

Reformer för en jämfäställd sjukvård



Kvinnorna

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
En förbättrad förlossnings- och mödravård	5
Riktlinjer och regler ska vara enhetliga i Sverige kring partners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen.....	5
Ytterligare en barnmorska eller läkare ska undersöka efter förlossning	6
Utbilda fler barnmorskor	6
Förlossningsrädda ska i så stor utsträckning som det är möjligt ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen.....	6
Utöka Mödrahälsovårdens ansvar för eftervården och inför tydliga riktlinjer kring eftervårdsbesöket	8
Nationella riktlinjer för förlossningsvården och eftervården.....	9
Tillgänglig specialistvård i varje region avseende förlossningsskador	9
Inför eftervårds-check.....	9
Fler fysioterapeuter som är specialiserade på kvinnohälsa genom förändrad specialiseringsutbildning och krav på fysioterapeuter vid vissa vårdinstanser	10
En jämlik vård.....	12
Bygg ut specialistvården för smärta och garantera tillgång till specialistvård för smärta i varje region	12
Överväg nationella riktlinjer för behandling av fibromyalgi	14
Elevhälsan ska utveckla skriftliga rutiner för handläggning av elever med misstänkt endometrios.....	14
En moderniserad abortlagstiftning	15
Avsätt pengar till forskning kring kvinnors hälsa	16
Referenser	18

Sammanfattning

Kvinnors sjukdomar är både i forskning och i det kliniska arbetet idag eftersatt. Detta innebär att hälso- och sjukvården inte är jämställd. På flera områden finns därför kunskapsluckor om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck både vad gäller symptom och smärta samt reaktioner på läkemedel. Förlossningsvården och eftervården ser olika ut beroende på var i landet du befinner dig, vilket gör att frågan om nationella statliga riktlinjer är högaktuellt.

Samhället och det offentliga behöver därför ta rejäla krafttag för att förbättra sjukvården för kvinnor. I den här rapporten sätts ljuset på särskilt angelägna områden och läggs fram konkreta förslag. Några av dessa är:

- En extra undersökning som genomförs av barnmorska eller läkare efter förlossning
- Tillgänglig specialistvård avseende förlossningsskador
- Utbyggd specialistvård för smärta
- Skriftliga rutiner för elevhälsan hur att hantera elever med misstänkt endometrios
- Avsätta pengar till forskning kring kvinnors hälsa



Inledning

Att kvinnor och män får en likvärdig vård borde vara en självklarhet i ett av världens mest jämställda länder. Tyvärr ser det inte ut så. Kvinnors sjukdomar har både inom forskning och i det kliniska arbetet under lång tid varit eftersatt. På flera områden finns därför kunskapsluckor om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck både gällande symptom och smärta samt reaktionen på läkemedel.

Gamla föreställningar om att kvinnor är inbillningssjuka lever till viss del kvar och visar sig oftast genom att kvinnor måste uttrycka mer smärta för att få samma behandling som män, kvinnor sjukskrivs också oftare under kortare tid än män och får billigare sjukvård än män.¹ Många av de symptom som kvinnor söker vård för bortförklaras också ofta som psykosomatiska och främst som en fråga för psykiatri. Det kan gälla allt från endometrios och förlossningsskador till svåra smärtproblem som fibromyalgi.

En stor och viktig del av den vård som kvinnor möter sker i samband med graviditet och förlossning. Sverige har när det gäller förlossningsskador tidigare legat på en hög nivå i internationella jämförelser.² Statistiken har dock förbättrats under de senaste tio åren, men mycket finns kvar att göra. Det handlar både om förbättringar vid själva förlossningstillfället, men också hur man organiserar eftervården.

Nedan presenteras förslag för att öka jämlikheten i vården och kvaliteten i förlossnings- och mödravården. Eftersom regionerna är huvudmän för sjukvården i Sverige har lagstiftaren i form av Sveriges riksdag begränsat inflytande över hur vården ska utföras. Förslagen nedan berör både nationell och regional nivå, men huvudfokus ligger på sådana förändringar som den nationella nivån kan påverka genom direkta beslut eller med genomförande av nationella riktlinjer.

