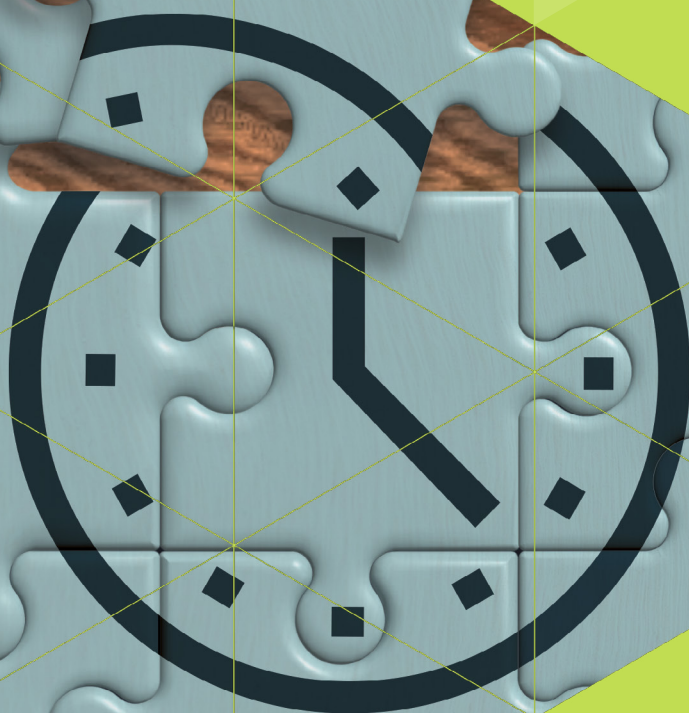


Rapport 2023:5

I tid och otid

En fördjupningsstudie
av bemanningen
inom förlossningsvården



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:

registrator@vardanalys.se

Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023

Grafisk design, omslagsbild och produktion: Hellsten Kommunikation

ISBN 978-91-88935-80-9

I tid och otid

En fördjupningsstudie av bemanningen
inom förlossningsvården

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Siri Lindqvist Ståhle har varit föredragande. I den slutgiltiga handläggningen har projektdirektören Johan Strömblad, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren deltagit.

Stockholm den 16 mars 2023

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Siri Lindqvist Ståhle
Föredragande

Förord

Möjligheten att rekrytera och behålla personal är central för både förlossningsvården och hälso- och sjukvården i stort. En hållbar arbetsmiljö är inte bara viktigt för medarbetare och chefer, utan även för att patienterna ska få en god vård. De senaste åren har barnmorskorna blivit fler, men den upplevda bristen på barnmorskor har ökat.

Den här rapporten är ett kunskapsunderlag från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som vi hoppas ska bidra till att stärka kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården. Arbetet är en del i vårt regeringsuppdrag att följa satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården 2015–2022. Ett mål med satsningen är att stärka kompetensförsörjningen inom förlossningsvården.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren Siri Lindqvist Ståhle. I arbetet har även utredaren Kerstin Gunnarsson, analytikern Linn Wallén och projektdirektören Johan Strömblad deltagit. Även juristen Eva Bucksch, utredaren Anna Jonsson och praktikanten Vera Kjessler har varit med i arbetet. Konsultföretaget DB Evidence AB har på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys samlat in data och tagit fram en underlagsrapport för studien.

Vi vill rikta ett varmt tack till de förlossningskliniker som medverkat i vår studie och som har bidragit genom att dela data, delta i intervjuer och lämna värdefulla synpunkter till rapporten. Utan er hade den här rapporten inte varit möjlig.

Stockholm i april 2023

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Resultat i korthet

Sedan 2015 pågår en satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvården. Ett mål med satsningen är att stärka kompetensförsörjningen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa satsningen och analysera utvecklingen inom området. En del i vårt arbete är att göra en fördjupad studie av bemanning och produktivitet inom förlossningsvården. Här presenterar vi resultaten från studien där vi har analyserat behov av och tillgång till barnmorskor på tio förlossningskliniker i Sverige.

Våra slutsatser

- ▶ Bemanningsläget utmanas av ett jämnt patientinflöde som kräver en konstant kapacitet under dygnet och över året.
- ▶ Klinikerna klarar inte bemanningen under sommaren och marginaler saknas under resten av året. Det beror delvis på en stor andel obekvämt arbetstid.
- ▶ Små kliniker har fler arbetstimmar per förlossning, vilket medför att vården blir dyrare, samtidigt framstår arbetsmiljön som mer hållbar.
- ▶ Arbetssituationen innebär hög arbetsbelastning, lite tid för kompetensutveckling och små förutsättningar för ett gott ledarskap, och det gör det svårare att behålla personal.
- ▶ Bemanningsläget är fortfarande svårt trots insatser inom satsningen på kvinnors hälsa. Det kan delvis bero på ett behov av en ökad grundbemanning.

Våra rekommendationer

- ▶ Regionerna behöver följa upp och utvärdera arbetstidsmodellernas ändamålsenlighet.
- ▶ Regionerna behöver ge barnmorskorna bättre möjligheter till kompetensutveckling.
- ▶ Regionerna behöver stärka ledarskapet i förlossningsvården.
- ▶ Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utveckla nationell statistik så att barnmorsketätheten går att följa.

Sammanfattning

Sedan 2015 har det pågått en satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvården, med syftet att bland annat stärka kompetensförsörjningen inom förlossningsvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett regeringsuppdrag att följa satsningen 2015–2022. Inom ramen för vårt uppdrag har vi gjort en fördjupningsstudie om bemanningen inom förlossningsvården, med fokus på barnmorskor.

Rapporten ger kunskap om bemanningssituationen

Under de senaste åren har antalet barnmorskor ökat, både i absoluta tal och i relation till antalet kvinnor. Samtidigt beskriver regionerna att de har brist på barnmorskor. Bristen förklaras av att det har fötts fler barn och att barnmorskor går i pension. Ett ökat vårdbehov och ambitionshöjningar i vården leder också till ökad efterfrågan. De flesta barnmorskorna arbetar inom slutenvården, där förlossningsvården ingår, även om andelen minskat under de senaste åren.

Genom nationell statistik kan vi inte kartlägga hur många barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården. Den speglar inte heller regionala skillnader eller säsongsvariationer. Den ger alltså inte en tillräckligt tydlig bild för att vi ska kunna avgöra hur stor bristen är eller om situationen kan förbättras genom nya arbetsätt eller organisationsförändringar. Vi har därför kartlagt bemanningsläget och produktiviteten vid tio förlossningskliniker, och klinikernas arbete för att ha tillräcklig bemanning året runt. En del i vår studie fokuserar på barnmorskornas arbetsmiljö och andelen av arbetet som utförs på obekvämlig arbetstid, det vill säga kvällar, nätter och helger.

Vår analys bygger på information från tio förlossningskliniker

För att få en bild av bemanningsläget har vi kartlagt både tillgången till och behovet av personal. Kartläggningen ger en mer detaljerad bild än statistiken och visar hur stort bemanningsgapet är. Vi använder schemarader för att identifiera behovet av personal, det vill säga vilka arbetspass som ska bemannas och hur många personer som behöver arbeta varje pass. Tillgången på personal mäter vi genom att undersöka antalet barnmorskor som arbetar på kliniken och deras sysselsättningsgrad.

I studien ingår tio förlossningskliniker som har olika storlek och är spridda över landet. Vi samlade in data genom intervjuer med företrädare för förlossningsklinikerna och genom formulär som företrädarna fick fylla i. En del av datainsamlingen fokuserade på att kartlägga schemarader och information om antalet anställda och deras sysselsättningsgrad. Därefter genomförde vi fördjupande intervjuer om förutsättningarna för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och arbetsmiljön på kliniken.

Våra resultat leder till fem övergripande slutsatser

Barnmorskorna har blivit fler på senare år, och stärkt kompetensförsörjning har varit ett prioriterat område inom satsningen på kvinnors hälsa. Trots det har förlossningsvården fortfarande bemanningsproblem. Våra analyser leder fram till fem övergripande slutsatser.

Bemanningsläget utmanas av ett jämnt patientinflöde

Vi har analyserat statistik över alla förlossningar vid en förlossningsklinik i Sverige 2015–2022. Antalet är förhållandevis jämnt fördelat över året, men med något fler förlossningar under våren och sommaren och lite färre i november och december. Vår analys visar också att förlossningarna fördelar sig jämnt över dygnets timmar och veckans dagar. Det innebär att bemanningen måste vara jämn mellan dagar, kvällar, nätter och helger. Det är dock svårare att rekrytera och behålla personal i verksamheter med en stor del av arbetstiden utanför normala kontorstider.

Den jämna fördelningen av förlossningar särskiljer förlossningsvården från annan hälso- och sjukvård som har en tydligare variation i patientinflödet mellan olika tider på dygnet, vilket underlättar bemanningsplaneringen och arbetssituationen. På en akutmottagning är det exempelvis färre personer som söker vård nattetid, så det går att minska bemanningen under natten.

Klinikerna klarar inte bemanningen under sommaren

Åtta av de tio förlossningsklinikerna får precis ihop bemanningen förutom under semesterperioderna, och två har stora bemanningsproblem över hela året. Under sommaren är det ingen av klinikerna som verkar ha en hållbar arbetsbelastning.

För att klara bemanningen minskar klinikerna sin kapacitet under nätter, helger och sommarmånader. Det kan innebära att man generellt har en lägre bemanning, eller att man minskar eller stänger viss verksamhet, exempelvis mottagningsverksamhet som inte är nödvändig för det akuta uppdraget. Administrativa uppgifter minskas till lägsta möjliga nivå och i vissa fall går även cheferna in och arbetar kliniskt under sommaren. Förutsättningarna för att minska kapaciteten varierar mellan klinikerna och beror i stor utsträckning på hur kliniken är organiserad.

Samtidigt som klinikerna minskar sin kapacitet under sommar, nätter och helger är det ungefär lika många barn som föds då, och till och med något fler på sommaren. Det innebär att den personal som är i tjänst riskerar att få hög arbetsbelastning, vilket kan medföra både patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker. Dessutom minskar vårdens tillgänglighet om viss verksamhet stänger.

Lägre produktivitet kan relatera till bättre arbetsmiljö

Det är stora variationer i produktiviteten för de tio förlossningsklinikerna, mätt som antalet arbetstimmar per förlossning. Vi inkluderar arbetstimmar på förlossningen, BB och förlossningens akutmottagning.

Klinikens storlek framstår som den viktigaste faktorn för produktiviteten. Det beror på att det måste finnas en viss grundbemanning dygnet runt oavsett hur få barn som föds eftersom det exakta patientinflödet inte går att förutse. De mindre förlossningsklinikerna har därför färre förlossningar per arbetad timme, vilket innebär att vården blir dyrare. Därmed kan en förlossningsklinik vara för liten för att kunna bedrivas på ett resurseffektivt sätt. Samtidigt är de största klinikerna i vår studie inte mer effektiva än de medelstora, så stordriftsfördelarna planar ut efter en viss storlek.

Vi kan också se att det lägre patientinflödet vid de mindre klinikerna bidrar till en något bättre arbetsmiljö. Med färre patienter får man en större variation i arbetsbelastning mellan arbetspassen och därmed möjlighet till lugnare perioder. Företrädarna för de mindre klinikerna beskriver i något högre utsträckning att medarbetarna har möjlighet till återhämtning mellan arbetspassen och att medarbetarna är nöjda med sitt schema. Chefer på de mindre klinikerna har även ansvar för färre medarbetare.

Det finns flera problem med barnmorskornas arbetssituation

En generell brist på barnmorskor och svårigheter att anpassa bemanningen utifrån antalet förlossningar varje arbetspass medför att arbetsbelastningen inom förlossningsvården bitvis är hög. De fyra största klinikerna i vår studie beskriver arbetsbelastningen som konstant hög, medan övriga beskriver att intensiva arbetstoppar följs av lugnare perioder.

Våra analyser visar att omkring 60 procent av barnmorskornas arbetspass utförs helt eller delvis på obekväm arbetstid, vilket är en del av svårigheten med att bemanna verksamheten. Intervjupersonerna menar också att flera av problemen med bemanningen beror den höga andelen obekväm arbetstid men även att ersättningen för att arbeta obekväm arbetstid är för låg. Utöver det avsätts lite tid för kompetensutveckling och varje chef har ett stort antal medarbetare. Det riskerar att ytterligare försämra förutsättningarna för att behålla personal.

I genomsnitt arbetar barnmorskor 80 procent av en heltidstjänst. Det är en lägre sysselsättningsgrad jämfört med annan hälso- och sjukvårdspersonal. En orsak är den höga arbetsbelastningen i kombination med den stora delen obekväm arbetstid.

Bemanningsläget är fortfarande svårt trots insatser inom satsningen

Satsningen på kvinnors hälsa har medfört ett stort antal insatser för att stärka kompetensförsörjningen. Omkring 80 procent av de medel som regionerna fått har använts för sådana insatser under senare år. Medlen har dels använts för att anställa personal och för att bekosta bemanningspersonal. Regionerna har bland annat också bekostat vidareutbildning till barnmorska och utökad introduktion till nyanställda. Utöver det har regionerna gjort insatser för att bli mer attraktiva arbetsgivare, exempelvis genom att anställa annan personal för att avlasta barnmorskorna och testa nya arbetssätt, såsom modellen "en barnmorska per födande". En tredjedel av regioner har även ökat ersättningen för barnmorskorna. Antingen genom höjd ersättning för obekväm arbetstid eller under semesterperioden, eller som riktade lönesatsningar.

Trots insatserna, och trots att barnmorskorna blivit fler, är det fortfarande svårt att bemanna förlossningsvården. Det kan till viss del förklaras av ett ökat vårdbehov. En annan faktor är att det genomförs fler inductioner, när förlossningen startas på konstgjord väg. Generellt innebär det att förlossningen tar längre tid. Vi vet inte heller hur effektiva regionernas insatser är eftersom regionerna sällan följer upp och utvärderar dem. Vissa insatser som ska göra kliniken till en mer attraktiv arbetsplats leder också till minskad produktivitet och därmed ett ökat bemanningsbehov, till exempel modellen "en barnmorska per födande". Vi menar att det är viktigt att utreda och följa konsekvenserna av den typen av insatser.

Rekommendationer

Utifrån vår uppföljning har vi formulerat rekommendationer till regeringen och regionerna.

► Regionerna behöver följa upp och utvärdera arbetstidsmodellernas ändamålsenlighet.

Våra resultat pekar på att arbetstidsmodellerna som används inom förlossningsvården har stor inverkan på förutsättningarna för en tillräcklig bemanning. Det handlar inte minst om den stora andelen obekväm arbetstid och ersättningen som barnmorskorna får för det. Arbetstidsmodellen behöver vara anpassad till den aktuella verksamhetens behov och bemanningssituation, och till medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö. Det är viktigt att varje region och verksamhet noggrant följer upp och utvärderar sin arbetstidsmodell för att se hur den fungerar och om något behöver förändras. I det arbetet är det viktigt

att se till de specifika förutsättningarna som finns inom förlossningsvården, med ett jämnt patientinflöde över dygnet och veckan som inte gör det möjligt att minska bemanningen under obekväm arbetstid.

Som ett komplement till översynen av arbetstidsmodellen kan det också vara relevant att se över förutsättningarna för rotation samt undersöka hur ett system med rotation mellan verksamheter kan utvecklas. Rotation mellan förlossning och mottagningsverksamhet kan vara ett sätt att minska andelen arbete på obekväm arbetstid utan att behöva minska kapaciteten under delar av dygnet eller veckan. Det kan exempelvis handla om att barnmorskorna i större utsträckning varvar arbete på BB och förlossning med arbete på gynekologisk mottagning eller inom mödrahälsövården där arbetet främst är förlagt till dagtid. Samtidigt är kunskapen om hur rotationstjänstgöring påverkar arbetsmiljön, verksamheten och patientsäkerheten förhållandevis låg. Därmed finns ett behov av att följa och utvärdera initiativ kring rotationstjänstgöring systematiskt.

