 3–5 år och hämtas därmed inte ut varje år.

Denna definition används även i Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel (hämtad 2018-05-03).

Korttidsverkande preventivmedel mäts i enheten definierad dygnsdos (DDD). DDD för ett läkemedel är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation.

För långtidsverkande preventivmedel kan inte uppgift om DDD ges utan dessa mäts i enheten antalet sålda förpackningar

Information om antalet i kvinnor i olika åldersgrupper och olika år har hämtats från SCBs statistikdatabas och avser folkmängden den 31 december respektive år.

Det som försvårar uppföljningen är att försäljningsstatistiken inte innehåller uppgifter om kopparspiral då det räknas som en medicinteknisk produkt. Det saknas också nationell statistik över användningen av kondomer. Sammantaget betyder det att det inte går att följa eventuella förändringar i användarmönster mellan hormonella och icke hormonella preventivmedel.

Subventioner av preventivmedel inom läkemedelsförmånen i landstingen 2014–2017 (tabell 11 kapitel 4)

Under 2014 ändrade flera landsting reglerna gällande subvention av preventivmedel. Nedan redovisas var vi hittat information om förändringarna. Övrig information avseende 2014 har hämtats från RFSU (2014).

Blekinge	Kostnadsfritt t.o.m. 19 år anges av RFSU (2014) och SKL (2014b). Sydöstran (21 maj 2014) ”Kvinnor upp till 25 år får gratis p-piller” anger att åldersgränsen höjs från 1 juli 2014.
Gotland	Enligt SKL (2014b) är kostnaden max 300 kr per år (per 1 januari 2014). SR P4 Gotland (28 april 2014) ”Region Gotland subventionerar preventivmedel för unga kvinnor” anger att kostnaden ändras till max 100 kr per för kvinnor upp till 25 år.
Jämtland Härjedalen	RFSU (2014) s. 6 står att ”I Jämtland betalade kvinnorna halva kostanden själva fram till och med april 2014”.
Sörmland	Dokument från Landstinget Sörmland ”Subvention preventivmedel (gäller recept utfärdade från och med 140501)” anger att patienten betalar max 100 kr per år upp till och med 25 år.
Uppsala	Region Uppsalas webbplats ”Ny modell för subventioner av preventivmedel” anger att ”sedan den 4 februari 2014 gäller en ny modell för subventioner av preventivmedel inom Landstinget i Uppsala län”. RFSU (2016) s. 10 anger att Uppsala från och med 1 mars 2016 infört gratis preventivmedel.
Västmanland	SKL (2014b) anger att subventionen per 1 januari 2014 är 100 % minus 25 kr per kvartal, d.v.s. egenavgift om max 100 kr per år, t.o.m. 24 år. RFSU (2014) anger att det pågår diskussion om att övergå till SKL:s rekommendation om max 100 kr per t.o.m. 25 år. Protokoll från landstingsfullmäktige från 19 februari 2014 anger att åldersgränsen beslutas att höjas från och med 1 mars 2014.
Västra Götaland	SKL (2014b) anger att subventionen per 1 januari 2014 är 100 % minus 25 kr per kvartal, d.v.s. egenavgift om max 100 kr per år, t.o.m. 19 år. RFSU (2014) anger att de följer SKL:s rekommendation om max 100 kr per år t.o.m. 25 år. Nyhetsbrev från läkemedelskommittén daterat 23 januari 2014 anger att de ändrar subventionen och anpassar den till rekommendationen enligt beslut i regionfullmäktige i november 2013 och med start 1 mars 2014.



Förfrågan till Läkemedelskommittéerna

För att ta reda på hur landstingen hanterar olika preventivmedel utanför läkemedelsförmånen skickades några frågor ut till samtliga landstings läkemedelskommittéer under januari 2018. Totalt 20 av 21 landsting besvarade frågan vilket är en svarsfrekvens på 95 procent. Våra frågor var följande:

- Vi undrar om ert landsting/er region för unga under 21 år subventionerar även andra preventivmedel än de som ingår i läkemedelsförmånen. Om ja, vilka ytterligare preventivmedel subventioneras och i vilken omfattning? Sedan vilket år finns subventionen/subventionerna?
- Har landstingets/regionens subventioner för unga mellan 21 och 25 år förändrats sedan 1 jan 2017?

Enkät – ungdomsmottagningar

Under perioden december 2017 till januari 2018 genomförde vi en enkätundersökning i form av en webbenkät till alla ansvariga för ungdomsmottagningarna i samtliga landsting, oavsett huvudman. Enkäten innehöll frågor som syftade till att ge en mer ingående bild över hur ungdomsmottagningarna har tagit emot satsningen, om man sett någon tidig effekt av kostnadsfriheten och om andra faktorer som eventuellt kan påverka effekten. Enkäten genomgick en intern kvalitetssäkring och pilottestades. Enkäten erhöll samrådsbekräftelse från SKL den 6 december 2017. Därefter skickades enkäten ut till 258 respondenter följt av två påminnelser. E-postadresser till respondenterna erhöles från Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar och umo.se. Totalt besvarades enkäten av 89 respondenter vilka tillsammans var ansvariga för 161 ungdomsmottagningar. Svaren representerar 62 procent av ungdomsmottagningarna.