1 (SKR, 2019)

2 (Sundman, 2021)

En förbättrad förlossnings- och mödravård

En graviditet och förlossning är för många kvinnor bland de största händelserna i livet. Sverige har generellt en god vård både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossning sett till att både mödra- och spädbarnsdödligheten är låg.

Men i vissa avseenden finns det brister. Bland annat att den vård som erbjuds före, under och efter en graviditet skiljer sig åt beroende på var kvinnan bor i landet. Dessutom att rekommendationer och riktlinjer ser olika ut på olika sjukhus, detta medför att vården blir ojämlik.



95. Riktlinjer och regler ska vara enhetliga i Sverige kring partners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen

Under graviditeten kan det skilja på hur många ultraljud som erbjuds. På vissa sjukhus och barnmorskemottagningar erbjuds detta redan tidigt i graviditeten och vid andra erbjuds enbart ett rutinultraljud i mitten av graviditeten. Vid förlossningen skiljer det sig åt om partnern har fått vara med vid kejsarsnitt och om partnern har fått stanna kvar på BB tillsammans med kvinnan och det nyfödda barnet. Att partnern inte får vara kvar på BB tillsammans med mamman och bebisen efter förlossningen är en ingripande åtgärd som ur smittskyddshänsyn är resultatmässigt tveksam. Men det är inte rimligt att nyförlösta mammor och nyfödda bebisar får olika förutsättningar de första dagarna i livet beroende på sjukhus. Riktlinjerna och reglerna ska därför vara enhetliga i hela landet avseende partners och stödpersoners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen.

96. Ytterligare en barnmorska eller läkare ska undersöka efter förlossning

Sverige har den näst högsta andelen bristningar i bäckenbotten av grad 3 och 4 i Norden. Enbart Island ligger högre.³ Drygt 3 procent av alla som föder vaginalt får den allvarligaste bäckenbottenträningen sfinkterruptur, som bland annat ökar risken för avföringsinkontinens.⁴ Andelen varierar dock stort mellan regionerna, sannolikt på grund av olika arbetssätt och rutiner. Förbättringspotentialen bör därmed vara stor. De metoder som visar på vetenskaplig evidens bör standardiseras över hela landet. Beprövad erfarenhet bör enbart användas då evidens saknas.

Sedan 2017 finns det en bäckenbottenutbildning (backenbottenutbildning.se) och därtill även ett bäckenbottenregister för att registrera och följa upp bäckenbottensskador. Förhoppningsvis leder detta till en ökad kunskap om bristningar, hur de förebyggs, behandlas och följs upp. Utöver detta kan mer göras för att förhindra förlossningsskador. Stöd finns för att möjligheten att upptäcka bristningar hos kvinnor efter förlossning ökar om den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare.⁵ För att upptäcka fler bristningar bör därför det bli standard med två som undersöker efter förlossning. Forskning pågår dessutom om två barnmorskor även under själva förlossningen minskar risken för bristningar.⁶

97. Utbilda fler barnmorskor

För att bli barnmorska krävs först utbildning till sjuksköterska, och därefter specialisering till barnmorska. Specialiseringen är inte betald, till skillnad från till exempel läkares specialistutbildning. Nästan alla regioner rapporterar också brist på yrkesgruppen men genom en särskild satsning på betald specialistutbildning för sjuksköterskor skulle möjligheterna till och villkoren för att bli barnmorska förbättras.

98. Förlossningsrädda ska i så stor utsträckning som det är möjligt ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen

Som gravid möter man inte samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen. Mer än varannan kvinna efterfrågar en större kontinuitet i möd-
rahälsovården och vill att det ska vara samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen och tiden därefter.

Studier visar på positiva effekter med kontinuitet i vårdkedjan, bland annat färre ingrepp under förlossningen, nöjdare kvinnor och billigare vård, färre kejsarsnitt och färre analsfinkterskador. Även barnmorskorna är nöjdare.⁷ Studierna

³ (Socialstyrelsen, 2019a)

⁴ (Socialstyrelsen, 2019a)

⁵ (SBU, 2021)

⁶ (Värdfokus, 2021)

⁷ (Socialstyrelsen, 2017), s. 87.