Rotation ställer också vissa krav på organisation och avtal. Roterande barnmorskor behöver kunskap och erfarenhet inom flera olika arbetsmoment, och det är viktigt att säkerställa att medarbetarna har tillräcklig kompetens och känner sig trygga med att arbeta i de aktuella verksamheterna. Inte minst behövs tillräckligt stöd till nyanställda och nytexaminerade barnmorskor. Det kan säkerställas genom att erbjuda mentorskap och klinisk handledning, och genom en strukturerad introduktion innan den enskilda barnmorskan börjar rotationstjänstgöringen. Det är också viktigt att rotation baseras på frivillighet för att inte riskera att erfarna barnmorskor slutar om de upplever rotationen som negativ, exempelvis på grund av ökad obekväm arbetstid eller frekvent byte av kollegor.

► **Regionerna behöver ge barnmorskorna bättre möjligheter till kompetensutveckling.**

För att behålla personal och få en fungerande kompetensförsörjning behövs bättre möjligheter till utveckling av både personalen och verksamheten. Kompetensutveckling bidrar till att verksamheten utvecklas och kan även ha ett egenvärde genom att medarbetaren blir mer engagerad i arbetet och arbetsplatsen.

Regionerna behöver avsätta tillräckligt med tid för kompetens- och verksamhetsutveckling och se till att alla i personalen har möjlighet att utvecklas i sin yrkesroll. Det kan innebära att erbjuda kompetensutveckling eller möjlighet till forskning. Samtidigt är det viktigt att kompetensutvecklingen tar hänsyn till både verksamhetens och medarbetarens behov och att medarbetarens nya kompetens tas till vara.

► **Regionerna behöver stärka ledarskapet i förlossningsvården.**

Ett gott ledarskap är viktigt för att kunna rekrytera och behålla medarbetare inom förlossningsvården. Verksamheternas ledare behöver till exempel förmåga att leda utveckling, fördela arbetet och tydligt visa vilka arbetsområden som är prioriterade. Som en del i arbetet med att säkerställa en god arbetsmiljö behöver regionerna även ge cheferna inom förlossningsvården bättre förutsättningar för att utöva ett gott ledarskap.

Vi kan konstatera att cheferna inom förlossningsvården har ett komplext uppdrag som omfattar både administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakt med medarbetare. Vissa av cheferna arbetar även kliniskt för att täcka bemanningsbehov. Samtidigt har cheferna ansvar för många medarbetare. En viktig del är att se över, och vid behov minska, antalet medarbetare per chef.

En annan del är att chefer har tillgång till stödstrukturer och att ledarskapsfrågan är prioriterad inom organisationen. Det kan exempelvis handla om stödstrukturer för HR, bemanning, ekonomi, utvecklingsarbete och strategiskt och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling. Brist på stödstrukturer begränsar chefernas möjligheter att vara närvarande i verksamheten, skapa en god arbetsmiljö och uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning.

► **Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utveckla nationell statistik så att barnmorsketätheten går att följa.**

Det går inte att följa antalet barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården, varken i nationell statistik eller i sammanställd information från regionerna. Det saknas även information om säsongsvariationer eller regional variation i tillgången till barnmorskor. Befintlig statistik ger inte heller möjlighet att särskilja tillgången till barnmorskor i olika delar av vårdkedjan. För att kunna följa upp jämlikhet och kvalitet inom vården finns ett behov av att öka tillgången till statistik över personal i graviditetsvårdkedjan. I dag finns till exempel ingen nationell statistik som gör det möjligt att följa personaltätheten inom förlossnings- eller eftervården. Vi har tidigare konstaterat att bristen på statistik försvårar en strategisk styrning, och under satsningen på kvinnors hälsa har statistikbristen gjort det svårt att få en gemensam bild av läget.

I dag har Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång till och efterfrågan på barnmorskor inom ramen för det nationella planeringsstödet. En del i det arbetet skulle kunna vara att fördjupa statistiken om antalet barnmorskor.

Socialstyrelsen har också, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet, i uppdrag att ta fram förslag på sätt att säkra framtidens kompetensförsörjning av barnmorskor. I uppdraget ingår att redovisa hur många barnmorskor som finns att tillgå i hälso- och sjukvården och vilka verksamheter de arbetar inom

på regional nivå. Vi ser att det är ett viktigt steg för att få en tydligare bild av hur barnmorskornas kompetens används i vården i dag och vilket behov som finns inom olika delar av vården. Den typen av statistik behövs för strategisk styrning och för att tydliggöra hur barnmorskornas kompetens används.

Vi har tidigare rekommenderat att det nationella planeringsstödet och regionerna bör föra in ett tydligare behovs- och efterfrågeperspektiv i sina prognoser, bland annat genom att ta hänsyn till hur förändrade vårdbehov och utvecklade arbetssätt kan påverka efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2018). Prognoserna för hälso- och sjukvårdens kompetensbehov skulle behöva kompletteras med scenarier som beskriver kompetensbehovet utifrån nationella mål, och de skulle exempelvis kunna relatera till arbetssättet en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning.

Innehåll

1	Inledning	14
1.1	Bemanning av förlossningen har länge beskrivits som en utmaning	14
1.2	Vi kartlägger bemanningen inom förlossningsvården	18
1.3	Rapportens disposition	19
2	Metod och genomförande	21
2.1	Vi analyserar schemarader, födselar och tillgången till barnmorskor.....	21
2.2	Skillnader mellan behov och tillgång ger bemanningsläget.....	23
2.3	Studien fokuserar på tio kliniker av olika storlek.....	24
2.4	Informationen samlades in genom intervjuer	26
3	Patientflöde och arbetsbelastning.....	28
3.1	Små variationer mellan år och mellan årstider	28
3.2	Förlossningarna är jämnt fördelade över veckan och dygnet.....	30
3.3	Patientflödet skiljer sig från annan verksamhet.....	34
4	Bemanningsläget vid klinikerna	36
4.1	Klinikerna klarar precis bemanningen men saknar marginaler.....	36
4.2	Mycket svårare att klara bemanningen under sommaren.....	42
4.3	Barnmorskor har en stor andel obekväm arbetstid	44
4.4	Andelen obekväm arbetstid minskas genom två strategier.....	48
5	Produktiviteten för förlossningsklinikerna	50
5.1	Produktiviteten varierar mellan klinikerna.....	50
5.2	Produktiviteten verkar inte påverka kvalitet och patientsäkerhet	53
6	Arbetsmiljö och arbetsbelastning	57
6.1	Arbetsbelastningen varierar men upplevs ha ökat	57
6.2	Många barnmorskor arbetar deltid för att få återhämtning.....	58
6.3	Förutsättningar för ett gott ledarskap saknas	61
6.4	Lite tid är avsatt för icke-kliniskt arbete	62
6.5	Hälften av klinikerna upplever att de har en dålig arbetsmiljö	64

7	Insatser för stärkt kompetensförsörjning inom satsningen	66
7.1	Bemanningsinsatser har varit ett tydligt fokus i flera regioner	66
7.2	Insatser för att rekrytera barnmorskor.....	68
7.3	Insatser för att vara en attraktiv arbetsplats.....	70
7.4	Satsningen upplevs ha effekt men fler insatser kunde gjorts	71
8	Slutsatser och rekommendationer	73
8.1	Bemanningsläget utmanas av ett jämnt patientinflöde.....	73
8.2	Det är svårast att klara bemanningen på sommaren.....	74
8.3	Lägre produktivitet kan relatera till bättre arbetsmiljö.....	74
8.4	Arbetsituationen påverkar möjligheten att behålla personal	75
8.5	Trots insatser är bemanningsläget fortfarande svårt	76
8.6	Rekommendationer	76
	Referenser	80
	Bilagor	84

1 Inledning

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor, framför allt förlossningsvården. Satsningen är en del i det jämställdhetspolitiska delmålet och ska bidra till att motverka ojämställdhet mellan kvinnor och män (prop. 2014/15:100).

Större delen av satsningen på kvinnors hälsa består av överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Totalt omfattar satsningen 9,5 miljarder kronor, varav 8,3 miljarder kronor har fördelats som stimulansmedel till regionerna 2015–2022. Centrala delar i överenskommelserna är att stärka bemanning och kompetensförsörjning och att öka kunskaperna i vården om förlossningsvården och kvinnors hälsa. Satsningen omfattar även uppdrag till statliga myndigheter, men också reformer såsom lagändringar (avgiftsfri mammografi-screening och screening för livmoderhalscancer, samt kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har i uppdrag att följa upp och beskriva hur området kvinnors hälsa utvecklades 2015–2022 och att analysera relevanta insatser (Socialdepartementet 2021). En stor del av regionernas insatser inom satsningen har relaterat till bemanning, och därför har vi gjort en fördjupningsstudie om bemanning i förlossningsvården.

Den här rapporten är ena delen av slutrapporteringen av uppdraget, och är en fördjupningsstudie om bemanning och produktivitet inom förlossningsvården. Vår rapport *Över tiden?* (rapport 2023:4) är den andra delen av slutrapporteringen. I den följer vi statliga och regionala insatser inom satsningen och beskriver hur området kvinnors hälsa har utvecklats under de år som satsningen pågått.

1.1 Bemanning av förlossningen har länge beskrivits som en utmaning

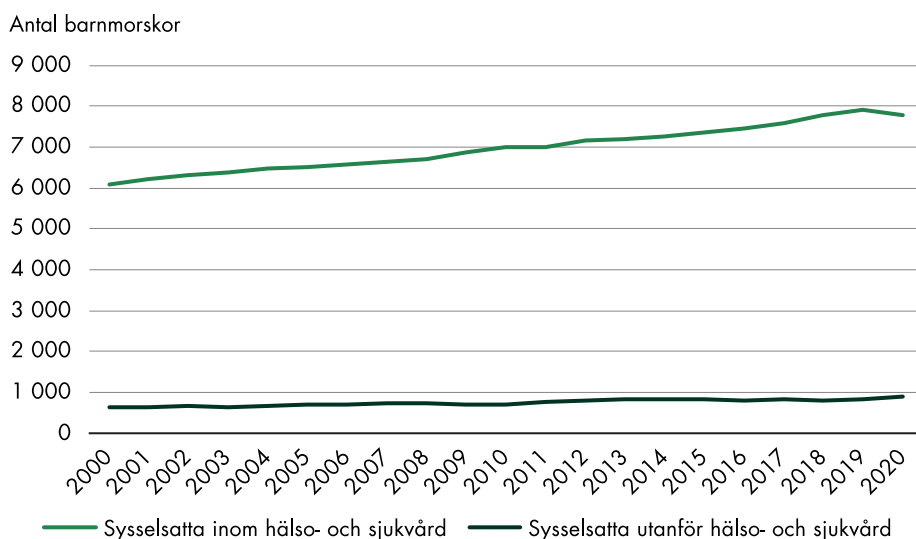
Inom förlossningsvården arbetar barnmorskor, undersköterskor och förlossningsläkare (obstetriker). Barnmorskan har självständigt ansvar för förlossningen när den förväntas vara okomplicerad. Vid riskgraviditeter och komplicerade förlossningar sker vården i samarbete med förlossningsläkare. Barnmorskor har en central roll i förlossningsvården och vi har därför valt att fokusera på den yrkeskategorin i vårt arbete.

Trots att barnmorskorna har blivit fler har den upplevda bristen på barnmorskor ökat. Bristen beror på pensionsavgångar men även på att många barnmorskor arbetar deltid på grund av en hög arbetsbelastning. Baserat på befolkningsutvecklingen, ett ökat barnafödande och pensionsavgångar förväntas det råda fortsatt brist på barnmorskor under de kommande åren (Socialstyrelsen 2022a).

1.1.1 Antalet barnmorskor och utbildningsplatser har ökat

Antalet barnmorskor i absoluta tal och i relation till antalet kvinnor i åldrarna 15–64 år har ökat under de senaste tjugo åren, från 6 715 barnmorskor 2000 till 8 682 stycken 2020 (Socialstyrelsen 2022a, 2023; Vård- och omsorgsanalys 2020). Omkring 90 procent är sysselsatta inom hälso- och sjukvården, och andelen har varit relativt konstant även när antalet barnmorskor har ökat. Figur 1 visar utvecklingen av antalet barnmorskor som är sysselsatta inom och utanför hälso- och sjukvården.

Figur 1. Antal barnmorskor sysselsatta inom och utanför hälso- och sjukvården.



Källa: Socialstyrelsen 2023.

Antalet utbildningsplatser och utfärdade legitimationer för barnmorskor har ökat, och 2016–2020 ökade de utfärdade legitimationerna med 13 procent. Barnmorskor har också, jämfört med andra legitimationsyrken, den högsta examensfrekvensen på 90 procent (Socialstyrelsen 2022b). Det innebär att en jämförelsevis större andel av barnmorskestudenterna fullgör sin utbildning och att fler studieplatser får en stor effekt på antalet utbildade.

1.1.2 Andelen barnmorskor inom slutenvården har minskat

Andelen barnmorskor som arbetar i förlossningsvården har inte ökat i samma takt som antalet utbildade barnmorskor, även om antalet barnmorskor på sjukhusens vårdavdelningar per 1 000 födda barn har ökat. Knappt två tredjedelar av barnmorskorna arbetar inom slutenvården, trots att andelen minskat från 69 procent 2010 till 63 procent 2020. Omkring en fjärdedel av barnmorskorna arbetar inom öppen hälso- och sjukvård, och resten inom annan hälso- och sjukvård.

Statistiken återspeglas i våra intervjuer med regionernas kontaktpersoner för satsningen på kvinnors hälsa. De beskriver att den generella bristen på barnmorskor leder till en högre konkurrens mellan arbetsgivare. Tidigare fick en barnmorska arbeta länge på sjukhus innan hon kunde få en anställning inom exempelvis mödrahälsovården, men eftersom det länge varit brist på barnmorskor finns nu möjlighet att gå direkt från utbildning till ett arbete inom öppenvården. Utvecklingen skulle delvis också kunna bero på en ökning av verksamheter i öppenvården som kräver bemanning av barnmorskor, exempelvis IVF-verksamhet och ungdomsmottagningar.

Olika professioner arbetar på förlossningen och BB

Barnmorskorna på förlossningen arbetar ofta i par tillsammans med en undersköterska, men i vissa fall arbetar två barnmorskor tillsammans med eller utan undersköterska. På en förlossningsklinik finns det även förlossningsläkare, och tillgång till narkosläkare. Ofta finns också barnläkare.

På BB arbetar barnmorskor, undersköterskor och läkare. I vissa fall finns det även fysioterapeut och kurator på avdelningen.

De flesta kvinnokliniker har utöver förlossningen även annan verksamhet: aurora-verksamhet (mottagning för förlossningsrädsla), fostermedicin eller ultraljudsmottagning, specialistmödrahälsovård, antenatalvård (vård av den gravida före förlossningen), gynekologi, BB-eftervård, tidig uppföljning efter förlossning, bäckenbottenmottagning och amningsstöd.

1.1.3 Bristen på barnmorskor har pågått länge och är utbredd

Under 2022 angav samtliga regioner att det råder en brist på barnmorskor (Socialstyrelsen 2022b). Det var en försämring jämfört med 2021, när 19 av 21 regioner upplevde brist på barnmorskor (Socialstyrelsen 2021). Även Statistiska centralbyrån (SCB) uppger att det råder stor brist på barnmorskor, både ny-examinerade och erfarna, utifrån information från arbetsgivare (SCB 2021, 2022).

Bristen på barnmorskor verkar vara störst på stora förlossningskliniker i de större regionerna, medan mindre sjukhus i norr i stället har störst brist på förlossningsläkare (Socialstyrelsen 2022a).

I en enkät från Socialstyrelsen till samtliga förlossningskliniker uppgav cirka 21 procent att de hade en brist på barnmorskor varje dag, totalt 60 procent varje vecka, och resterande 19 procent en gång per månad eller mer sällan. I enkäten hade 37 av 42 kliniker vakanta barnmorsketjänster, antalet vakanser varierade från tre upp till femtio stycken, beroende på förlossningsklinikens storlek. Av dessa 37 kliniker uppgav 22 att de hyrde in barnmorskor via bemanningsföretag för att fylla en del av platserna. Resultaten visade att det var särskilt svårt att klara bemanningen under sommarmånaderna (Socialstyrelsen 2022a).

