

SFOG och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) har sedan regeringen hösten 2014 aviserade budgetsatsningar på kvinnosjukvården haft regelbundna träffar för att diskutera hur vi kan medverka till att regeringens satsning används bra. Detta arbete har resulterat i detta 10-punktsprogram mot ojämlik kvinnosjukvård i vilket våra respektive organisationer enats om vad vi tycker är de viktigaste satsningarna just nu.



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

10 punkter för jämlik kvinnovård

Ojämligheter och bristande resurser inom kvinnosjukvården är ett problem som kräver politisk uppmärksamhet och åtgärder. Att uppnå jämlik hälso- och sjukvård – och samtidigt stärka patientens ställning, oberoende av socioekonomisk status, ursprung, ålder, hemort och kön – är en av de viktigaste utmaningarna för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I detta dokument lyfter Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi fram områden där vården är ojämlik och där förbättringar måste ske.

1.

Förlossningsvård

Det finns idag inte tillräckligt med förlossnings- och BB-vårdplatser i alla delar av landet. Det innebär att kvinnor i värbete alltför ofta måste skickas till förlossningskliniker långt från där de bor. Många behöver också transporteras mellan sjukhus före och efter födsel. Längre transportsträckor, osäkerhet kring var och på vilket sjukhus man kommer att få möjlighet att föda, kan innebära medicinska risker för gravida och skapa en känsla av otrygghet hos blivande föräldrar.

Alla förlossningskliniker har inte tillräckligt många barnmorskor och obstetriker för att tillgodose en god och säker förlossningsvård dygnet runt året om. Denna brist innebär medicinska risker, eftersom födande kvinnor alltför ofta inte får god vård och det stöd av en närvarande barnmorska under aktivt förlossningsarbete, som forskningen visar har betydelse för medicinskt utfall och förlossningsupplevelse (1).

Det är dessutom stor variation i andelen komplikationer för kvinnan mellan olika förlossningskliniker. År 2013 kejsarsnittsförlöstes 12,8 procent i Östergötland och Kalmar, medan 20,8 procent kejsarsnittsförlöstes i Stockholm. En nationell rapport publicerad 2015 visar stora skillnader i andelen kejsarsnitt mellan kliniker som inte kan förklaras av individuella skillnader mellan kvinnor (2).

Kejsarsnitt innebär en ökad risk för modern vid aktuell och framtida graviditeter och endast kejsarsnitt som inte kan undvikas ska genomföras (3).

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor i alla delar av landet, under hela året, och på jourtid såväl som dagtid, ska ha tillgång till vårdplatser, rätt kompetens och personella resurser för att kunna erbjudas en trygg, evidensbaserad och säker förlossningsvård.
- ✓ Alla kvinnor i aktiv fas av förlossningen ska ha en barnmorska i sin närhet som stöd.
- ✓ Alla kvinnor ska erbjudas kontakt med barnmorska under tiden närmast förlossningen.
- ✓ Nationella riktlinjer utarbetas utifrån kunskapen om hur undvikbara kejsarsnitt kan minska.

2.

Förlossningsrädsla

De flesta förlossningskliniker och barnmorskemottagningar har idag tillgång till eller möjlighet att remittera sina patienter till mottagningar som är specialiserade på kvinnor med förlossningsrädsla. Inom denna verksamhet arbetar barnmorskor, gynekolog, kurator samt ibland psykolog. Kompetensen och tillgängligheten varierar dock över landet.

Forskning har visat att utlandsfödda kvinnor har en högre prevalens för förlossningsrädsla och på grund av bland annat språkbarriärer har de svårt att få hjälp med sin förlossningsrädsla (4).

Sverige har idag inga nationella riktlinjer för hur kvinnor med förlossningsrädsla bäst behandlas.

Klinisk erfarenhet talar för att den verksamheten som pågår är viktig för förlossningsrädda kvinnor. Den har också fått bra utvärderingar av patienter. Att vårdavtal saknar krav på att vårdgivare ska erbjuda denna typ av behandling medför att verksamheten, där den finns, ser mycket olika ut.

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor med förlossningsrädsla ska erbjudas stödsamtal och individuell planering inför barnafödande. Detta stöd ska också erbjudas utlandsfödda kvinnor och vid behov genomföras med tolk.

3.

Bäckenbottenskador, inkontinens och framfall

Hur stor eller liten skada en kvinna får i bäckenbotten i samband med förlossning varierar stort. Orsaken är både påverkbara och icke påverkbara faktorer.

De allvarigaste skadorna i bäckenbotten i samband med förlossning är att ändtarmsmuskeln har blivit skadad. Forskning visar att skador på ändtarmsmuskel i samband med förlossning ökar risken för inkontinens och smärtor i underlivet på både kort och lång sikt (5). I Sverige har andelen kvinnor med skador på ändtarmsmuskeln ökat oroväckande under 1990-talet. Som högst var andelen år 2004 (7 procent bland förstföderskor och 2 procent bland omföderskor) (6). Statistik från Socialstyrelsen för år 2013 visar på stora skillnader i landet. Lokala utvecklingsprojekt som syftat till att förebygga dessa skador visar lovande resultat.