är mestadels från utlandet⁸ men nyligen publicerades en svensk studie som visar goda resultat för förlossningsrädda kvinnor som möter en och samma barnmorska under graviditet och vid födsel. 29 procent av kvinnorna uppgav att deras förlossningsrädsla försvann och att de var mer nöjda med vården.⁹ Önskvärt vore om samtliga gravida kvinnor kunde erbjudas att i den mån det är möjligt få ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen. Eftersom resurserna inom vården är begränsade är en rimlig prioritering att börja med de kvinnor som är diagnostiserade som förlossningsrädda.¹⁰

99. Utöka Mödrahälsovårdens ansvar för eftervården och inför tydliga riktlinjer kring eftervårdsbesöket

Enligt en rapport från Socialstyrelsen finns det skillnader i vården efter förlossning, såväl mellan sjukhus som mellan regioner. Det finns nationella riktlinjer framtagna av professionsföreningar som anger att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal med barnmorska under vårdtiden eller senare per telefon om det inte är möjligt att träffas. Utöver det finns inga särskilda riktlinjer kring uppföljningen den närmsta tiden efter förlossningen.

Enbart en tredjedel av sjukhusen följer alltid upp kvinnors hälsa efter hemgången från sjukhuset och ungefär hälften följer upp i vissa fall.¹¹ Men många sjukhus följer inte alls upp förlossningen. Mödrahälsovården följer inte upp kvinnornas hälsa förrän 6-8 veckor efter förlossningen. Under den tiden kan mycket ha hunnit hända. Barnavårdscentralen följer förvisso upp barnet efter 1-2 veckor efter förlossningen men fokus är då på barnet och inte på mamman.

Bristerna i uppföljning riskerar leda till att vissa kvinnors hälsa utvecklas på ett negativt sätt. Genom tidigare uppföljning kan allt från amningsproblem till förlossningsdepression uppmärksammas tidigare och åtgärdas. Ansvaret för mödrahälsovården bör därför utökas till att även omfatta uppföljning av kvinnors hälsa inom 1-2 veckor efter förlossningen och vid behov erbjuda den vård som behövs alternativt hänvisa kvinnan till rätt vårdinstans. Genom att uppföljningen sker av samma barnmorska som kvinnan träffat under graviditeten stärks också kontinuiteten i vården.¹²

Regionerna har olika riktlinjer för vad eftervårdsbesöket 6-12 veckor efter förlossningen ska innehålla. I de allra flesta fall ska en gynekologisk undersökning erbjudas och bäckenbotten samt knipförmågan utvärderas. I några fall erbjuds detta enbart vid behov.¹³

8 (Socialstyrelsen, 2017), s.91-92

9 (Hildingsson, Karlstrom, Rubertsson, & Haines, 2019)

10 I ett samarbete mellan barnmorskemottagningen och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge drivs projektet Min Barnmorska. Kvinnan har samma barnmorska på barnmorskemottagningen som på förlossningen. Merkostnader för projektet fanns vid uppstart men med fullt antal inskrivna gravida kvinnor framkommer ingen negativ effekt på ekonomin, enligt delårsrapporten från projektet.

11 (Socialstyrelsen, 2017), s. 8.

12 Förslaget beräknas efter antaganden att kosta ca 160 miljoner kronor per år och är baserat på underlag framtaget av riksdagens utredningstjänst.

13 (Socialstyrelsen, 2017), s. 50-51.

Efter samtal med företrädare i professionen som har lång erfarenhet av förlossningsvård skiljer det sig hur många kvinnor som faktiskt genomgår en gynekologisk undersökning vid eftervårdsbesöket i olika regioner. Faktorer så som hur frågan om gynekologisk undersökning ställs, barnmorskans egen uppfattning om förmågan att upptäcka förlossningsskador och möjlighet att remittera kvinnan till specialist påverkar också i vilken utsträckning den gynekologiska undersökningen faktiskt blir utförd. Detta leder till att förlossningsskador inte upptäcks och att kvinnor inte får den vård de behöver. Innehållet i eftervårdsbesöket bör därför vara densamma oavsett var kvinnan har fött barn.

100. Nationella riktlinjer för förlossningsvården och eftervården

För att komma till rätta med problematiken att vården både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen ser olika ut beroende på var i landet man bor bör nationella riktlinjer införas för detta. SFOG, svensk förening för obstetrik och gynekologi, anser också att nationella riktlinjer bör införas. Dessa nationella riktlinjer bör bland annat innehålla rutiner kring partnerns medverkan och vad som ska ingå vid ett eftervårdsbesök.