Enligt regionerna beror barnmorskebristen främst på att det finns för få utbildade barnmorskor, att det är stora pensionsavgångar och att konkurrens mellan arbetsgivare gör det svårare att rekrytera och behålla personal (Socialstyrelsen 2022b). En hög arbetsbelastning och en negativ spiral där barnmorskor säger upp sig och att få söker de tjänster som utannonseras beskrivs också som faktorer som påverkar bemanningssituationen (Socialstyrelsen 2022a). Som en konsekvens av kommande pensionsavgångarna beräknar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2022a) att det behövs ytterligare 2 200 barnmorskor fram till 2031, vilket motsvarar en ökning med 25 procent jämfört med 2020.

1.1.4 Arbetsbelastningen ökar med högre vårdtyngd

Bristen på barnmorskor tyder på ett behov av en ökad grundbemanning inom förlossningsvården (Socialstyrelsen 2022a). Det har många olika orsaker, bland annat att allt fler gravida kommer på planerade och halvakuta kontroller, exempelvis för minskade fosterrörelser, att det är fler högriskförlossningar och att fler har förlossningsrädsla. Det ökade bemanningsbehovet kan också bero på ambitionshöjningar i vården såsom ökat fokus på arbetet med bristningar, och på handledning och stöd till nya barnmorskor.

Vårdbehovet är en faktor som påverkar belastningen i vården. Behoven inom förlossningsvården består i grunden av antalet förlossningar, men utvecklingen går mot en högre vårdtyngd, bland annat på grund av ett ökat antal riskförlossningar. Fler av dagens gravida har ett högre BMI och sämre hälsa än tidigare och föder barn högre upp i åldrarna. Dessa faktorer ökar risken för komplikationer under graviditet och förlossning, och kan därför leda till en högre belastning för förlossningsvården. Dessutom menar vissa att blivande föräldrar i dag ställer högre krav och har högre förväntningar på förlossningsvården, exempelvis på delaktighet (Socialstyrelsen 2022a).

Ändrade riktlinjer för induktion, det vill säga igångsättning, har också medfört en högre arbetsbelastning. Induktion innebär att förlossningen startas på konstgjord väg och medför generellt att förlossningen tar längre tid (Socialstyrelsen 2022a).

Samtidigt som vårdtyngden har ökat vårdas kvinnorna i genomsnitt kortare tid på sjukhus efter förlossning jämfört med tidigare. Mellan 2014 och 2020 minskade den genomsnittliga vårdtiden för förstföderskor från 2,4 dygn till 2 dygn. För omföderskor har den minskat från 1,5 dygn till 1,2 dygn (Graviditetsregistret 2023b). Arbetssätt med tidig hemgång skulle kunna vara en förklaring till de kortare vårdtiderna.

1.2 Vi kartlägger bemanningen inom förlossningsvården

För att få mer kunskap om bemanningen inom förlossningsvården, och vad som kan göras för att förbättra kompetensförsörjningen, har vi kartlagt bemanningsläget och produktiviteten inom förlossningsvården. I studien undersöker vi även hur klinikerna arbetar för att ha tillräcklig bemanning året runt.

1.2.1 Tillgång till och behov av personal kan mätas på olika sätt

För att uppskatta bristen på arbetskraft inom en viss bransch eller ett visst yrke används ofta olika typer av indikatorer. I vissa fall används vakansgraden, det vill säga antalet vakanta tjänster, i förhållande till antalet anställda.

Socialstyrelsen tar löpande fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal vilket resulterar i det nationella planeringsstödet. Analysen baseras på antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per legitimationsyrke, och på regionernas uppfattningar om bristen på personal (Socialstyrelsen 2022b). Även i Arbetskraftsbarometern är utgångspunkten arbetsgivarnas efterfrågan på personer med olika utbildningsbakgrund (SCB 2022).

Socialstyrelsen (2022a) har analyserat antalet årsarbetare inom förlossningsvården, men hade svårt att få fram tillförlitliga uppgifter om antalet barnmorskor på grund av att en del roterar mellan verksamheter eller delar sin tjänst mellan verksamheter. Det var alltså svårt att kartlägga grundbemanningen och antalet anställda per klinik.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens slutsatser har vi genomfört en fördjupad kartläggning för att få en tydlig bild av varje verksamhets bemanningsbehov. Vår analysmodell fångar uppgifter om rotation och tjänsternas fördelning mellan olika verksamheter. Metoden ger också förutsättningar för att kartlägga om behovet på personal varierar under veckan eller mellan olika tider på året. Detta ger en mer detaljerad bild än flera andra metoder. Kartläggningen av tillgänglig personal och deras sysselsättningsgrad ger också en tydligare bild av i vilken grad verksamheten kan tillgodose sina behov av personal.

1.2.2 Vi har gjort en fördjupningsstudie om bemanning och produktivitet

Vi har gjort en fördjupad analys av bemanningen vid tio förlossningskliniker i landet. Inom ramen för studien undersöker vi bemanningsläget och produktiviteten för de olika klinikerna. Vi analyserar även hur stor del av arbetspassen som är förlagda till kvällar, nätter och helger, och hur arbetspassen varierar över året. Till sist analyserar vi arbetssätten vid de olika klinikerna, hur erfaren personalgruppen är, om det finns planerad rotation mellan olika typer av verksamhet och om det finns flexibilitet mellan olika typer av arbetsuppgifter. Våra frågeställningar preciseras i figur 2.

Figur 2. Våra frågeställningar.

- ▶ Hur ser belastningen ut över året och under veckorna?
- ▶ Hur ser bemanningsläget ut vid de olika förlossningsklinikerna?
- ▶ Hur ser förutsättningarna ut när det gäller anställningsformer, erfarenhet och sysselsättningsgrad?
- ▶ Hur är arbetstiden fördelad och hur stor del utförs på obekväm arbetstid?
- ▶ Hur ser produktiviteten ut för förlossningsklinikerna?

1.3 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskriver vi vår metod, redogör för centrala begrepp och beskriver hur datainsamlingen har gått till. Vi beskriver även de tio kliniker som vår studie baseras på.

I kapitel 3 beskriver vi hur patientinflödet, det vill säga antalet förlossningar, fördelar sig över dygnet, veckan och året. Utifrån det kan vi analysera arbetsbelastningen över året. Analysen baseras på data från Graviditetsregistret.

I kapitel 4 redogör vi för bemanningsläget på de tio förlossningsklinikerna som ingår i studien. Vi beskriver också hur arbetstiden fördelar sig över dygnet och veckan.

I kapitel 5 presenterar vi analyser av produktiviteten på klinikerna i vår studie. Vi relaterar även produktiviteten till kvalitetsmått och patienternas upplevelser baserat på information från Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

I kapitel 6 beskriver vi arbetsmiljön och den upplevda arbetsbelastningen på förlossningsklinikerna. Resultaten baseras på våra intervjuer med företrädare för förlossningsklinikerna.

I kapitel 7 redogör vi för de insatser som regionerna genomfört inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa, i syfte att stärka kompetensförsörjningen. Analysen är baserad på rapporterade insatser från alla 21 regioner.

I kapitel 8 presenterar vi våra sammanfattande slutsatser om bemanningen inom förlossningsvården och lämnar våra rekommendationer för det fortsatta arbetet för en stärkt kompetensförsörjning.

2 Metod och genomförande

Behovet av och tillgången till personal är en utgångspunkt i studien. För att mäta behovet av barnmorskor har vi undersökt hur många varje klinik behöver för att fylla det planerade schemat. Genom att kartlägga antalet barnmorskor på kliniken och deras sysselsättningsgrad får vi fram tillgången. Vår studie är baserad på information från tio förlossningskliniker av olika storlek som vi har samlat in genom intervjuer och en schemakartläggning. I det här kapitlet redogör vi mer detaljerat för de metoder vi använt i våra analyser.

2.1 Vi analyserar schemarader, födslar och tillgången till barnmorskor

Behovet av barnmorskor beräknas utifrån en detaljerad kartläggning av planerade schemarader. Behovet av barnmorskor och antal födslar baseras på tidsperioden september 2021–augusti 2022, och antalet barnmorskor som fanns tillgängliga för schemaläggning gäller oktober 2022 när intervjuerna gjordes. I det här avsnittet förklarar vi vad en schemarad är och hur vi använder informationen i våra analyser. Vi beskriver också hur vi beräknar vilken personal som finns tillgänglig.

2.1.1 Schemarader är en central del i vår analys

Inom stora delar av hälso- och sjukvården används scheman för att planera bemanningen. Schemat består av olika arbetspass, exempelvis dag-, kvälls- och nattpass. Arbetspassen kombineras på olika sätt, och genom det skapas så kallade schemarader. En schemarad beskriver bland annat när arbetspasset startar och slutar, vilka dagar arbetspasset förekommer, vilken personalkategori och kompetens som krävs, och hur många personer som ska bemanna passet.

Ett exempel på en schemarad är ”Förlossning Barnmorska dag” som beskriver arbetspasset för barnmorskor på förlossningen dagtid. Arbetspasset bemannas av två barnmorskor, startar 07:00 och slutar 15:30 med 30 minuters lunchrast, och finns alla dagar i veckan. Den schemaraden ger upphov till två helgpas, ett pass på lördagen och ett på söndagen. Eftersom det är två barnmorskor som bemannar varje schemarad blir det totalt fyra helgpas.

I våra analyser använder vi schemaraderna för att beräkna antalet arbetstimmar och antalet helgpas per vecka. Med hjälp av denna information kan vi uppskatta behovet av personal i antal heltidstjänster som krävs för att täcka schemat. Tillsammans med data för antalet förlossningar per år kan vi även beräkna produktiviteten per förlossning, det vill säga hur många arbetstimmar som fördelas per förlossning.

Vi har även analyserat vilka veckor under året som schemaraden var aktiv, vilken kompetens som krävdes och vilken typ av produktion som utfördes under arbetspasset, för att möjliggöra en korrekt jämförelse av de tio förlossningsklinikerna eftersom de var organiserade på olika sätt.

2.1.2 Vi kartlägger schemarader för flera verksamheter och professioner

Många barnmorskor arbetar även inom andra verksamheter, utöver förlossningen. Därför behövde vi kartlägga schemarader även inom närliggande verksamheter för att få en bild av barnmorskornas hela uppdrag och det totala bemanningsbehovet. I avsnitt 2.3 beskriver vi de olika klinikerna och deras verksamhet översiktligt.

När vi jämför produktivitet mellan olika förlossningskliniker är det viktigt att analysen utgår ifrån samma typ av produktion för att resultaten ska bli jämförbara. Vi behöver därför kunna särskilja och inkludera enbart de schemarader som avser samma typ av produktion. Vi jämför därefter produktion som utfördes av samtliga förlossningskliniker. I produktivitetsanalysen inkluderade vi schemarader för barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor inom förlossning, förlossningens akutmottagning, BB och antenatal vård, det vill säga vård före förlossningen. Analyserna fokuserar på behovet av och tillgången till barnmorskor.

2.1.3 En annan del av datainsamlingen fokuserar på tillgänglig personal

För att kunna se hur väl behovet av barnmorskor tillgodoses behövde vi även information om tillgängliga barnmorskor. Det beräknade vi genom uppgifter om antalet barnmorskor som arbetar inom verksamheten och deras sysselsättningsgrad.

Vi kartlade hur många barnmorskor varje verksamhet hade tillgång till, både anställda, timanställda och bemanningspersonal. Vi samlade även in information om barnmorskornas kompetensnivå och sysselsättningsgrad. Utöver det behövde vi information om barnmorskan arbetade både dag, kväll och natt, enbart dag och kväll, eller enbart natt. I kartläggningen inkluderade vi även information om total veckoarbetstid och det genomsnittliga antalet helger som barnmorskan förväntades arbeta.

Kartläggningen omfattar enbart de barnmorskor som var aktuella för schemaläggning vid intervjutillfället i oktober. Därmed ingår inte barnmorskor som var helt eller delvis sjukskrivna, föräldralediga eller frånvarande av andra anledningar under den perioden.

2.2 Skillnader mellan behov och tillgång ger bemanningsläget

För att beräkna den totala tillgången till barnmorskor i en verksamhet summerade vi sysselsättningsgraden multiplicerat med veckoarbetstiden för alla barnmorskor, inklusive timanställda och bemanningspersonal. Utöver det gjorde vi ett antagande om sjukfrånvaro på 5 procent, baserat på det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande barnmorska som var 13,2 dagar 2021 (Försäkringskassan 2022). Beräkningen gav den totala tillgången till barnmorskor mätt i veckoarbetstid, det vill säga hur många arbetstimmar verksamheten har tillgång till. I vissa fall saknades individdata för timanställda och bemanningspersonal, och då gjorde vi en uppskattning av summerad sysselsättningsgrad på gruppnivå. Tabell 1 visar ett exempel på hur vi har beräknat tillgången på barnmorskor i veckoarbetstid.

Tabell 1. Exempel beräkning av tillgången till barnmorskor i veckoarbetstid.

Personal	Sysselsättningsgrad	Veckoarbetstid (timmar)	Tillgång veckoarbetstid (timmar)
Barnmorska dag/kväll	85 %	38,25	32,5
Barnmorska natt	90 %	32	28,8
Barnmorska timanställd	10 %	38,25	3,8
Tillgång totalt			65,1
Sjukfrånvaro 5 procent			-3,2
Tillgång efter sjukfrånvaro			61,9

Behovet av barnmorskor i verksamheten beräknade vi genom att summera antalet planerade arbetstimmar för de schemarader som bemannades av barnmorskor. Det planerade antalet arbetstimmar jämfördes med tillgången på barnmorskor i veckoarbetstid inklusive uppskattad sjukfrånvaro.

Som komplement till behov och tillgång sett till veckoarbetstid beräknade vi även behov och tillgång under helgerna. Det är en viktig del av analysen eftersom en stor del av barnmorskans arbetstid är förlagd till helgerna, och tillgången till personal på helgen ofta är begränsad. För att beräkna behovet på helgerna identifierade vi hur många helgpas varje schemarad gav upphov till per vecka. Därefter summerade vi schemaraderna för alla pass som bemannades av barnmorskor.

Tillgången beräknades genom att summera antalet helgpäss som varje barnmorska i genomsnitt förväntades arbeta per vecka. Fredag kväll, lördag och söndag dag, kväll och natt räknades som helgpäss. Totalt ska alltså sju arbetspass bemannas under en helg. Tillgången och förväntat antal helgpäss per vecka utgick ifrån samma definition.

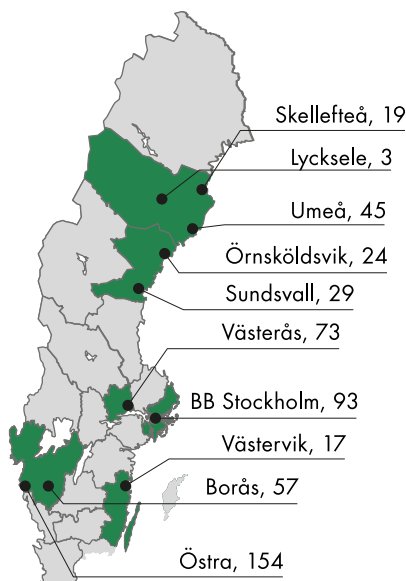
2.3 Studien fokuserar på tio kliniker av olika storlek

I vår studie har vi utgått ifrån förlossningskliniker på tio olika sjukhus i Sverige. Klinikerna valdes för att få en spridning när det gäller storlek, geografi och driftsform. De sjukhus som ingår i studien är BB Stockholm, Södra Älvsborgs sjukhus (Borås), Östra sjukhuset (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg), Lycksele lasarett, Skellefteå lasarett, Sundsvalls sjukhus, Norrlands universitetssjukhus (Umeå), Västmanlands sjukhus Västerås, Västerviks sjukhus och Örnsköldsviks sjukhus. Två förlossningskliniker som tillfrågades om att delta i studien avböjde medverkan. Figur 3 visar antalet förlossningar och antalet barnmorskor vid de olika klinikerna baserat på vår datainsamling.