Intervjuer med experter, forskare, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare inom preventivmedelsområdet

Intervjuer med experter, forskare, verksamhetsföreträdare och professionsföreträdare genomfördes under hösten och vintern 2017/2018.

Under hösten 2017 genomfördes fördjupade intervjuer med verksamhetschefer för ungdomsmottagningar i tre landsting: Region Skåne, Landstinget Dalarna samt Region Jämtland Härjedalen.

I bilaga 5 redovisas vilka personer vi intervjuat inom ramen för delrapporten.

BILAGA 5 – SAMMANSTÄLLNING AV INTERVJUADE PERSONER

Namn	Befattning	Område i uppföljningen
Karin Källén	Utredare Socialstyrelsen/ Professor klinisk epidemiologi, Lunds Universitet	Överenskommelserna
Ingegerd Hildingsson	Professor Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet/Mittuniversitetet	Överenskommelserna
Annika Karlsson	Lektor Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet	Överenskommelserna
Birgitta Larsson	Med. dr. Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet	Överenskommelserna
Eva Uustal	Registerhållare Bristningsregistret/ Överläkare Universitetssjukhuset i Linköping	Överenskommelserna
Susanne Gustavsson	Projektledare SKL/ Chefsjuksköterska Skaraborgs Sjukhus	Överenskommelserna
Malena Lau	Enhetschef Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen	Överenskommelserna
Åsa Davidsson	Regionutvecklare Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen	Överenskommelserna
Helene Argulander	Enhetschef BMM Älvsjö och Skärholmen, Stockholms läns landsting	Överenskommelserna
Carina Olsson	Enhetschef BMM Tullinge, Salem och Botkyrka, Stockholms läns landsting	Överenskommelserna



Bilagor

Marianne Johansson	Barnmorska Hortlax hälsocentral, Region Norrbotten	Överenskommelserna
Rannveig Stefansdottir	Vice ordförande ODIS – Organisationen för doulor och förlossningspedagoger i Sverige	Överenskommelserna
Gunnar Fors	Verksamhetschef Pelarbacken, Ersta Sjukhus	Överenskommelserna
Anna-Karin Ekstrand	Enhetschef EWA-mottagningen Rosenlunds Mödravårdsteam, Stockholms läns landsting	Överenskommelserna
Lena Moegelin	Överläkare/Gynekolog Enheten för Sexuell Hälsa, SöSAM Hudkliniken, Kvinnokliniken, Stockholms läns landsting	Överenskommelserna
Åsa Haggren	Barnmorska Mikamottagningen, Stockholms Stad	Överenskommelserna
Pia Turesson	Uppsökare Mikamottagningen, Stockholms Stad	Överenskommelserna
Mia Fernando	Bloggare Baking Babies/Fysioterapeut Stockholms Läns Landsting	Överenskommelserna
Emma Pettersson	Födelsevrålet	Överenskommelserna
Maria Ceder Engbretzen	Födelsevrålet	Överenskommelserna
Lisa Gereben	Födelsevrålet	Överenskommelserna
Elin Edén	Födelsehuset	Överenskommelserna
Frida Lazarov	Födelsehuset	Överenskommelserna
Sofia Karlsson	Funktionsrätt Sverige	Överenskommelserna
Fana Habteab	RISK – Riksföreningen stoppa kvinnlig könsstympning	Överenskommelserna
Ulrica Askelöf	Verksamhetsledare Doula & kulturtolk Södertälje	Överenskommelserna
Noor Dawood	Doula/kulturtolk, Doula & kulturtolk Södertälje	Överenskommelserna
Antoinette Yacoub	Doula/kulturtolk, Doula & kulturtolk Södertälje	Överenskommelserna
Hanane Dalil	Doula/kulturtolk, Doula & kulturtolk Södertälje	Överenskommelserna

Elisabet Franson	Hälso- och sjukvårdsdirektör, Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Helene Kastemyr	Hälsovalsansvarig, Primärvården Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Agneta Romin	Verksamhetschef kvinnosjukvård inkl. BB/Förlossning Falu lasarett, Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Elisabet Nykvist	Samordningsbarnmorska Falu lasarett, Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Anna-Lena Fältsjö	Barnmorska/biträdande avdelningschef Förlossningen Falu lasarett, Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Anna Åhman Berndtsson	Avdelningschef Barnmorskemottagning Borlänge, Landstinget Dalarna	Överenskommelserna
Lisbet Gibson	Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Lena Weinstock	Beställarchef Primärvård, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Anna Fremner	Biträdande Primärvårdschef, Region Jämtland, Härjedalen	Överenskommelserna
Anna Granevärn	Primärvårdschef, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Irene Hoglert	Verksamhetschef område kvinna Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Eva Spetz	Överläkare Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Annette Johansson	Barnmorska Bräcke Hälsocentral, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Märit Wiklund	Enhetschef Torvalla hälsocentral, Verksamhetschef Asylhälsan, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna
Rita Jedlert	Tf Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne	Överenskommelserna
Sofia Ljung	Divisionschef Primärvården Sund, Region Skåne	Överenskommelserna
Pia Teleman	Verksamhetschef kvinnosjukvården, Skånes universitetssjukhus, Region Skåne	Överenskommelserna
Elisabeth Bekric	Samordningsbarnmorska Sund, Kunskapscentrum kvinnohälsa, Region Skåne	Överenskommelserna
Carina Nilsson Strand	Barnmorska Förlossningsavdelning Skånes universitetssjukhus, Region Skåne	Överenskommelserna
Anne Jensen	Undersköterska Förlossningsavdelning Skånes universitetssjukhus, Region Skåne	Överenskommelserna