Socialstyrelsen håller i skrivande stund på att ta fram rekommendationer för graviditet, förlossning och eftervård. Arbetet ska vara klart 2021 och regeringen har meddelat att de ämnar göra dessa till nationella riktlinjer. Implementeringen av detta bör följas noggrant.

101. Tillgänglig specialistvård i varje region avseende förlossningsskador

Det är inte helt ovanligt att kvinnor vittnar om att deras förlossningsskador inte har tagits på allvar, att de inte fått en fullgod behandling eller att det tagit flera år innan de fått rätt behandling. Så ska det givetvis inte vara. En viktig del i att kvinnor med förlossningsskador får en fullgod vård är att det i varje region finns specialistvård med kompetens för förlossningsskador som kan hantera både vanliga och ovanliga skador. De mest komplicerade förlossningsskadorna som drabbar ungefär mindre än två procent av kvinnor som fött barn sköts genom nationell högspecialiserad vård. Ungefär 80 procent av kvinnorna som fött barn drabbas av så kallade grad 2-bristningar. I de fall dessa bristningar inte läker normalt måste regionerna kunna erbjuda specialiserad vård. Det bör därför vara krav på att det i varje region finns specialistvård tillgängligt som hanterar förlossningsskador som kräver mer uppföljning och eftervård.

102. Inför eftervårds-check

Sociala medier har bidragit till att många kvinnors förlossningsberättelser blivit publika och på Instagramkontot "alltserfintut" delar kvinnor med sig av sina upplevelser. Inte helt ovanligt är vittnesmål om att skador, som uppkom under förlossningen, inte upptäckts förrän långt senare och detta först efter att kvinnan under lång tid fått stå på sig mot en sjukvård som normaliserat tillstånd som inkontinens eller stor smärta.

För att kvinnor ska ha tillgång till bättre eftervård, utöver förslaget om utökat ansvar i mödravården och enhetliga regler för eftervårdsbesöket, bör det införas en eftervårdscheck. Eftervårdschecken bör innebära att nyförlösta mammor har rätt att gå till exempelvis en sjukgymnast som hon väljer själv för att få hjälp med rehabilitering efter förlossning och att åtminstone ett sådant besök är kostnadsfritt för henne. Kostnaden betalas sedan av staten eller regionen beroende på utformning.¹⁴



103. Fler fysioterapeuter som är specialiserade på kvinnohälsa genom förändrad specialiseringsutbildning och krav på fysioterapeuter vid vissa vårdinstanser

För att rehabilitering ska gå att genomföra krävs fler specialiserade fysioterapeuter. Genom att införa en eftervårdscheck kan incitamenten öka för fysioterapeuter att specialisera sig på kvinnohälsa och rehabilitering efter förlossning.

En anledning till att det är förhållandevis få fysioterapeuter specialiserade på kvinnohälsa är att strukturen på vidareutbildningen inte uppmuntrar till detta. För att bli fysioterapeut måste man studera i tre år på universitet eller högskola. För att sedan kunna specialisera sig vidare måste man läsa en magisterutbildning och därefter ha handledning i tre år. Många börjar jobba efter de första tre åren och om man sedan vill läsa in magisterutbildningen måste man antingen ta tjänstledigt eller göra detta på sin fritid, alternativt ta semester vid obligatoriska kursmoment. Till skillnad från många sjuksköterskor som kan få sin speci-

¹⁴ Förslaget beräknas efter antaganden att kosta ca 75 miljoner kronor per år och är baserat på underlag framtaget av riksdagens utredningstjänst. Baserat på en summa om 900 kr per kvinna.

alistutbildning betald av arbetsgivaren är detta väldigt ovanligt för fysioterapeuter, handledningen sker dessutom på handledarens fritid.

En brist är också att kurserna inom kvinnohälsa inte erbjuder undervisningspatienter utan deltagarna är hänvisade att undersöka varandra, till exempel gynekologiska undersökningar. Detta leder till att vissa inte känner sig bekväma med att gå specialiseringskurser som innebär att kursdeltagarna ska undersöka varandra.