Figur 3. Antalet anställda barnmorskor samt antalet förlossningar.

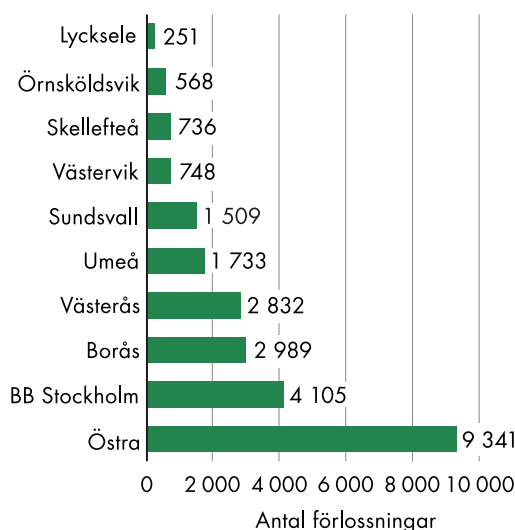
Antalet anställda barnmorskor

Exklusive timanställda och bemanningspersonal oktober 2022



Antalet förlossningar

September 2021–augusti 2022 vid de inkluderade förlossningsklinikerna



Förlossningskliniken i Lycksele ska bli en barnmorskeledd förlossningsklinik

Förlossningsavdelningen vid Lycksele lasarett bedrev förlossningsverksamhet när studien inleddes och under den period som vi har inkluderat i vår studie. Därefter har det skett förändringar i verksamheten och kliniken har tillfälligt stängts.

De senaste åren har kliniken varit stängd några veckor under jul- och sommarledigheterna till följd av bristen på barnmorskor. Under julen 2022 behövde kliniken åter stänga på grund av att man inte klarade bemanningen. Utöver det planerades kliniken att vara fortsatt stängd under större delen av januari 2023 eftersom kliniken även saknade gynekolog (Dagens Medicin 2022). En orsak till läkarbristen bedöms vara ett centralt framförhandlat avtal som innebär att läkare inte längre kan ta ut intjänad jourkompensation som ledig tid. Planen var att kunna öppna förlossningskliniken i slutet av januari men bristen på hyrpersonal gjorde att kliniken förblev stängd (Dagens Medicin 2023).

Region Västerbotten tillsatte en utredning för att analysera situationen, undersöka insatserna för att rekrytera personal, och föreslå ytterligare åtgärder för att bemanna förlossningen. Utredaren menar att det enda sättet att undvika stängning är att beordra läkare och barnmorskor från Skellefteå eller Umeå till Lycksele. Rotation mellan de tre förlossningsklinikerna har tidigare varit en strategi för att täcka upp luckorna i Lycksele men i nuläget bedöms det i stället öka riskerna för fler uppsägningar. Det skulle sprida krisen till hela regionen (Region Västerbotten 2023). Utredaren menar också att allt som kunnat göras för att förhindra en omedelbar stängning också har gjorts.

Ett konsultbolag får nu i stället totalansvar för att bemanna kliniken med både barnmorskor och läkare. De ska tillsammans med den nuvarande fast anställda personalen bygga upp en barnmorskeledd förlossningsklinik under namnet "Lyckselemodellen". Under tiden hålls förlossningen stängd, och hur länge var oklart i mars 2023. Förhandling om ett nytt schablonavtal för läkarna i regionen ska också inledas (Läkartidningen 2023).

2.3.1 Klinikerna har delvis olika verksamhet och organisation

Personal vid de olika klinikerna i studien bemannar till viss del olika typer av verksamheter. Det kan exempelvis handla om att barnmorskorna inom förlossningsvården också bemannar en gynekologisk avdelning eller en ultraljudsmottagning. Gränsen mellan de olika verksamheterna är inte alltid tydlig och det finns skillnader i hur de olika klinikerna beskriver samma typ av verksamhet.

Samtliga kliniker har förlossning och BB-avdelning. De mindre klinikerna har också gynekologisk avdelning. Dessutom har sju kliniker någon form av specialist-mödrhälsovård eller mottagningsverksamhet för gravida. De större klinikerna har

specifika schemarader för akutmottagning för gravida. För de mindre klinikerna saknas dessa schemarader, och där får gravida med akuta besvär oftast vård av de barnmorskor som bemannar förlossningen. Tabell 2 visar översiktligt vilka verksamheter som barnmorskorna i vår studie helt eller delvis bemannar.

Tabell 2. Verksamheter som barnmorskorna i förlossningsvården helt eller delvis bemannar vid förlossningsklinikerna i vår studie.

	Förlossning	BB	Mottagning för gravida	Gynekologisk avdelning	Gynekologisk mottagning
Lycksele	X	X	–	X	–
Örnsköldsvik	X	X	X	X	X
Skellefteå	X	X	X	X	–
Västervik	X	X	X	X	–
Sundsvall	X	X	X	X	–
Umeå	X	X	X	–	–
Västerås	X	X	–	–	–
Borås	X	X	X	–	–
BB Stockholm	X	X	X	–	–
Östra	X	X	–	–	–

2.4 Informationen samlades in genom intervjuer

Data samlades in genom intervjuer med företrädare för förlossningskliniken, ofta en enhetschef. Som komplement fyllde företrädarna även i formulär om bemanningen. Processen för datainsamlingen återges i figur 4. En lista över de intervjuade personerna finns i bilaga 2.

Arbetet inleddes med ett startmöte där vi presenterade förutsättningarna för studien. Därefter genomförde vi ett andra möte för att kartlägga schemaraderna, och då fick företrädarna även information om hur de skulle fylla i uppgifter om antal födslar och tillgänglig personal i vårt formulär. Vid behov genomförde vi ett tredje möte för att komplettera informationen. För att redovisa de preliminära resultaten och kvalitetssäkra informationen ytterligare en gång genomförde vi ett sista möte med företrädare för varje klinik.

Vid det sista mötet gjorde vi även en fördjupad intervju om förutsättningar för en ändamålsenlig kompetensförsörjning, arbetsmiljö och arbetsförhållanden på kliniken. Intervjun varade i cirka 90 minuter och byggde på en semistrukturerad intervjuguide. Vi tog skriftliga anteckningar och sammanfattade intervjupersonernas reflektioner och synpunkter utifrån intervjuens struktur. Anteckningarna ligger till grund för våra analyser och sammanfattande beskrivningar av intervjuernas innehåll. Datainsamlingen skedde i oktober–december 2022.

När vi hade analyserat och sammanställt resultaten i studien hade vi ett gemensamt seminarium med företrädare för de tio klinikerna. Vid seminariet presenterade vi resultaten och preliminära slutsatser och diskuterade dem i gruppen.

Figur 4. Process för datainsamling.



Datainsamlingen genomfördes av DB Evidence AB tillsammans med Vård- och omsorgsanalys. DB Evidence AB ansvarade för datainsamling och analys av schemarader och bemanning. Vård- och omsorgsanalys ansvarade för de kvalitativa intervjuerna.

3 Patientflöde och arbetsbelastning

För att få en korrekt bild av behovet av barnmorskor och arbetsbelastningen under olika perioder behöver vi kartlägga hur förlossningar fördelar sig över året och mellan veckans olika dagar. Vi har analyserat data över tidpunkter för alla förlossningar på förlossningsklinikerna i Sverige 2015–2022. I det här kapitlet beskriver vi fördelningen av förlossningar över året och mellan olika arbetspass.

Detta är våra viktigaste resultat:

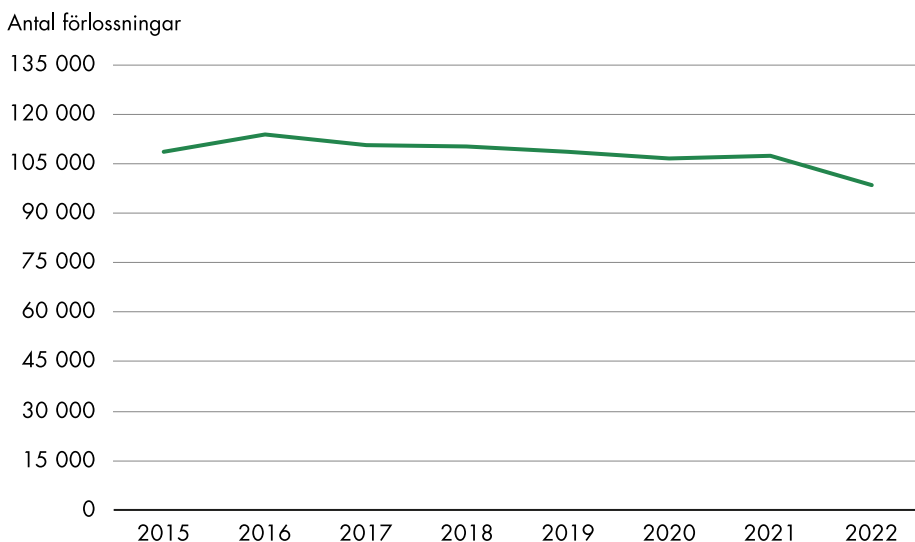
- Antalet förlossningar är relativt jämnt fördelat över året, med en viss ökning under våren och sommaren och en nedgång i november och december.
- Sett över tid är födslarna jämnt fördelade över veckans dagar och timmar, vilket gör det svårt att dra ner bemanningen under kvällar, helger och nätter.

3.1 Små variationer mellan år och mellan årstider

Vi har tagit del av Graviditetsregistrets statistik över förlossningar vid någon förlossningsklinik i Sverige 2015–2022, totalt 863 944 stycken. Våra resultat visar att antalet förlossningar har minskat något under det senaste året, och att något fler barn föds under våren. Vi ser även en tydlig minskning av antalet i november och december.

3.1.1 Antalet barn som föds har minskat det senaste året

Antalet barn som fötts i Sverige har varit relativt konstant under de senaste åren, men för 2022 kan vi notera en minskning med 8 procent (figur 5), och det lägsta förlossningstalet sedan 2005. Många faktorer påverkar antalet barn som föds per år. Totalt sett kan vi se ett sjunkande antal födda barn per kvinnor i befolkningen sedan 2010, även om barnafödandet ökade något under 2021 (SCB 2023a).

Figur 5. Antal förlossningar per år, 2015–2022.

Källa: Graviditetsregistret. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

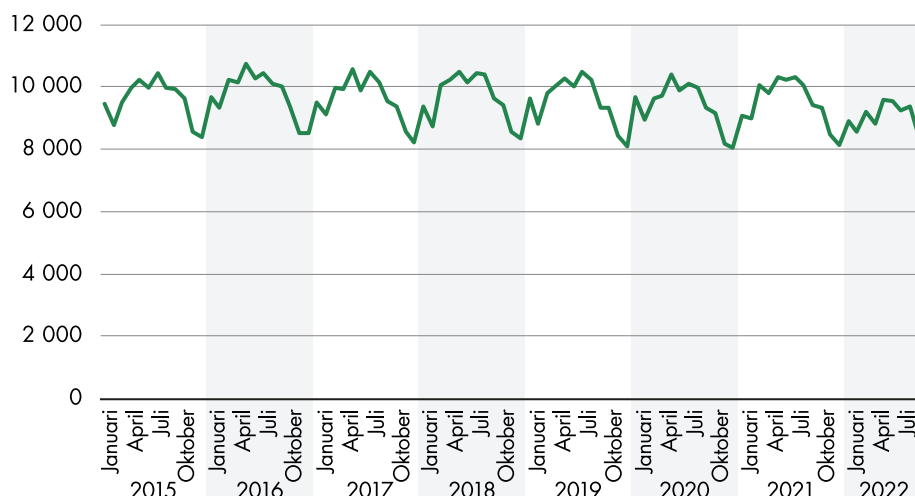
Samtidigt har vårdtyngden ökat, på grund av att fler kvinnor har ett högt BMI, att andelen gravida över 35 år har ökat och att fler får ryggbedövning eller blir igångsatta (SKR 2021). Det medför att arbetsbelastningen och bemanningsbehovet i förlossningsvården inte nödvändigtvis minskar även om det föds färre barn.

3.1.2 Tidigare föddes något fler barn på sommaren

Under de senaste åren ser vi ett ganska jämnt flöde av födselar över året. Antalet är dock något högre under vår och sommar med flest förlossningar i maj och juli (figur 6). Vi kan även se en tydlig nedgång i november och december. Att juli är en av de vanligaste födelsemånaderna medför att den högsta belastningen på förlossningsvården inträffar samtidigt som sommarsemestrarna. Socialstyrelsen (2022a) konstaterar samtidigt att en eventuell personalbrist i förlossningsvården under sommaren inte beror på att det föds fler barn då.

Figur 6. Antal födda per månad, januari 2015–september 2022.

Antal födda



Not: Endast födslar där kvinnan är folkbokförd i Sverige ingår i förlösningssstatistiken.

Källa: SCB 2023b.

Arbetsbelastningen inom mödrahälsovården påverkas inte i lika stor utsträckning av att en högre andel barn föds under sommaren. Där finns en större möjlighet att planera verksamheten så att färre besök bokas in när många medarbetare har semester. Det medför att det finns perioder med färre besök, följt av perioder när de uppskjutna besöken hämtas igen (SKR 2021).

Även om förlossningarna ökar något under våren och sommaren är det en delvis förutsägbar variation, eftersom mönstret återkommer år efter år. Dessutom går det att beräkna ett sannolikt datum för en förlossning, med en viss felmarginal.

3.2 Förlossningarna är jämnt fördelade över veckan och dygnet

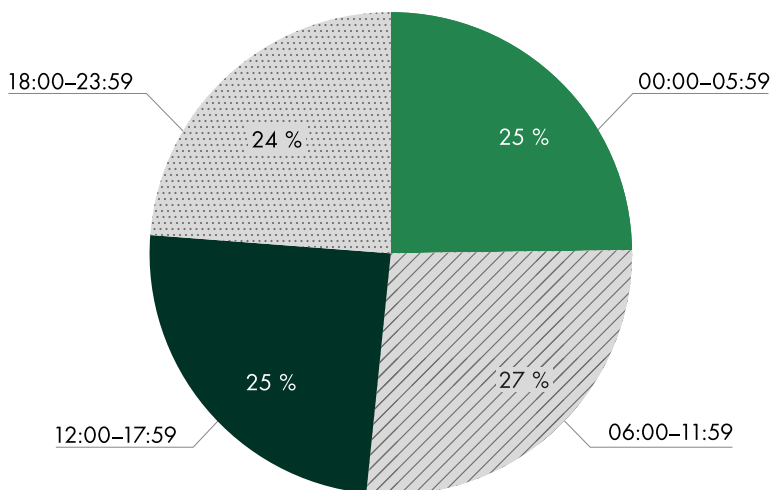
En exakt tidpunkt för en spontan förlossning går inte att förutse, och förlossningsvården är en akut verksamhet. Det är dock relevant att analysera hur förlossningarna fördelar sig mellan olika veckodagar och tidpunkter, för att se om det finns lugnare perioder där det går att ha en lägre bemanning, och därigenom ge personalen bättre förutsättningar för återhämtning.

Våra analyser ovan är baserade på alla förlossningar som skedde på en förlossningsklinik i Sverige 2015–2022. Vi har även gjort motsvarande analyser för de tio förlossningskliniker som ingår i vår studie separat. Även om klinikerna skiljer sig mycket i storlek ser vi samma mönster när det gäller fördelningen av förlossningar. Oavsett storlek och hur många förlossningar som sker på ett år är förlossningarna jämnt fördelade över dygnet och veckans dagar.

3.2.1 Förlossningarna sker dygnets alla timmar

Vi har undersökt hur förlossningarna fördelar sig över dygnet, uppdelat på perioder om sex timmar, och ser att fördelningen är relativt jämn (figur 7). Något fler förlossningar sker på förmiddagen, vilket kan bero på att planerade kejsarsnitt främst genomförs då.

Figur 7. Fördelning av förlossningar på alla förlossningskliniker i Sverige 2015–2022 per tid på dygnet.