Gynopregistret visar att tillgängligheten till framfallsoperation är tre gånger så hög och operation mot inkontinens är fyra gånger högre i vissa regioner än andra. Skillnaderna kvarstår år efter år (7).

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor ska ha samma tillgång till specialistteam vad det gäller diagnostik, behandling och uppföljning vid en bäckenbottenskada i samband med förlossning.
- ✓ Nationella resurser ska avsättas inom samtliga landsting för att minska uppkomst av och långsiktiga hälsoeffekter av bäckenbottenskador i samband med förlossning.
- ✓ Alla kvinnor ska ha samma tillgång till framfallsoperation och operation mot inkontinens.

4.

Komplicerad amning

På vissa kliniker i Sverige kan nyblivna föräldrar få mycket stöd och hjälp om de får problem med amning. Några exempel är uppföljning med hembesök och BB-vård i hemmet, amningsmottagningar med generösa öppettider och ett bra samarbete med barnhälsovården. Andra regioner uppvisar sämre stöd och mindre möjlighet till bra uppföljning.

Många faktorer påverkar amning. Hos kvinnan kan det handla om faktorer som utbildningsnivå, socialt stöd, inställning till amning, självförtroende och kunskap (8). Förenta Nationernas (FN:s) barnkonvention från 1989 beskriver i § 24 att alla barn har rätt till god hälsa och sjukvård. Det innefattar bland annat att blivande föräldrar får information och stöd kring amning, samt ett arbete för att minska sjuklighet och dödlighet bland barn och spädbarn. Dokumentet är lagligt bindande och 193 länder, inklusive Sverige, har skrivit under detta.

De regionala skillnaderna i amningsfrekvens är stora. En stor del av dessa beror på skillnader i socioekonomi mellan olika geografiska områden. Mammor med hög utbildning och hög inkomst ammar längre än mammor med kortare utbildning och lägre inkomst (9).

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor med amningsproblem ska få stöd av specialkunniga barnmorskor.
- ✓ Vården på landets kliniker ska omfatta amningsproblem den första tiden efter barnets födelse.

5.

Assisterad befruktning

Det finns stora skillnader gällande möjligheter till assisterad befruktning för personer med fertilitetsproblem i Sverige. Dessa skillnader omfattar framförallt antal behandlingar, åldersgränser och samkönade pars möjlighet att få hjälp. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har belyst situationen och presenterat en utredning för en mer jämlik vård gällande assisterad befruktning (10, 11).

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

✓ Alla med fertilitetsproblem ska erbjudas samma vård då det gäller assisterad befruktning i hela landet.

6.

Subventionerade preventivmedel till unga under 26 år

Sverige har högst abortsiffror i Norden. Siffrorna är höga även i ett västeuropeiskt perspektiv. Flest aborter utförs i åldersgruppen 20–24 år och det är också den ålderskategorin som använder minst preventivmedel (12).

I juni 2013 föreslog Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en enhetlig subventionering för preventivmedel till unga. SKL:s förslag innebär att subventionen ska gälla för kvinnor under 26 år, att årskostnaden ska högst vara 100 kronor och att preventivmedlet ska omfattas av läkemedelsförmånssystemet.

Det har varit ett starkt önskemål att ha en enhetlig subvention i landet med högre åldersgräns. SKL:s förslag innebär att en rad preventivmedel inte omfattas av läkemedelsförmånssystemet och därför hamnar utanför subventionen, vilket betyder att användare får betala fullt pris för dem. Detta har lett till att färre än hälften av alla landsting och regioner följer SKL:s förslag, medan övriga har tagit fram egna versioner. Därmed har syftet att få jämlik subventionering inte uppnåtts. Norrbottens län erbjuder sedan 2012 alla under 26 år gratis preventivmedel. Detta har på två år halverat antalet aborter i länet (13).

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

✓ Alla kvinnor under 26 år ska erbjudas subventionerade preventivmedel på samma villkor i hela landet.

7.

Endometrios

Endometrios är en dold, kronisk och delvis ärftlig sjukdom som medför kraftiga menssmärtor, smärta vid samlag och vid tömning av tarmen och vattenkastning. Nästan 10 procent av den kvinnliga befolkningen lider av endometrios. Det innebär att närmare 200 000 kvinnor i Sverige lider av någon typ av endometrios- relaterade besvär. Endometrios är en sjukdom som inte bara drabbar individen fysiskt – den slår också mot dennes och samhällets ekonomi. Tjugo procent av kvinnorna som lider av endometrios behöver medicinsk och/eller kirurgisk behandling (14). Idag finns endast två endometrios-centrum i Sverige med specialistkunskap. På några få andra platser finns endometrios-team.