Det finns heller inga incitament för arbetsgivaren att ha specialiserade fysioterapeuter anställda. Ersättningssystemen gör inte skillnad, eller i vart fall inte särskilt stor skillnad, mellan att ha en fysioterapeut med eller utan specialisering. Det finns heller inga krav på att vissa sjukvårdsinstanser ska ha specialiserade fysioterapeuter anställda.

Sammantaget innebär detta att fysioterapeuter specialiserade inom kvinnohälsa framför allt vilar på några eldsjälares axlar, vilket är ohållbart. För att få fler fysioterapeuter som specialiserar sig inom kvinnohälsa bör specialistutbildningen ses över och förändras. Hur förändringarna ska se ut måste vara föremål för en utredning som tillsammans med experter och professionen utformar en specialistutbildning som gör att trösklarna sänks för att bli fysioterapeut med specialisering inom kvinnohälsa.

Ytterligare en åtgärd för att förbättra eftervården, men också tiden under graviditeten för de kvinnor som behöver, är att barnmorskemottagningarna och mödrahälsovården har krav på sig att tillhandahålla specialiserade fysioterapeuter på samma sätt som det finns krav på att tillhandahålla läkare.¹⁵ Med tydligare riktlinjer för eftervården tillsammans med en eftervårdscheck bör det finnas förutsättningar för barnmorskemottagningarna att ha ett sådant krav på sig.

15 Förslaget beräknas efter antaganden att kosta ca 56 miljoner kronor per år och är baserat på underlag framtaget av riksdagens utredningstjänst.

En jämlik vård

Kvinnor lever i genomsnitt tre år längre än män i Sverige men trots detta rapporterar kvinnor sämre hälsa än vad män gör. Det föreligger skillnader inom vården både vad gäller kunskap om symtom, diagnos och behandling beroende på om du är man eller kvinna. Förekomsten av sjukdomar skiljer sig åt och samma sjukdom kan ge olika symptom beroende på kön.¹⁶ Vid behandling av hjärtsjukdom behandlas kvinnor i lägre grad enligt de nationella riktlinjerna och får också i lägre grad än män mediciner med bevisad nytta. Det förekommer alltså en underbehandling av kvinnor inom hjärtkärlområdet, men det är inte det enda område där kvinnor underbehandlas. Detta förekommer även vid till exempel stroke, diabetes och benskörhet. Vidare har kvinnor mer smärta än män innan de opereras för ländryggsbesvär och det tar även längre tid innan kvinnor får tillgång till nyare dialysteknik.¹⁷ Listan kan göras lång med identifierade brister gällande en jämlik och jämställd vård för kvinnor.

104. Bygg ut specialistvården för smärta och garantera tillgång till specialistvård för smärta i varje region

Långvarig smärta är en av de största orsakerna till långtidssjukskrivning.¹⁸ Enligt studier lider tio till tjugo procent av den svenska befolkningen av långvarig smärta.¹⁹ Det är betydligt fler kvinnor än män som lider av långvarig smärta. I samtal med experter har det framkommit att allmänhetens syn på smärta, och till viss del även den syn som lärs ut på läkarprogrammet, ofta grundar sig i att smärta är följd av en skada. Men smärta kan också vara en sjukdom i sig som uppstår som en följd av en störd reglering av smärtsignaler. Detta på samma sätt som att högt blodtryck kan vara ett symptom (t.ex. på njursjukdom) men som för de allra flesta i stället är en sjukdom orsakad av störd blodtrycksreglering.

En studie från Östergötland visade att förekomsten av långvarig smärta är dubbelt så hög hos kvinnor som hos män.²⁰ Sedan tidigare vet man att kvinnors och mäns immunsystem kan fungera olika. Flera sjukdomar drabbar i högre grad kvinnor än män, exempelvis ledgångsreumatism och fibromyalgi. Därtill kommer mer typiska kvinnosjukdomar så som endometriosis och vestibulit. Socialstyrelsens rapport konstaterar att tillgången till smärtspecialister är viktig för en fullgod endometriosisvård och konsultation av smärtspecialist ingår också i de nationella riktlinjerna.²¹

Patientorganisationer har pekat på att bemötandet av personer som söker sig till vården på grund av smärta präglas av misstro och dåligt bemötande. Det handlar också om kunskapsbrist och en tendens att sjukskriva i stället för att behandla och rehabilitera.²²

16 (Skr. 2016/17:10), s. 44.