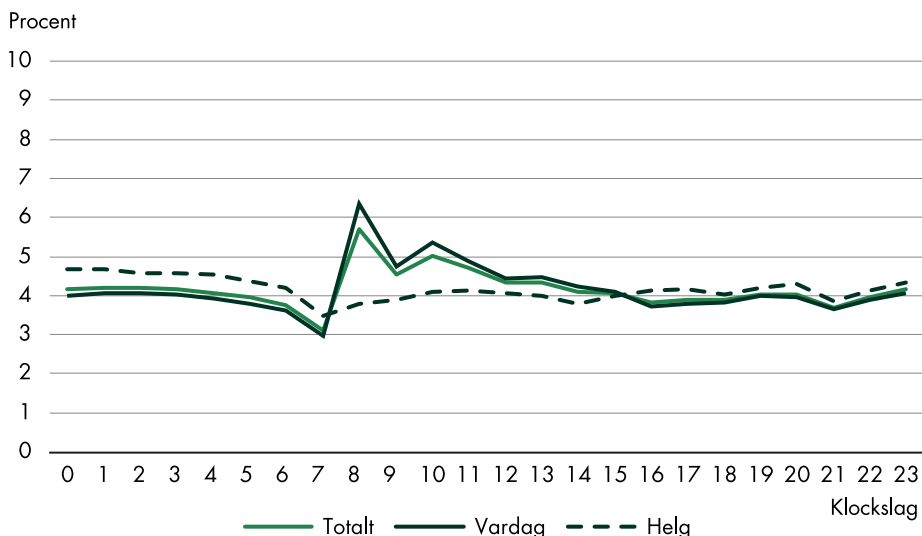


Not: Totalt antal förlossningar 863 944.

Källa: Graviditetsregistret. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Som komplement har vi även analyserat hur förlossningarna fördelar sig per timme och ser att fördelningen är relativt jämn över dygnets timmar (figur 8). Undantaget är förmiddagar; andelen förlossningar är högst klockan 8–12, vilket troligen beror på de planerade kejsarsnitten. Under helger ses ingen ökning på förmiddagarna, för då utförs som regel inte planerade kejsarsnitt.

Figur 8. Fördelning av förlossningar per timme, 2015–2022.



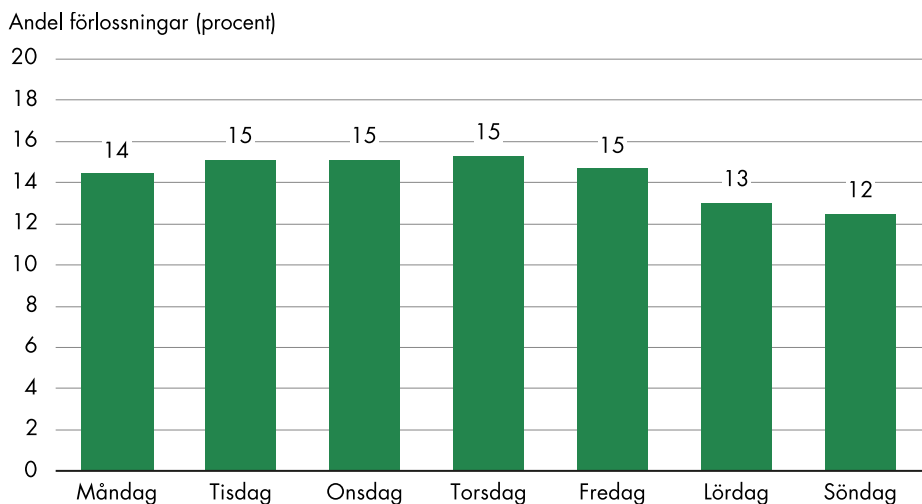
Not: Totalt antal förlossningar 863 944.

Källa: Graviditetsregistret. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

3.2.2 Förlossningarna fördelar sig jämnt över veckans dagar

Våra analyser visar också att förlossningarna är jämnt fördelade mellan veckodagarna (figur 9). Andelen är något lägre på helgerna, och den troliga förklaringen är att det som regel inte sker några planerade kejsarsnitt då.

Figur 9. Fördelning av förlossningar på alla förlossningskliniker i Sverige 2015–2022 per veckodag.



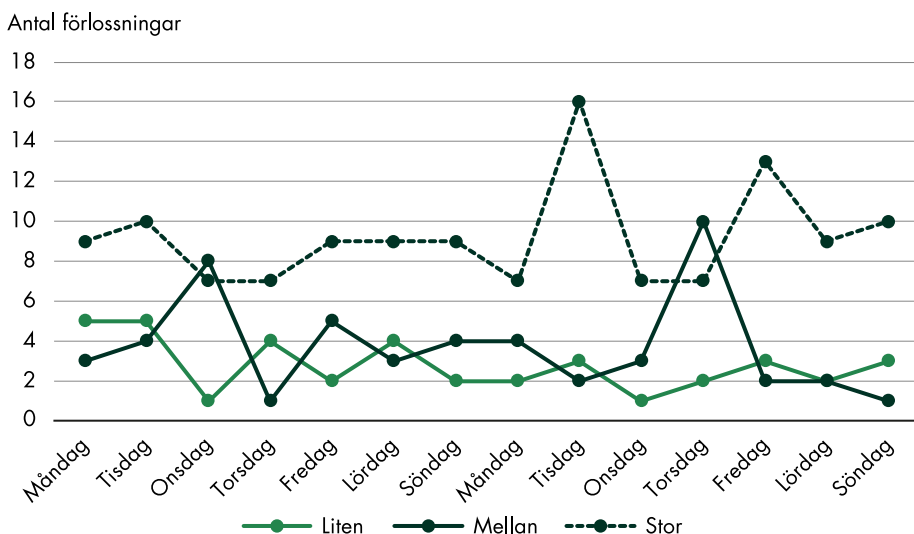
Not: Totalt antal förlossningar 863 944.

Källa: Graviditetsregistret. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

3.2.3 På kortare tid finns stora variationer av antalet förlossningar

Det kan finnas stora variationer i antalet förlossningar under en enskild vecka och mellan arbetspass, även om fördelningen är jämn sett till en längre tidsperiod. Figur 10 visar antalet förlossningar per veckodag under två slumpmässigt utvalda veckor på tre av klinikerna: en av de mindre, en mellanstor och en stor klinik. Sammanställningen visar att antalet förlossningar kan variera mycket mellan arbetspassen.

Figur 10. Antal förlossningar per dag vid tre kliniker av olika storlek under två slumpmässigt utvalda veckor 2022.



Källa: Graviditetsregistret, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Analysen visar att varierad arbetsbelastning är en naturlig del i vardagen på alla förlossningskliniker. På de mindre klinikerna blir variationerna ännu större, och det kan finnas dagar utan någon förlossning alls. Men bemanningen planeras på längre sikt, och eftersom det inte går att förutse det exakta antalet förlossningar är det oundvikligt med både över- och underkapacitet.

SKR (2021) har tagit fram ett stöd för regionerna i systematisk produktions- och kapacitetsplanering för att kunna möta ett vårdbehov som varierar över tid. En del handlar om att jämna ut patientflödet när det är möjligt. Inom förlossningsvården handlar det främst om att planerade kejsarsnitt förläggs till vardagar under kontorstid. En annan del kan vara att förlägga induktioner till antenatalavdelning eller BB fram till dess att kvinnan kommit in i aktiv förlossning.

3.3 Patientflödet skiljer sig från annan verksamhet

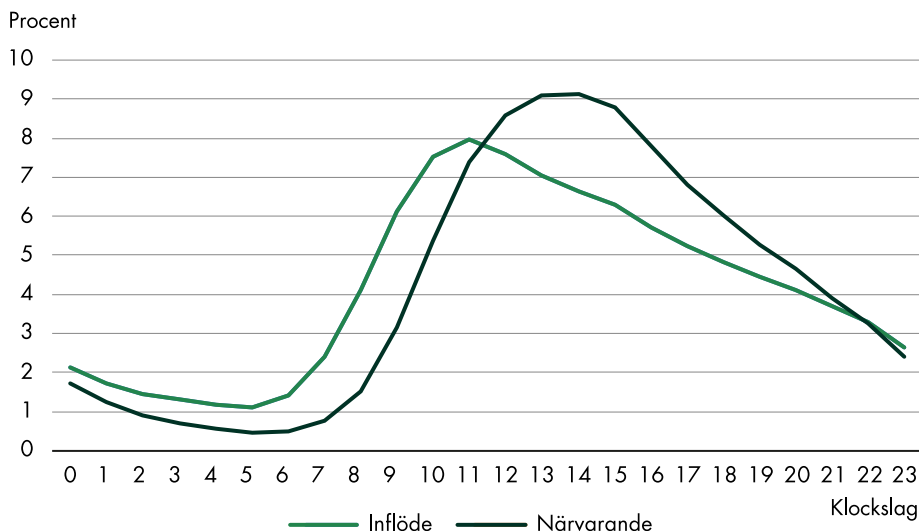
Olika verksamheter i vården har varierande möjlighet att anpassa bemanningen under dygnet och under olika perioder av året. Det går exempelvis att minska antalet planerade operationer under sommarmånaderna för att skapa bättre förutsättningar för semester. Vårdavdelningar har också förutsättningar att minska bemanningen under natten eftersom de flesta aktiviteter sker dagtid, såsom rondning av patienter, in- och utskrivning och många undersökningar. Dessutom sover patienterna under nätterna.

3.3.1 På akutmottagningarna finns tydliga variationer i inflödet

Förlossningsvården är en akut verksamhet. Vi har därför tagit del av studier som har undersökt patientinflödet på en liknande verksamhet, akutmottagningar i Sverige, för att jämföra med patientinflödet på förlossningen. Resultaten visar att det är tydligt fler patienter som söker vård på akutmottagningen under dagtid. Det medför att mottagningen kan minska bemanningen under nätter och på så sätt minska andelen obekväm arbetstid för personalen.

En studie har undersökt patientflödet på de sju akutmottagningarna i Stockholm (af Ugglas m.fl. 2021), och sett ett tydligt mönster när det gäller antalet patienter som kommer in och antalet som finns på akutmottagningen under dygnet (figur 11). Patientinflödet ökade tidigt på förmiddagen och avtog under sen eftermiddag och kväll. På kvällen och under natten minskade både inflödet och antalet patienter på mottagningen.

Figur 11. Fördelning av inflöde och närvarande patienter över dygnet.

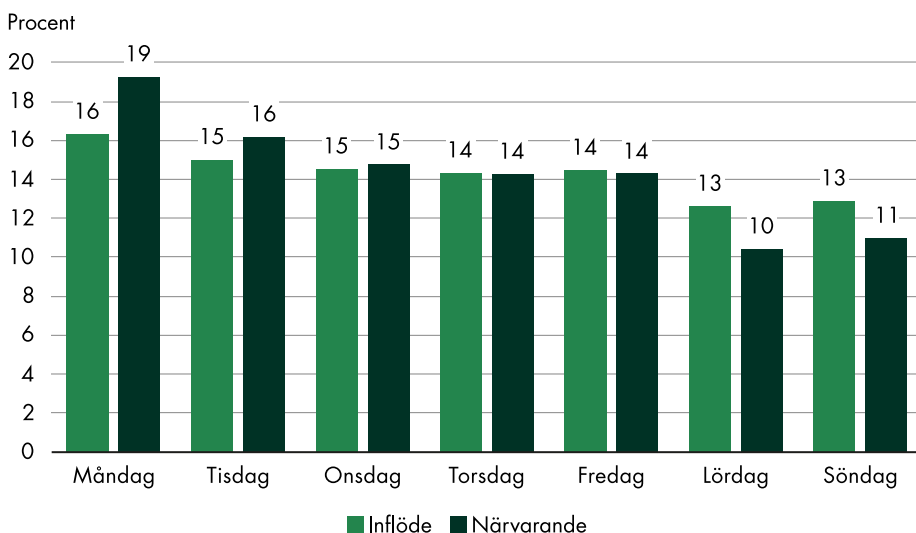


Not: Medelvärde för de sju akutmottagningarna i Region Stockholm 2012–2016. Totalt 2 252 684 besök.
Källa: af Ugglas m.fl. 2021.

Socialstyrelsen (2015) har också studerat patientinflödet vid fem akutmottagningar i Sverige, som alla beskriver att de anpassar bemanningen utifrån patientflödet. Det innebär exempelvis högre bemanning under eftermiddagen när många patienter är på mottagningen och väntetiderna riskerar att bli som längst, och lägre bemanning under natten.

Inflödet av patienter varierar också mellan veckans dagar (af Ugglas m.fl. 2021). Det är tydligt fler patienter som söker akutmottagningen på måndagar, och färre som söker vård på helgen (figur 12). På måndagar och på helgen är det också större skillnader mellan inflödet av patienter och antalet patienter som finns på mottagningen. Det tyder på att väntetiderna då är längre och att det dröjer längre innan patienten antingen går hem eller läggs in på sjukhuset.

Figur 12. Andel av inflöde och närvarande patienter per veckodag.



Not: Medelvärde för de sju akutmottagningarna i Region Stockholm 2012–2016, totalt 2 252 684 besök.
Källa: af Ugglas m.fl. 2021.

Socialstyrelsens (2015) kartläggning visar också att några av akutmottagningarna hade en lägre bemanning på helgen. Intressant att notera är att en av mottagningarna beskriver att de skulle behöva mer personal vid vissa tillfällen för att kunna möta patientflödet, men att det skulle medföra mer oönskad arbetstid och en risk att medarbetare slutar.

4 Bemanningsläget vid klinikerna

I det här kapitlet redovisar vi bemanningsläget vid de tio klinikerna som ingår i studien. Vi utgår både från behovet mätt i total veckoarbetstid för barnmorskor och från hur många barnmorskor som behövs för att täcka alla helgpäss. Vi undersöker även vilken personalsammansättning som finns på de olika klinikerna. Till sist har vi kartlagt hur arbetstiden för barnmorskor är fördelad och hur stor del av arbetet som utförs på obekväm arbetstid.

Detta är våra viktigaste resultat:

- Två av de tio förlossningsklinikerna har stora bemanningsproblem under hela året. De övriga åtta får ihop bemanningen när det inte är semesterperiod men har inga marginaler.
- Alla klinikerna har mycket svårt att klara bemanningen under sommaren och ingen verkar ha en hållbar arbetsbelastning då.
- En stor del, cirka 60 procent, av arbetspassen för barnmorskorna utförs helt eller delvis på obekväm arbetstid, vilket gör det svårare att bemanna förlossningsvården.

4.1 Klinikerna klarar precis bemanningen men saknar marginaler

Förlossningsvården är en verksamhet som behöver bemannas dygnet runt alla dagar i veckan, och som vi visar i kapitel 3 är förlossningarna jämnt fördelade mellan olika tidpunkter. I den här studien undersöker vi vilken bemanning som behövs på förlossningsklinikerna. Behovet får vi genom en detaljerad kartläggning av planerade schemarader för barnmorskor, det vill säga hur många arbetspass som finns varje vecka, och vilken personal som behöver bemanna varje pass. Därefter har vi jämfört behovet med tillgången på barnmorskor. Tillgången beräknar vi genom att kartlägga antalet anställda barnmorskor, inklusive timanställda och bemanningspersonal, och deras sysselsättningsgrad. Våra analyser fokuserar på bemanningsläget under terminerna, det vill säga veckorna under vår, höst och vinter när det inte är semesterperiod.