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

✓ Alla kvinnor har rätt till specialistvård utan dröjsmål för behandling av endometrios.

✓ Vården behöver ökad kunskap och kapacitet för att snabbare kunna diagnostisera och behandla endometrios på fler platser i Sverige.

8.

Kostnad för sterilisering

Kostnader för steriliseringsoperationer varierar stort i landet. Till exempelvis kostar en steriliseringsoperation i Kalmar län 15 000 kronor, medan kvinnor i grannlänet Kronoberg betalar en patientavgift på 300 kronor. I Västerbotten läns landsting är kostnaden 7 000 kronor, i Dalarna 1300 kronor och i Jämtlands läns landsting 2 500 kronor.

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

✓ Alla kvinnor har rätt till en steriliseringsoperation till samma kostnad oavsett var operationen genomförs.

9.

Screening för livmoderhalscancer

Screening för livmoderhalscancer har erbjudits kvinnor i Sverige sedan slutet av 1960-talet. Socialstyrelsens rekommendation inkluderar även test för humant papillomvirus (HPV) eftersom det är den främsta orsaken till cellförändringar hos kvinnor.

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda screening för livmoderhalscancer med cellprovtagning och analys för cytologi för kvinnor i åldern 23–29 år. För kvinnor som fyllt 30 år rekommenderas cellprovtagning med analys för HPV och att den övre åldersgränsen för detta bör höjas från 60 till 64 år (15). Kvinnornas kostnad för screening varierar mellan olika landsting. Detta är en orättvisa som kan påverka följsamheten till riktlinjerna och innebära att vissa kvinnor avstår från denna förebyggande screening.

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor i åldern 23–64 år ska erbjudas screening för livmoderhalscancer utan kostnader för kvinnan.

10.

Abortvård

Utvecklingen av effektiva och säkra farmakologiska abortmetoder har lett till att inducerad abort sker allt tidigare i graviditet. Samtidigt har risken för komplikationer i samband med abort minskat. Valfrihet i tillgången till säkra och tidiga farmakologiska aborter varierar i landet, delvis på grund av olika ersättnings-system till vårdgivarna. Stockholms läns landsting har till exempel sänkt ersättningen till vårdgivare för medicinsk abort, vilket har lett till att flera vårdgivare inte längre tillhandahåller denna service. Detta – samt det faktum att vissa kliniker ofta drar ner verksamheten under sommarmånaderna – leder till onödigt långa väntetider på vissa platser. Ofta kan det dröja upp till tre veckor innan första besöket. Något som strider mot abortlagen som säger att abort ska tillhandahållas utan fördröjning.

Svenska Barnmorskeförbundet och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anser att:

- ✓ Alla kvinnor skall ha samma valfrihet när det gäller abortmetod.
- ✓ Alla kvinnor ska ha tillgång till tidig inducerad abort med farmakologisk metod utan fördröjning oavsett var de bor i landet.

Referenser

1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth
2. SVEUS.Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem 2015. <http://www.sveus.se/publikationer/rapporter/forlossningsvard>
- 3.WHO. Caesarean sections should only be performed when medically necessary. www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/
- 4.Ternström E1, Hildingsson I2, Haines H3, Rubertsson C4. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*. 2015 Apr;31(4):445-50. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011. Epub 2014 Dec 5.
5. Kapoor DS,Thakar R, Sultan AH. Obstetric anal sphincter injuries: review of anatomical factors and modifiable second stage interventions. *Int Urogynecol J*. 2015.
6. www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19
7. Gynopregistret www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynopÅrsrapportInkontinensOp2014.pdf www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynopÅrsrapport_Prolaps_OpAr2014.pdf
8. Amning och existens moderskap, sårbarhet och ömsesidigt beroende vid inledande amning. Palmer L. 2015. Linneuniversitetet
9. SoS. Ökad amning men regionala skillnader. www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015oktober/okadamningmenregionalaskillnader
- 10.Assisterad befruktning – etiska aspekter, rapport 2013:1 Statens medicinsk etiska råd (SMER)
- 11.Assisterad befruktning- uppföljningsrapport med definitioner, rekommendationer och utvecklingsområde, version 2 . Maj 2014. Sveriges kommuner och landsting (SKL)
12. SoS. Statistik om aborter. www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter
13. www.dagenssamhalle.se/debatt/laer-av-norrbotten-infoer-gratis-preventivmedel-14494
14. Xin Gao,Yu-Chen Yeh , Jackie Outley, James Simon, Marc Botteman , James Spalding. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review *Current Medical Research & Opinion*, 2006,Vol. 22, No. 9 : Pages 1787-1797.
15. www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-livmoderhalscancer-rekommendation.pdf