Bilagor

Anna Sigfrid	Enhetschef Förlossningsavdelning Skånes universitetssjukhus, Region Skåne	Överenskommelserna
Maria Löf	Verksamhetschef BMM Lindängen, Barnmorskorna i Malmö	Överenskommelserna
Susanne Åhlund	Vice ordförande Svenska Barnmorskeförbundet	Överenskommelserna Preventivmedel
Andreas Herbst	Ordförande Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi	Överenskommelserna Preventivmedel
Margareta Larsson	Docent Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet	Överenskommelserna Preventivmedel
Tanja Tydén	Senior professor Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet	Överenskommelserna Preventivmedel
Helena Kopp Kallner	Överläkare Danderyds Sjukhus/Med. dr.	Överenskommelserna Preventivmedel
Anna Nordqvist	Sakkunnig familjefrågor RFSL	Överenskommelserna Preventivmedel
Ingrid Haglund	Samordningsbarnmorska Föräldra- och barnhälsan, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna Preventivmedel
Anna Meschaks	Mödrahälsöverskövverläkare Föräldra- och barnhälsan, Region Jämtland Härjedalen	Överenskommelserna Preventivmedel
Liselotte Nordh Rubulis	Projektledare UMO.se*	Preventivmedel
Therese Zetterqvist Eriksson	Samordnande barnmorska UMO.se*	Preventivmedel
Jessica Sunesson	Barnmorska/Vice ordförande Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar	Preventivmedel
Karin Bondestam	Gynekolog/Ledamot Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar	Preventivmedel
Ingrid Frisk	Sexualpolitiskt sakkunnig RFSU	Preventivmedel
Anna Westin	Utredare Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF)	Preventivmedel
Anna-Klara Levin	Verksamhetschef ungdomsmottagning, Landstinget Dalarna	Preventivmedel
Christina Fridén	Verksamhetschef ungdomsmottagningar, Region Skåne	Preventivmedel
Sophia Zackrisson	Överläkare Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne/Docent Institutionen för	Mammografi

	translationell medicin, Lunds Universitet	
Lisa Rydén	Överläkare Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne/Professor Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet	Mammografi
Karin Horstmann Leifland	Överläkare och verksamhetschef Södersjukhuset, Stockholms läns landsting/Ordförande RCC Nationell arbetsgrupp mammografi	Mammografi
Mef Nilbert	Verksamhetschef RCC Syd/Professor Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet	Mammografi
Sven Törnberg	Docent/Överläkare, ansvarig för SLL:s screeningprogram Stockholms Läns Landsting/RCC Stockholm-Gotland	Mammografi
Daniel Öhman	Statistiker RCC Stockholm-Gotland	Mammografi
Lina Keller	Utredare Socialstyrelsen	Mammografi
Håkan Jonsson	Processledare mammografi RCC Norr	Mammografi
Susanne Dieroff Hay	Ordförande Bröstcancerförbundet	Mammografi
Marit Jensen	Generalsekreterare Bröstcancerförbundet	Mammografi
Anna Werkelin Ahlin	Sakkunnig Pensionärernas riksorganisation (PRO)	Mammografi
Eva Eriksson	Ordförande SPF Seniorerna	Mammografi
Maria Nyberg	Platschef Bild- och funktionsmedicin, Landstinget Dalarna	Mammografi
Olof Ehres	Verksamhetschef Bild- och funktionsmedicin, Landstinget Dalarna	Mammografi
Theres Almqvist	Enhetschef Röntgen Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen	Mammografi
Helen Häggström	Verksamhetschef Mammografi Unilabs	Mammografi

*Är en gemensam hemsida för alla landsting riktad till unga med information om sexuell- och reproduktivhälsa.



Bilaga 6 och 7 finns på Vårdanalys hemsida www.vardanalys.se

Bilaga 6 –Litteraturstudie mammografi

Bilaga 7 – Litteraturstudie preventivmedel

I väntans tider

En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att förbättra förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa. Målet med satsningen är att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor och minska hälsoklyftorna i samhället. Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp satsningen. I denna första delrapport följer vi upp de insatser som landstingen och regionerna genomför som en del av satsningen och de reformer som gjorts – avgiftsfri mammografiscreening och kostnadsfria preventivmedel för unga i hela landet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