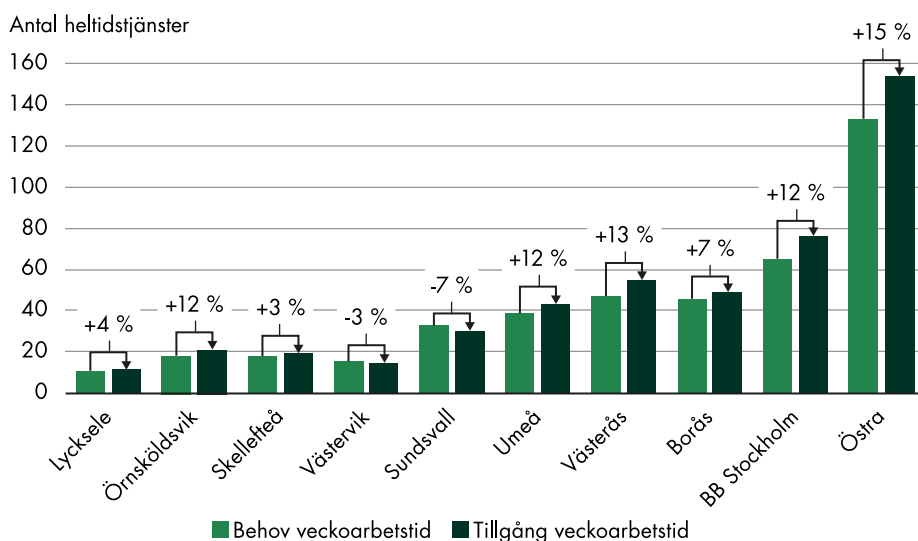
4.1.1 Åtta av tio kliniker klarar precis bemanningen under terminerna

Vår kartläggning av bemanningsläget visar vilket behov av barnmorskor som varje klinik har både under veckorna och under helgerna. Utöver det får vi även fram vilken tillgång till barnmorskor som kliniken har. Utifrån denna information kan vi beräkna bemanningsgapet, det vill säga skillnaden mellan behov och tillgång.

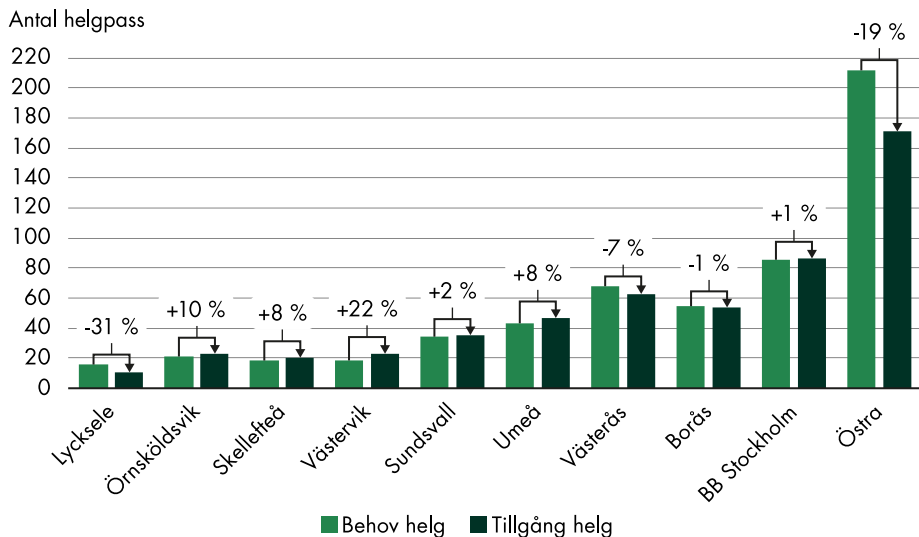
De flesta av förlossningsklinikerna som ingår i vår studie är någorlunda i balans sett till behov av och tillgång till personal under terminerna (figur 13 och figur 14). Två av dem, Lycksele och Östra sjukhuset, har dock stora svårigheter att bemanna alla helgpäss redan under terminerna. De har ett bemanningsgap under helgerna på 31 procent respektive 19 procent. Klinikerna löser bemanningsgapet genom övertid för befintlig personal och i vissa fall genom att dra ner på verksamheten.

Det finns inte något tydligt mönster för bemanningsgapet, och vi kan exempelvis inte säga att det är mindre för större kliniker i storstäder. Vid intervjuerna frågade vi klinikerna om vilka hinder de upplevde för en tillräcklig kompetensförsörjning. Många beskrev att en hög arbetsbelastning och en stor andel obekväm arbetstid var bidragande faktorer. Samtidigt beskriver flera att de har specifika förhållanden som påverkar förutsättningarna för att klara bemanningen. Vi fördjupar oss i dessa resultat i avsnitt 4.1.3.

Figur 13. Sammantaget bemanningsläge behov och tillgång per klinik, i veckoarbetstid, mätt i antalet heltidstjänster.

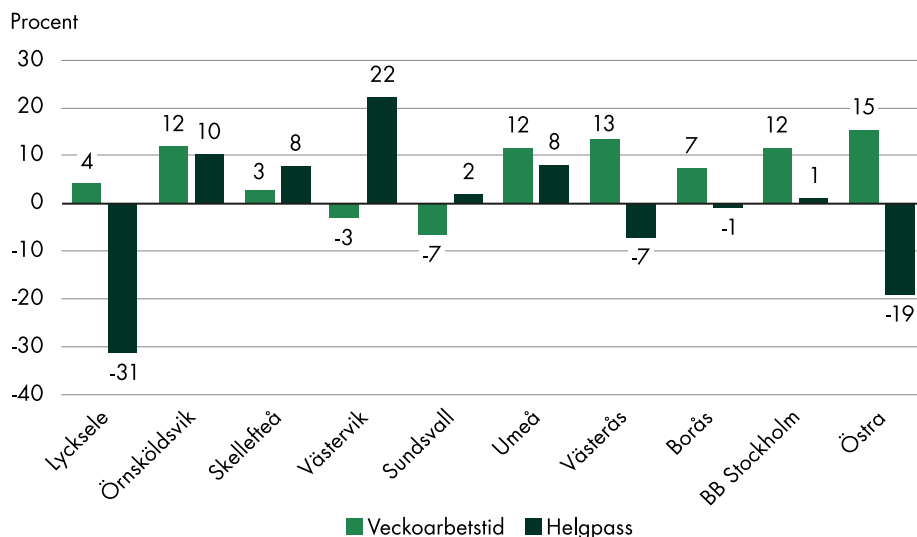


Figur 14. Sammantaget bemanningsläge, behov och tillgång per klinik under helger, mätt i antalet helgpass.



Som vi visar i kapitel 3 är förlossningarna jämnt fördelade över veckan vilket medför att bemanningsbehovet i stort sett är detsamma även under helgen. Det innebär att barnmorskorna skulle behöva arbeta knappt 30 procent av sin totala arbetstid under helgen för att bemanningen ska vara lika hög på helger som under veckorna. Men andelen helgarbete begränsas av barnmorskornas behov av balans mellan arbete och privatliv och arbetstidsavtal. Det betyder att kliniken måste ha tillräckligt många barnmorskor för att kunna täcka helgbehovet. Om helgbehovet är uppfyllt kommer alltså även veckobehovet vara det. Det innebär att det är behovet av personal under helgen som är dimensionerande för hur många barnmorskor som behöver finnas tillgängliga för verksamheten. Figur 15 visar bemanningsgapet i veckan och under helgen för varje klinik. I de flesta fall är bemanningsgapet störst på helgen, men i tre fall är gapet störst under veckan.

Figur 15. Bemanningsgap veckoarbetstid och helg. Procentuell skillnad mätt i veckoarbetstid och helgpäss.



Vid tre kliniker, Skellefteå, Västervik och Sundsvall, är veckoarbetstiden i stället styrande eftersom veckobehovet är större än behovet på helgen. Det har olika orsaker. I Skellefteå tar deltidsanställda en större andel helgpäss jämfört med deltidsanställda på övriga kliniker. I Västervik tar många av barnmorskorna generellt något fler helgpäss än genomsnittet vid de övriga klinikerna, vilket relaterar till sjukhusets generella arbetstidsmodell. I Sundsvall är det en kombination av att deltidsanställda tar fler helgpäss och att man drar ner på verksamheten under helgerna.

4.1.2 Flexibilitet kan vara en del i att klara bemanningen

Våra resultat visar att klinikerna generellt precis klarar att bemanna de arbetspass som behövs under terminerna. Det finns alltså inga marginaler vid ökad frånvaro eller vid de arbetstoppar som kan förekomma även om förlossningarna sett över en längre tid är jämnt fördelade. En strategi för att klara bemanningen vid oväntad frånvaro eller höga arbetstoppar verkar vara flexibilitet mellan olika verksamheter och roller.

Alla förlossningsklinikerna anger att de har någon form av flexibilitet inom kliniken, men graden verkar variera. På vissa kliniker har personalen inte fasta roller utan arbetet fördelas från dag till dag och under dagen utifrån läget. Det kan exempelvis handla om att fördela personal mellan förlossning, BB, förlossningens akutmottagning och gynekologisk vårdavdelning eller mottagning. I andra fall har man förutbestämda roller, men vid arbetstoppar kan man enkelt omfördela

personalen. Vissa kliniker verkar enkelt omfördela resurser och ständigt prioritera och fördela personalen utifrån arbetsbelastningen, medan andra kliniker i teorin kan omfördela personal men det är oklart i vilken utsträckning det sker i praktiken.

4.1.3 Majoriteten av klinikerna upplever stor personalomsättning

Sju av de tio förlossningsklinikerna upplever att de har en stor personalomsättning. Det finns flera anledningar till att personalen slutar. Några beskriver att barnmorskorna går över till mödrahälsovården för att få bättre arbetstider. Hög arbetsbelastning eller dålig arbetsmiljö är andra anledningar. Den pressade situationen under pandemin har också bidragit. Pandemin innebar bland annat att den korta sjukfrånvaron ökade, vilket gjorde att barnmorskorna behövde arbeta övertid och i större utsträckning lösa akuta bemanningssituationer. I vissa fall bidrog det också till att kompetensutvecklingsinsatser ställdes in eller prioriterades bort, på grund av risken för smittspridning och den höga arbetsbelastningen. Uteblivna insatser och ökad arbetsbelastning har då ytterligare bidragit till ett missnöje med arbetsmiljön. Några av klinikerna har andra förlossningskliniker i närheten, som därmed kan vara alternativa arbetsplatser, och då kan det bli konkurrens om personalen och viss personalomsättning.

Några kliniker upplever att de har andra utmaningar när det gäller kompetensförsörjning, exempelvis långa avstånd eller dåliga kommunikationsförbindelser. Vissa lyfter fram att klinikens storlek påverkar förutsättningarna för rekrytering. Det beskrivs som en fördel att vara en lagom stor klinik, inte för stor så att arbetsplatsen blir svåröverblickbar, men inte heller för liten så att alla delar inom förlossningsvården inte finns.

Sex av tio kliniker använder bemanningsföretag men i varierande utsträckning. Lycksele är helt beroende av bemanningsföretag för att klara bemanningen, cirka 72 procent av arbetstimmarerna i schemat täcks av bemanningspersonal. I Västervik täcks cirka 24 procent av timmarna av barnmorskor från bemanningsföretag. I Skellefteå, Sundsvall, Umeå och Västerås täcks 5–10 procent av arbetstimmarerna av bemanningsföretag. De flesta klinikerna beskriver att de i stor utsträckning har samma personer som kommer från bemanningsföretagen. Det medför en större stabilitet och kliniken vet att det fungerar bra. Vissa av klinikerna upplever att det kan vara konkurrens om personalen och att det kan vara svårt att få bemanningspersonal när det behövs.

4.1.4 Erfarna barnmorskor utgör den största andelen av personalen

Vi har undersökt vilken erfarenhetsnivå hos barnmorskor som klinikerna har tillgång till. Första steget i vår analys var att kartlägga erfarenheten bland barnmorskorna på kliniken. Därefter har vi relaterat det till sysselsättningsgraden och beräknat

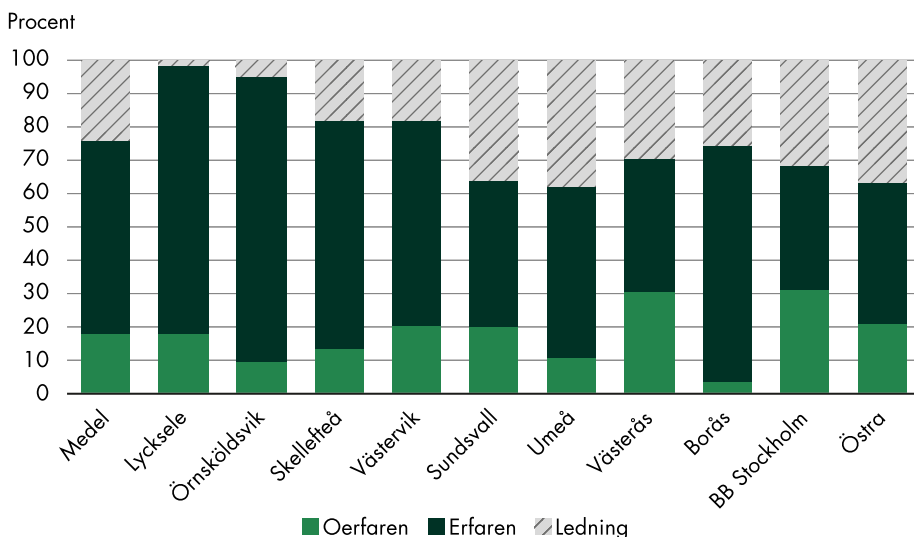
hur många arbetstimmar per erfarenhetsnivå som kliniken har tillgång till. Genom det kan vi se i vilken utsträckning kliniken kan bemanna de olika arbetspassen med erfarna barnmorskor. Intervjupersonerna fick klassificera erfarenhetsnivån på alla anställda i tre nivåer:

- oerfaren och osjälvständig
- erfaren och självständig
- mycket erfaren barnmorska.

De mycket erfarna barnmorskorna kan schemaläggas som ledningsbarnmorska eller motsvarande. Om det var osäkert hur självständig barnmorskan var räknades hon som erfaren efter två års tjänstgöring. Gränsen mellan erfaren och ledning var svårare att dra eftersom vissa kliniker inte hade funktionen ledningsbarnmorska. Vidare hade Östra sjukhuset så mycket personal att kompetensinventeringen skulle ta för lång tid, och där använde vi i stället en gräns på fem års tjänstgöring som barnmorska.

Klinikerna i vår studie har förutsättningar för att bemanna arbetspassen med en blandning av erfaren och oerfaren personal. I genomsnitt var omkring 18 procent av arbetstimmarerna bemannade med oerfarna barnmorskor, 58 procent med erfarna barnmorskor och 24 procent med barnmorskor som bedömdes ha ledningskompetens (figur 16).

Figur 16. Fördelning av tillgängliga timmar per uppgiven erfarenhetsnivå (tre nivåer).



Ett antal kliniker har sjuksköterskor i verksamheten. Enligt några intervjupersoner är det för att de inte kan rekrytera barnmorskor. Andra beskriver att de rekryterar sjuksköterskor som vill utbilda sig till barnmorskor och som arbetar på kliniken under utbildningen. Erfarenheterna av att ha sjuksköterskor i verksamheterna varierar. Några upplever att det är positivt, i synnerhet om dessa sjuksköterskor på sikt vill utbilda sig till barnmorskor. Andra menar att sjuksköterskorna saknar kompetenser som barnmorskan har, vilket medför att de inte kan avlasta barnmorskorna fullt ut.

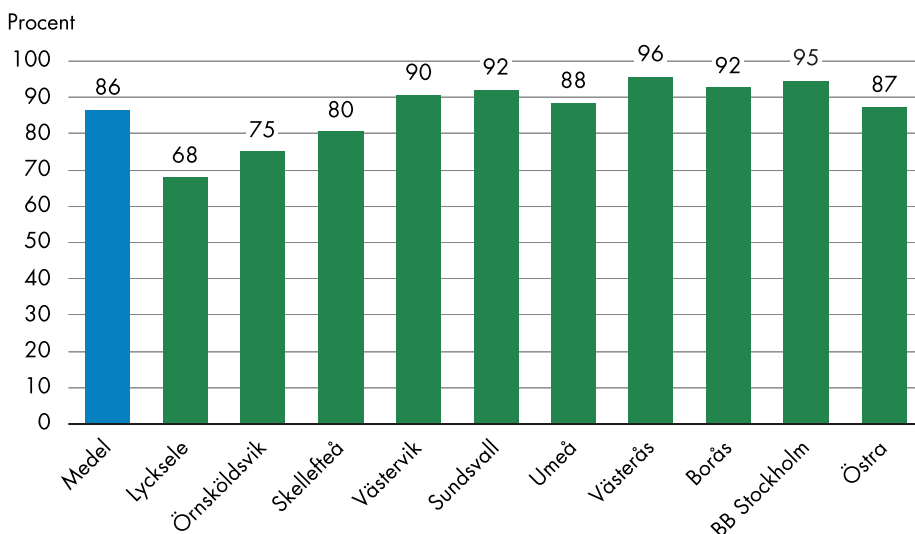
4.2 Mycket svårare att klara bemanningen under sommaren

Vi har analyserat behovet av och tillgången till barnmorskor under sommaren, baserat på schemarader. I kartläggningen av schemaraderna samlade vi in information om vilka veckor under året som varje schemarad gällde. Genom det fick vi information om vilka arbetspass eller verksamheter som bemannades under sommaren. Resultaten visar att vissa verksamheter på klinikerna inte bemannas alls under sommaren, eller att arbetspassen bemannas med färre personer. Det innebär att kapaciteten minskar.