17 Se (SKR, 2019)

18 (SKR, 2016), s. 9.

19 (SKR, 2016), s. 26.

20 (SKR, 2016), s. 26.

21 Se (Socialstyrelsen, 2019b), s. 37-38.

22 (SKR, 2016), s.24-25.



En kartläggning visar att primärvården saknar kompetens och struktur för att hantera patienter med långvarig smärta.²³ Trots att långvarig smärta kan kallas en folksjukdom²⁴ så prioriteras inte specialiserad vård för denna grupp utan istället sker en nedmontering av den specialiserade smärtvården.²⁵ Därtill saknas i många fall multidisciplinära smärtmottagningar i regionerna²⁶ och i vissa regioner vilar smärtvården på några få eldsjälar.²⁷ Konsekvensen är att det saknas både läkare, fysioterapeuter, sjuksköterskor och nya läkare som vill inrikta sig mot smärtlindring.²⁸ När det inte finns tillgång till specialiserad vård dit allmänläkare kan remittera smärtpatienter och det dessutom inte finns en strukturerad hantering av patienterna inom varken primär- eller specialistvården faller många patienter mellan stolarna. Det har rapporterats att en patient kan få vänta så länge som sex år innan rätt diagnos ställs och att den bristfälliga hanteringen av smärtpatienter kostar samhället uppskattningsvis 90 miljarder kronor.²⁹

23 (SKR, 2016), s.5.

24 (Bergstedt, 2017)

25 Se exempelvis (Rosenberg, o.a., 2017)

26 (SKR, 2016), s.5.

27 (Bergstedt, 2017)

28 (SKR, 2016), s. 5.

29 (Bergstedt, 2017)

105. Överväg nationella riktlinjer för behandling av fibromyalgi

Ungefär två procent av befolkningen lider av fibromyalgi och nästan 80 procent av de som diagnosticeras med sjukdomen är kvinnor.³⁰ Enligt vidtalade experter är sjukdomen ungefär lika vanlig som alla inflammatoriska reumatiska sjukdomar tillsammans. Tillståndet kännetecknas av långvarig och utbredd smärta i muskler och leder och att denna ska ha pågått i minst tre månader.

Som ovan konstaterats så kan smärta vara ett sjukdomstillstånd i sig utan att nödvändigtvis vara ett symptom på något annat. Vid fibromyalgi har det kunnat konstateras att smärtsignalen är förstärkt och det finns störningar i de smärthämmande systemen, vilket i sin tur leder till smärta.³¹ Tidigare var fibromyalgi en kontroversiell diagnos och avfärdades som en slaskdiagnos för kvinnor som uppgav värk utan klar anledning.³² Många patienter upplever fortfarande att de ifrågasätts av sjukvården och att de är missförstådda.³³

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar just nu effekterna av behandling och rehabilitering vid fibromyalgi. Utvärderingen ska vara klar i december 2021.³⁴ I dagsläget behandlas fibromyalgi på olika sätt i olika regioner och det finns även skillnader mellan olika vårdutövare inom primärvården. När SBU:s utvärdering är presenterad finns det anledning att överväga om det bör införas nationella riktlinjer för behandlingen av fibromyalgi. På detta sätt kan patienter oavsett var i landet de bor förvänta sig att bli tagna på allvar och få den vård som enligt de senaste rönen ger bäst effekt beroende på tillståndet.

106. Elevhälsan ska utveckla skriftliga rutiner för handläggning av elever med misstänkt endometrios

Endometrios är en östrogenberoende sjukdom som innebär att vävnad som liknar livmodersslemhinna växer utanför livmoderhålan. Den ger svår menssmärta och kan även orsaka svårigheter att bli gravid. De drabbade lider ofta av svår smärta under stora delar av livet. Ungefär en av tio kvinnor i fertil ålder beräknas ha endometrios.³⁵ Sedan 2018 finns det nationella riktlinjer för vård av endometrios och Socialstyrelsen har sedan dess utvärderat vården.³⁶

Även vid endometrios behövs tillgång till smärtspecialister och i Socialstyrelsens utvärdering framkommer att en majoritet av verksamheterna anser att tillgången är otillräcklig.³⁷ Förslagen ovan som tar sikte på specialistvården för smärta gör sig därför gällande även här.