4.2.1 Klinikerna minskar kapaciteten under sommaren

Under sommarperioden blir det betydligt svårare att få ihop bemanningen även för de kliniker som klarar av detta under terminerna. Om personalen ska kunna ta fyra veckor semester och semesterperioden är åtta veckor lång innebär det en halvering av tillgänglig personal. Om semesterperioden sträcker sig över tolv veckor minskar den tillgängliga personalen med en tredjedel.

För att kunna bevilja semester för personalen drar klinikerna ner på antalet arbetspass under sommarperioden. Neddragningen i procent är större för de minsta förlossningsklinikerna. Det beror på att de har mer rotation mellan verksamheter och i större utsträckning ansvarar för planerad verksamhet som till viss del går att styra om till andra delar av året, exempelvis verksamheter inom specialistmödrahälsovård och gynekologi. Figur 17 visar antalet öppna pass under vecka 30 i juli månad, jämfört med under terminerna.

Figur 17. Andel öppna pass vecka 30 jämfört med i terminerna.

I Lycksele har man alltså 32 procent färre arbetspass under vecka 30. Det sker också i samband med en kortare stängning av den akuta verksamheten inom förlossningsvården. I Örnsköldsvik minskar kapaciteten med 25 procent, och i Skellefteå med 20 procent. Övriga kliniker stänger 4–13 procent av arbetspassen, med ett genomsnitt på 9 procent.

4.2.2 Räkneexempel visar möjlig arbetssituation under sommaren

För att beskriva arbetsbelastningen under sommaren har vi tagit fram ett förenklat räkneexempel för den personal som arbetar under semesterperioden och som redan har en hög arbetsbelastning. Exemplet visar hur mycket deras veckoarbetstid skulle behöva öka för att klara bemanningen, under förutsättning att kliniken inte tar in semestervikarier eller på annat sätt ökar bemanningen.

Exemplet utgår ifrån en bemanning med balans mellan behov av och tillgång till personal under terminerna. Vi beräknar att kliniken minskar sin verksamhet med 10 procent under semesterperioden. Om alla barnmorskor har fyra veckor semester fördelat på en tioveckorsperiod medför det att 40 procent av personalen är frånvarande samtidigt.

För att den kvarvarande personalen, det vill säga 60 procent av ordinarie personal, ska kunna bemanna verksamheten behövs en genomsnittlig veckoarbetstid på 57 timmar och tre helpass varannan vecka vilket ger ett genomsnitt på 1,5 helpass per vecka (tabell 3).

Tabell 3. Räkneexempel på möjlig arbetstid för schemalagda barnmorskor under sommarperioden.

	Termin	Semesterperiod
Behov av arbetstid per vecka (tim.)	3 825	$3\,825 \cdot 0,90 = 3\,443$
Antal barnmorskor	100	$100 \cdot 0,60 = 60$
Veckoarbetstid per barnmorska (tim.)	38,25	
Tillgänglig veckoarbetstid (tim.)	3 825	$38,25 \cdot 60 = 2\,295$
Veckoarbetstid för att möta behovet (tim.)		$3\,443 / 60 = 57$
Behov av helgpas	100	$100 \cdot 0,90 = 90$
Antal barnmorskor	100	$100 \cdot 0,60 = 60$
Helgpas per barnmorska	1	
Tillgång till helgpas	100	$1 \cdot 60 = 60$
Helgpas per barnmorska och vecka för att möta behovet		$90 / 60 = 1,5$

Det här scenariot bygger på att 40 procent av personalen är frånvarande. Hur stor andel av personalen som är frånvarande kan variera beroende på semesterperiodens längd, det faktiska uttaget av semester och föräldraledighet, ersättningar för att flytta semester och möjligheten att hitta sommarvikarier.

En kartläggning från SKR (2021) pekar på att en stor andel av medarbetarna inom förlossningsvården är småbarnsföräldrar. Det kan medföra svårigheter i schemalaggningsen under sommaren eftersom verksamheten har mycket begränsade förutsättningar att förskjuta föräldraledighet i tid om bemanningen inte går ihop.

4.2.3 Klinikerna använder olika strategier för att klara bemanningen

Förlossningsklinikerna använder olika strategier för att klara bemanningen under sommaren (SKR 2021). Det handlar exempelvis om att chefer arbetar kliniskt under semesterperioden, eller att sjuksköterskor ersätter barnmorskor på BB. Många tar också in vikarier under sommaren. Det kan vara pensionerade medarbetare och studenter i slutet av sin utbildning, eller i vissa fall hyrpersonal. Detta är strategier som även företrädarna för förlossningsklinikerna i vår studie beskriver.

4.3 Barnmorskor har en stor andel obekväm arbetstid

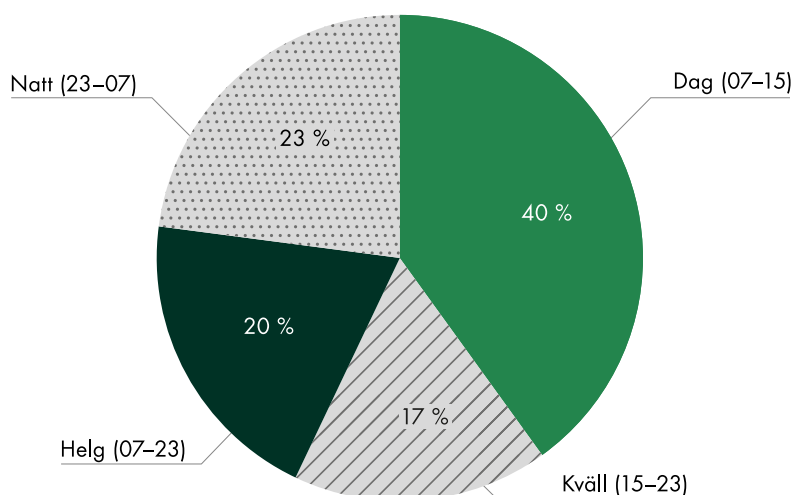
Förlossningen är en verksamhet som är bemannad dygnet runt, året om. För att få en bild av arbetstiden för barnmorskorna har vi analyserat hur arbetspassen fördelar sig mellan dagtid, kvällar, nätter och helger. Våra resultat visar att en stor andel av arbetet utförs på obekväm arbetstid. Med obekväm arbetstid avser vi kvällar, nätter och helger. Alltså allt som inte är dagtid, måndag till fredag som är tider när de flesta andra arbetar.

De flesta intervjupersoner beskriver att villkoren för att arbeta i en dygnet-runt-verksamhet är de viktigaste faktorerna för att kunna behålla och rekrytera personal. Det handlar bland annat om hur den obekväma arbetstiden fördelas, och förutsättningarna för att vara ledig under sommaren och runt julen. Hur arbetstiden fördelas regleras ofta i en arbetstidsmodell.

4.3.1 Andelen obekväm arbetstid varierar mellan de olika klinikerna

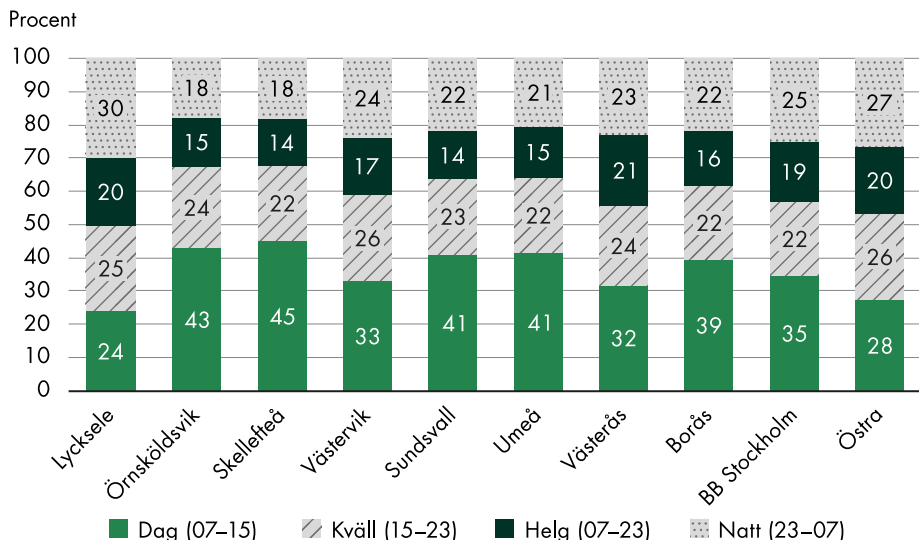
Vissa arbetspass består helt av obekväm arbetstid, exempelvis ett helgpass. Andra pass utförs delvis på obekväm arbetstid, exempelvis ett kvällspass som inleds på eftermiddagen men som övergår i kvällstid. För en genomsnittlig barnmorska vid de tio studerade förlossningsklinikerna innehåller 60 procent av passen arbetstid utanför vardagar dagtid (figur 18). På den genomsnittliga kliniken är 40 procent av arbetspassen förlagda på vardagar dagtid, 17 procent på kvällstid, 20 procent på helger och 23 procent nattetid.

Figur 18. Fördelning av arbetspass per typ av pass, medelvärde för klinikerna i studien.



Vi har också analyserat hur stor andel av det totala antalet arbetstimmar som utförs på obekväm arbetstid. Våra resultat visar att det är relativt stora skillnader i andelen arbetstimmar på vardagar dagtid mellan olika kliniker, från 24 procent till 45 procent (figur 19). Nattpassen är längre än övriga pass vilket ger fler timmar obekväm arbetstid. Hur stor andel av arbetstiden som utförs på dagtid påverkas av vilken verksamhet kliniken har. De kliniker som har mottagningsverksamhet och en rotation mellan olika verksamheter inom kliniken har en större andel dagpass.

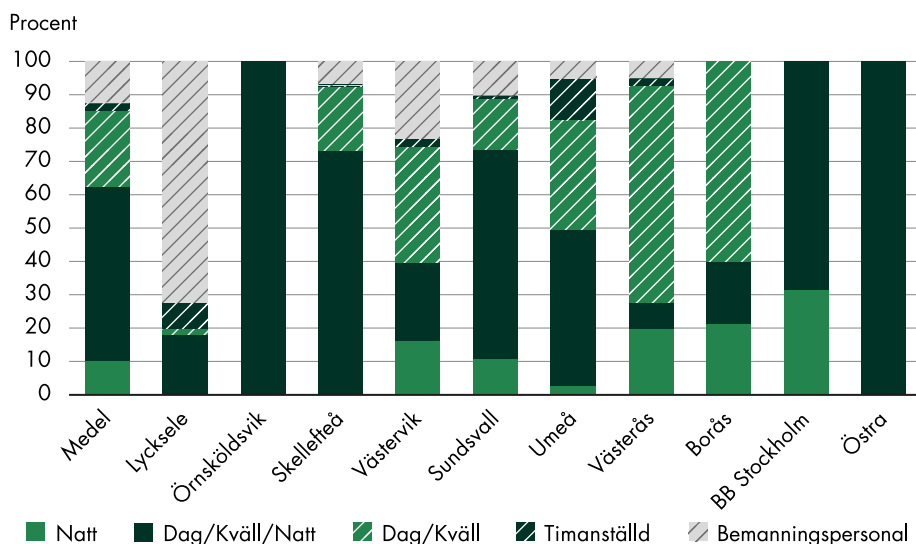
Figur 19. Fördelning av arbetspass per typ av pass.



Barnmorskorna på klinikerna arbetar i genomsnitt två av fem helger, varav ena helgen omfattar tre arbetspass och den andra har två arbetspass. Under en schema-period på tio veckor innebär det totalt tio helgpas. Några kliniker hade ännu tätare helgtjänstgöring. Barnmorskor som av någon anledning hade nedsatt arbetstid behövde ofta också arbeta lika många helgpas som de som arbetar heltid.

4.3.2 Fördelningen av arbetstiden påverkar förutsättningarna att bemanna

Klinikerna har också olika sätt att planera och schemalägga arbetet. På vissa mottagningar arbetar alla barnmorskor dag, kväll och natt. På några kliniker finns barnmorskor som enbart arbetar natt, och några har barnmorskor som enbart arbetar dag och kväll. Den vanligaste anställningsformen är dag, kväll och natt, och näst vanligast är en kombination av nattjänster och personal med dag- och kvällspas (figur 20).

Figur 20. Fördelning av tillgängliga timmar per anställningsform.

Intervjupersonerna menar att önskemål om hur arbetstiden ska fördelas varierar mycket och beror på individens livssituation. Exempelvis kan ensamstående med små barn ha svårt att arbeta kväll eller natt medan vissa, ofta äldre, kollegor kan föredra att ha någon form av helgtjänst och i stället vara ledig i veckorna. Vissa föredrar att arbeta mer natt eftersom det ofta innebär en arbetstidsförkortning.

Förlossningsklinikerna verkar kunna tillmötesgå barnmorskornas önskskningar på schemaläggningen i olika utsträckning. Flera har någon form av önskeschema som barnmorskorna har möjlighet att påverka. Det kombineras ofta med regler om hur passen ska fördelas över kväll, helg och natt. Oavsett schemamodell beskriver klinikerna att de försöker anpassa arbetet utifrån individens förutsättningar och önskemål, men också att det är en svår balansgång för att även tillgodose verksamhetens behov.

Även om barnmorskorna har möjlighet att påverka schemat är alla inte nöjda med resultatet, exempelvis för att de inte fått igenom sina önskemål. Företrädare för några kliniker beskriver att de satt ett mål för hur stor andel av önskskningarna som ska godkännas, och det varierar mellan 70 och 80 procent. Intervjupersonerna beskriver att barnmorskorna ändå har förståelse för att de arbetar i en dygnet-runt-verksamhet som omfattar obekväm arbetstid.

Enligt intervjupersonerna tycker barnmorskorna inte att de får tillräcklig löne-mässig kompensation för den obekväma arbetstiden. Barnmorskor, sjuksköterskor och annan dygnet-runt-personal på sjukhusen ersätts för obekväm arbetstid på annat sätt än läkare. Ersättningen per timme anses vara låg, till exempel i jämförelse med arbete inom dagligvaruhandeln, vilket intervjupersonerna återkommer till vid flera tillfällen.

4.4 Andelen obekväm arbetstid minskas genom två strategier

Eftersom obekväm arbetstid är socialt och fysiskt påfrestande för personalen kan det vara relevant att försöka minska frekvensen av dessa arbetspass. Det finns två tydliga strategier för att göra detta. Den första är att öka produktiviteten under obekväm arbetstid. Det innebär att det behövs färre personer för att göra samma mängd arbete, och på så sätt minskar behovet av personal. Den andra strategin är att använda arbetssätt som innebär rotation till andra verksamheter med lägre andel obekväm arbetstid.

4.4.1 Minskad andel obekväm arbetstid genom ökad produktivitet

Ett sätt att minska andelen obekväm arbetstid är att dra ner på verksamheten, och genom det bemanningen, och att öka produktiviteten under kvällar, helger och nätter. Den högre produktiviteten uppnås framför allt genom en högre arbetsbelastning för den personal som är i tjänst. Samtidigt medför det att andelen obekväma arbetspass minskar. Klinikerna har olika sätt att hantera balansen mellan helgpassens arbetsbelastning och frekvens.