Endometrios kan uppkomma sent i livet men de allra flesta får sina symptom i

30 (SBU, 2021)

31 (Karolinska Institutet, 2020)

32 (Karolinska Institutet, 2020)

33 (Pichot, 2018)

34 (SBU, 2021)

35 (Socialstyrelsen, 2019b), s. 7.

36 Se (Socialstyrelsen, 2019b)

37 (Socialstyrelsen, 2019b), s. 7.

tonåren. Elevhälsan har därför en viktig roll att identifiera elever med misstänkta symptom och hjälpa dem till rätt vårdinstans. Enligt Socialstyrelsens utvärdering saknas ofta rutiner för handläggning av elever med misstänkt endometrios och det är få skolsköterskor som uppger att de stött på sjukdomen.

Mot denna bakgrund bör elevhälsan utveckla skriftliga rutiner för elever med misstänkt endometrios. Detta är ett förslag som Socialstyrelsen själva presenterat i utvärderingen och Socialstyrelsen pekar på att skriftliga rutiner kan utgöra ett stöd för skolsköterskan i sin handläggning såväl som en tryggare vårdkedja för eleven.³⁸



107. En moderniserad abortlagstiftning

När dagens abortlagstiftning infördes för 45 år sedan handlade varje abort om ett kirurgiskt ingrepp. I dag är 9 av 10 aborter medicinska. Trots enorma medicinska framsteg har lagen inte uppdaterats. Samtidigt tar andra länder viktiga steg framåt. Påskyndat av coronapandemin har bland annat Storbritannien och Frankrike gjort det möjligt för kvinnor att efter konsultation hämta ut sin abortmedicin på apotek.

En färsk utvärdering från den brittiska läkarföreningen FSRH visar på mycket goda resultat av denna förändring.³⁹ Väntetiderna har minskat rejält, aborterna genomförs tidigare och 80 procent av kvinnorna föredrar hemaborter framför sjukhus. Ingen har heller behövt läggas in för vård.

38 (Socialstyrelsen, 2019b), s. 67.

39 (Aiken, Lohr, Lord, Ghosh, & Starling, 2021)

Det finns alltså stora möjligheter att öka självbestämmandet och anpassa vården efter den enskilda kvinnans behov. På precis detta pekar också flera tunga företrädare för den svenska mödravården.⁴⁰ Trots dessa starka skäl måste fortfarande alla aborter i Sverige genomföras på sjukhus. De bortser från att det inte alls alltid är vad den enskilda kvinnan vill - hemmet kan upplevas vara en betydligt tryggare miljö. Dessutom genomför enligt Socialstyrelsen redan tre av fyra kvinnor den andra delen av en medicinsk abort i hemmet.

Sverige bör ändra lagen så att kvinnor som vill, efter konsultation ska kunna hämta ut medicinen på apotek. Därmed kan hela den medicinska aborten genomföras i hemmet. Det stöd och den rådgivning som idag erbjuds ska fortsatt erbjudas, och rätten till hjälp via sjukhus ska fortsatt garanteras. En statlig utredning som tar fram ett konkret förslag bör tillsättas omedelbart.

Barnmorskor borde också få rätt att utföra abort. Svenska barnmorskor har en unik roll i mödrahälsovården och deltar redan i behandling i samband med abort. Här finns gedigen erfarenhet att ta tillvara på, vilket också skulle kunna leda till ökad kontinuitet och trygghet. I den utredning som tillsätts bör därför också möjligheten för specialiserade barnmorskor att tillåtas föreskriva medicinsk abort övervägas.

För att på allvar värna rätten att fatta ett beslut om att genomföra en abort måste Sverige få bort köerna. Den stora majoriteten av aborter genomförs tidigt i graviditeten men det är oacceptabelt att enskilda kvinnor ska behöva vänta, inte minst vid tidskritiska situationer. Socialstyrelsen bör därför få uppdraget att kartlägga väntetiderna och därefter ta fram förslag på åtgärder som motsvarar en tidsgaranti.

108. Avsätt pengar till forskning kring kvinnors hälsa

År 2007 fick Forte, tidigare Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, ett uppdrag från den moderatledda regeringen att stödja forskning om kvinnors hälsa. Inom ramen för ett forskningsprogram delades 90 miljoner kronor ut över tre år och det bidrog till att öka kunskapen kring könsskillnader inom hälso- och sjukvård.⁴¹ År 2014 tillsatte den moderatledda regeringen utredningen Uppföljning av utvecklingen mot jämställdhet samt jämställdhetspolitikens genomförande och effektivitet. Inom ramen för utredningen presenterades ett avsnitt om hälsa och där fanns ett antal förslag, däribland att inrätta jämställd hälsa som ytterligare ett jämställdhetspolitiskt delmål.⁴² Ett sådant finns nu på plats. I avsnittet konstaterades också att kvinnor och män drabbas av olika sjukdomar i olika utsträckning, att symptom kan vara olika beroende på kön för samma sjukdom och likaså kan reaktionen på läkemedel skilja sig åt beroende på om det är en man eller kvinna som får medicinen föreskriven. Detta gäller fortfarande.⁴³

40 (SvD, 2021)

41 (Skr. 2016/17:10), s. 45.

42 (SOU 2015:86), s. 442-443.

43 Se exempelvis (Skr. 2016/17:10), s. 42ff.

I utredningen efterfrågades mer kunskap om könsskillnader i hälsa och sjukdom. Behovet finns fortfarande och därför bör man likt regeringsuppdrag från 2007 ge Forte ett nytt regeringsuppdrag att stödja forskning om kvinnors hälsa. För detta bör det avsättas pengar och möjliggöra forskningsprojekt som höjer kunskapen om kvinnor och hälso- och sjukvård.

Referenser

- Aiken, A., Lohr, P., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no- test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- Bergstedt, T. (den 8 1 2017). Smärtpatienter kan få vänta sex år på rätt diagnos. Hämtat från svt.se: <https://www.svt.se/nyheter/vetenskap/smartpatienter-kan-fa-vanta-sex-ar-pa-ratt-diagnos>
- Hildingsson, I., Karlstrom, A., Rubertsson, C., & Haines, H. (2019). Women with fear of child-birth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and Birth*, ss. Vol. 32, nr 1, s. 58-63.
- Karolinska Institutet. (den 19 02 2020). På de smärtekänsligas sida. Hämtat från Forskning: <https://ki.se/forskning/pa-de-smartkansligas-sida>
- Pichot, C. (den 10 01 2018). Fibromyalgi. Hämtat från Netdoktorpro: <https://www.netdoktorpro.se/smart/medicinska-oversikter/fibromyalgi/>
- Rosenberg, J., Jansson, A.-K., Rhodin, A. P., Götharson, E., Carlberg, L., Ouraiby, A., . . . Svae, D. H. (den 7 3 2017). "Nedmontering av smärtvården drabbar utsatta patienter". Hämtat från Dagens medicin: <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/smart/nedmontering-av-smartvarden-drabbar-utsatta-patienter/>
- SBU. (den 19 02 2021). Behandling och rehabilitering av personer med fibromyalgi. Hämtat från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/behandling-av-fibromyalgi/>
- SBU. (2021). Förlossningsbristningar : Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. SBU.
- SKR. (2016). Nationellt uppdrag: Smärta. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR. (2019). (O)jämsliddhet i hälsa och vård. Stockholm: Sverige Kommuner och Regioner.
- Skr. 2016/17:10. (u.d.). Makt, mål och myndighet - feministisk politik. Stockholm: Regeringen.
- Socialstyrelsen. (2017). Vård efter förlossning : En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). Utvärdering av vård vid endometrios : Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:86. (u.d.). Forskarrapporter till Jämsliddhetsutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Sundman, S. (den 19 02 2021). Finland bäst i Norden i att förebygga förlossningsskador. Hämtat från Hufvudstadsbladet: <https://www.hbl.fi/artikel/finland-bast-i-norden-i-att-forebygga-forlossningsskador/>
- SvD. (den 25 02 2021). Svenska Dagbladet. Hämtat från "Aborter bör kunna genomföras i hemmet": <https://www.svd.se/aborter-bor-kunna-genomforas-i-hemmet>
- Vårdfokus. (den 27 02 2021). Är två barnmorskor bättre än en på att förebygga bristningar? Hämtat från Vårdfokus: <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/barnmorska/ar-tva-barnmorskor-battre-an-en-pa-att-forebygga-bristningar/>



moderatkvinnorna.se