Kapaciteten i schemalagt antal barnmorskor, jämfört med kapaciteten under vardagar dagtid, är i genomsnitt 90 procent under kvällar, 71 procent på nätter och 83 procent på helger. Kapacitetsneddragningen varierar mellan de olika klinikerna och beror delvis på hur kliniken är organiserad. Det kan exempelvis handla om att det inte finns någon ledning eller koordinator som arbetar på kvällar, nätter och helger. I vissa fall finns det inte heller en specifik barnmorska, eller en schemarad, med ansvar för akuta besök utan de besöken ingår i stället i hela vårdlagets arbete. I andra fall minskar man bemanningen i kärnverksamheten, i första hand genom att ha färre undersköterskor på BB, och i andra hand färre barnmorskor på BB. På vissa av förlossningsklinikerna minskar man även personalen som arbetar med förlossningar.

En viss neddragning i bemanning kan vara motiverad eftersom vissa arbetsuppgifter försvinner på kvällar, nätter och helger. Samtidigt föds det i genomsnitt ungefär lika många barn under nätterna, vilket medför ett konstant behov av personal. När bemanningen minskar på natten riskerar det att öka belastningen för den kvarvarande personalen.

4.4.2 Rotation mellan verksamheter för att minska obekväm arbetstid

Ett annat sätt att minska andelen obekväm arbetstid är att öka rotationen mellan verksamheter. Det kan exempelvis innebära att barnmorskorna som arbetar med förlossningar även har möjlighet att arbeta dagtid på till exempel en BB-mottagning och i specialistmödravården.

Alla kliniker använder någon form av rotation. Den verkar dock fungera på olika sätt på de olika mottagningarna och kan vara rotation mellan BB, förlossning och gynekologisk mottagning, eller rotation mellan förlossning och mödravården. I vissa fall innebär rotationen längre perioder i en viss verksamhet, några veckor och uppemot några månader, och i andra fall roterar personalen snarare på dags- eller veckobasis. Ytterligare några barnmorskor har en anställning med fast schema i primärvården som kompletteras med tjänstgöring inom förlossningsvården, främst på helger.

Hur tjänsterna är utformade verkar bero på dels önskemål från den enskilda medarbetaren, dels klinikens behov. Rotationstjänster beskrivs i vissa fall som en förutsättning för att rekrytera personal och för att personalen ska orka med. Det kan också bidra till kompetensutveckling för medarbetarna. Samtidigt kan det finnas organisatoriska eller avtalsmässiga utmaningar, i synnerhet om förlossningen och mödrahälsovården tillhör olika organisationer.

5 Produktiviteten för förlossningsklinikerna

Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade är det viktigt att de används på rätt sätt. Det medför att beslutsfattare och verksamma i vården kontinuerligt bör sträva efter en ökad produktivitet, men med hänsyn till arbetsbelastningen för personalen och utan att äventyra patientsäkerheten. I det här kapitlet beskriver vi produktiviteten för de olika klinikerna i vår studie.

Detta är våra viktigaste resultat:

- Produktiviteten varierar kraftigt mellan de tio förlossningsklinikerna, och kliniken storlek är den viktigaste påverkansfaktorn.
- En hög produktivetsnivå, särskilt på helger, nätter och under sommarsemestern, är viktig för att inte försämra den redan ansträngda bemanningssituationen. Produktivetsnivån måste dock vara balanserad så att patientsäkerheten bibehålls och arbetsmiljön är hållbar.
- Det verkar finnas en undre gräns för hur liten en klinik kan vara och ändå bedrivas på ett resurseffektivt sätt. Samtidigt verkar fördelarna med stora kliniker bara gälla upp till en övre gräns, och vi ser inga ytterligare stordriftsfördelar för de största klinikerna i vår studie.

5.1 Produktiviteten varierar mellan klinikerna

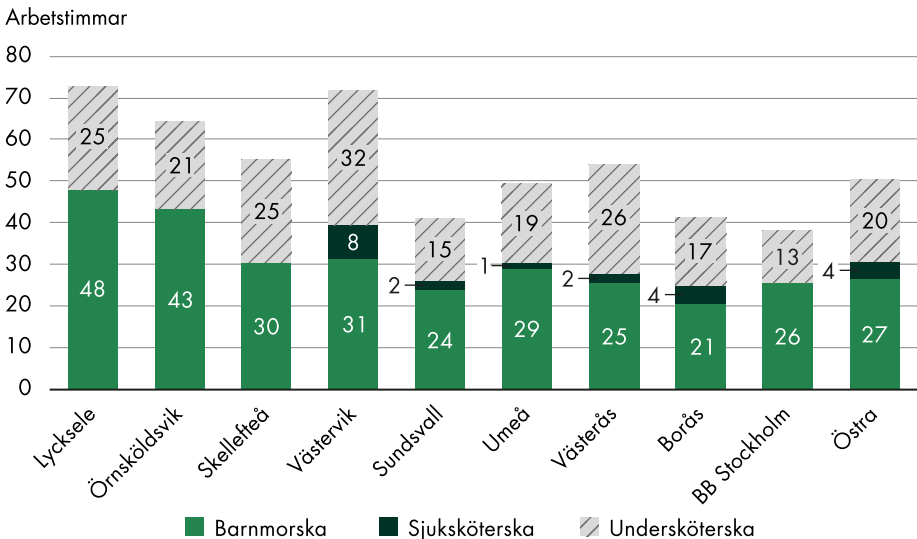
Produktivitet syftar till att mäta hur mycket resurser som krävs för det som vården presterar. I det här fallet är prestationerna antalet förlossningar. Produktiviteten är ett mått på antalet arbetstimmar som fördelas på varje förlossning. En jämförelsevis låg kostnad, eller resursanvändning, per utförd insats innebär högre produktivitet. Produktiviteten kan förstärkas genom exempelvis nya behandlingsmetoder eller arbetssätt. I det här avsnittet beräknar vi produktivitet för de olika förlossningsklinikerna i studien och ser att den varierar mycket.

5.1.1 Små kliniker har lägre produktivitet men stordriftsfördelar verkar utbli

I det här fallet mäter vi produktivitet som antalet arbetstimmar per förlossning. Vi beräknar produktiviteten genom att dividera antalet planerade arbetstimmar per år med antalet förlossningar under de senaste tolv månaderna. Det totala antalet planerade arbetstimmar fick vi genom att summera schemaraderna för förlossningen, BB och antenatal vårdavdelning och förlossningens akutmottagning. En lägre produktivitet betyder att det avsätts mer resurser för samma prestation. I och med det blir resursanvändningen, och därmed kostnaderna, högre och kliniken är mindre effektiv.

Våra beräkningar visar att produktiviteten varierar kraftigt mellan de olika klinikerna (figur 21). BB Stockholm, Borås och Sundsvall sticker ut med en högre produktivitet än de övriga. Högst produktivitet har BB Stockholm med 38 arbetstimmar per förlossning och lägst produktivitet har Lycksele med 73 timmar. Det krävs alltså mer resurser, i det här fallet mätt som arbetstimmar, för en förlossning i Lycksele eller Örnsköldsvik där produktiviteten är låg, jämfört med i Sundsvall, Borås eller BB Stockholm där produktiviteten är högre.

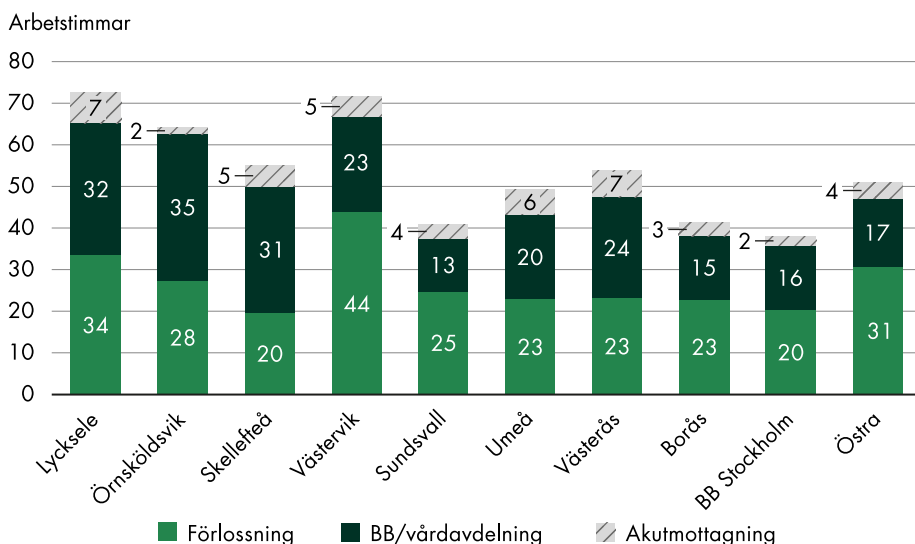
Figur 21. Arbetstimmar per förlossning och yrkesgrupp.



Not: Produktiviteten beräknas genom antalet planerade arbetstimmar per år för schemaraderna inom förlossning, BB/vårdavdelning och förlossningens akutmottagning dividerat med antalet förlossningar under de senaste tolv månaderna.

I analysen ovan kombinerar vi data för förlossning, BB och förlossningens akut-mottagning, och produktiviteten är beräknad per förlossning och yrkesgrupp. Ett annat sätt att beräkna produktiviteten är att kombinera alla yrkesgrupper och beräkna produktiviteten för de olika verksamheterna vid klinikerna. Figur 22 visar antalet arbetstimmar per förlossning och verksamhet. Det framgår att omkring halva arbetstiden för flera av klinikerna relaterar till BB och vårdavdelning. Vi kan också se att akutverksamheten inom förlossningsvården utgör olika stor del av den planerade bemanningen.

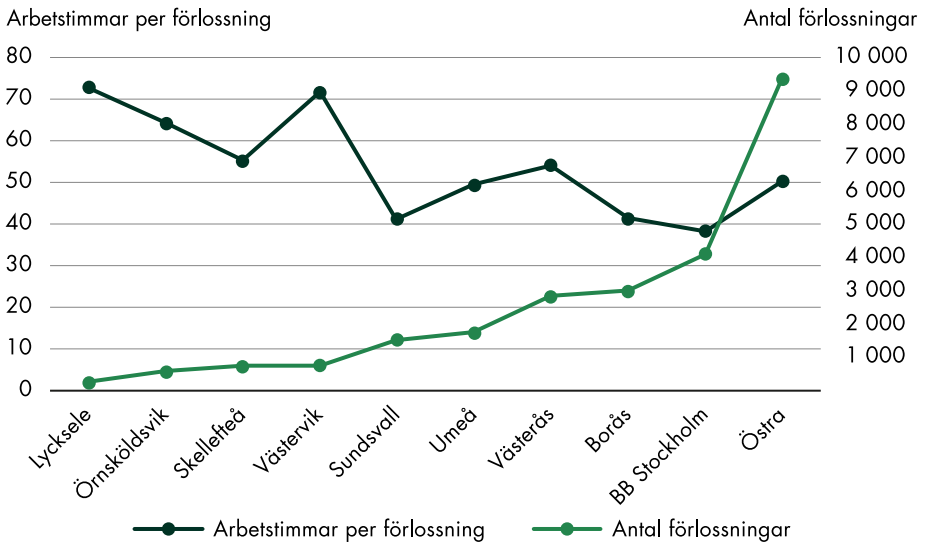
Figur 22. Arbetstimmar per förlossning och verksamhet.



5.1.2 Klinikens storlek är den viktigaste faktorn för produktiviteten

Våra resultat pekar på att klinikens storlek är en viktig faktor för produktiviteten. De fyra minsta klinikerna, som har 750 förlossningar eller färre per år, behöver bemanna fler arbetstimmar för varje förlossning. För de kliniker som har minst 1 500 förlossningar går det inte att se någon trend där ännu större kliniker har högre produktivitet. Figur 23 visar det totala antalet arbetstimmar per förlossning och antalet förlossningar.

Figur 23. Arbetstimmar per förlossning, alla yrkeskategorier och verksamheter, samt antal förlossningar.



Det är naturligt att de mindre klinikerna har en lägre produktivitet. De måste alltid ha en grundbemanning även om det inte alltid pågår någon förlossning och även om det, sett till vårdbehovet, skulle räcka med en lägre bemanning. Det måste exempelvis finnas en beredskap för akuta situationer. Produktiviteten kan också påverkas av faktorer såsom arbetssätt och verksamhetens utformning.

En hög produktivitet minskar bemanningsbehovet. Det kan vara särskilt viktigt under nätter, helger och sommarperiod eftersom det är svårare att bemanna verksamheten under dessa tider. Samtidigt måste produktiviteten balanseras så att patientsäkerheten bibehålls och arbetsmiljön är hållbar.

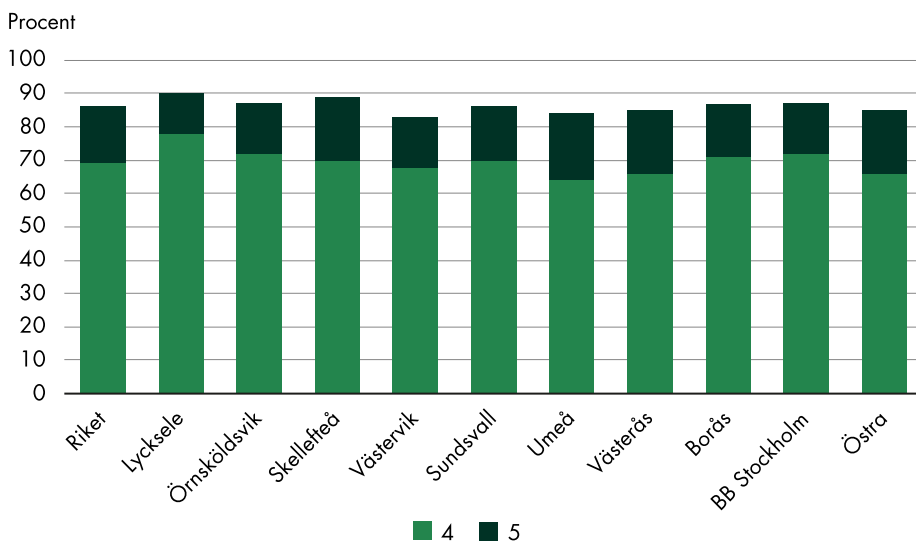
5.2 Produktiviteten verkar inte påverka kvalitet och patientsäkerhet

Produktivitetsmått visar inte hur väl prestationerna bidrar till ett bra hälsoutfall eller en personcentrerad hälso- och sjukvård. Patientsäkerhetsrisker och negativa utfall kan öka i situationer med underkapacitet, det vill säga för låg bemanning utifrån arbetsbördan. Studier visar också att en hög arbetsbelastning medför en lägre benägenhet att rapportera avvikelser (SKR 2021). Produktivitetsmått tar inte heller hänsyn till skillnader i vårdens kvalitet. Vi har därför även kompletterat våra resultat om produktivitet med kvalitetsmått från Graviditetsenkäten som genomförs av SKR och Graviditetsregistret. Resultaten visar att alla kliniker i vår studie har goda resultat när det gäller både komplikationer och patienternas upplevelse av att ha fått det stöd som de behöver.

5.2.1 Patienternas upplevelse av att få det stöd de behöver är ett kvalitetsmått

Ett viktigt kvalitetsmått är att vården är personcentrerad. Delaktighet, bemötande och samt kommunikation är viktiga aspekter för en personcentrerad vård. I Graviditetsenkäten tillfrågas kvinnorna som fött barn om de fått stöd av personalen under förlossningen. I den här rapporten använder vi det som ett mått på personcentrering. Majoriteten av kvinnorna upplever att de helt eller delvis fått det stöd som de behöver och det är små skillnader i resultaten mellan klinikerna i vår studie (figur 24).

Figur 24. Andel födande som upplever att de helt eller delvis fick stöd av personalen under förlossningen. Resultat från januari 2020 till och med juni 2022.



Not: Frågan som ställdes var "Fick du stöd av personalen under din förlossning, i den utsträckning du önskade?". Svarsalternativen var 1–5, där siffran 1 motsvarar "nej, inte alls", och 5 "ja, helt och hållet". Inkluderade svar är samtliga som svarande 1–5 eller "kan/vill ej svara".

Källa: Graviditetsregistret 2023a.

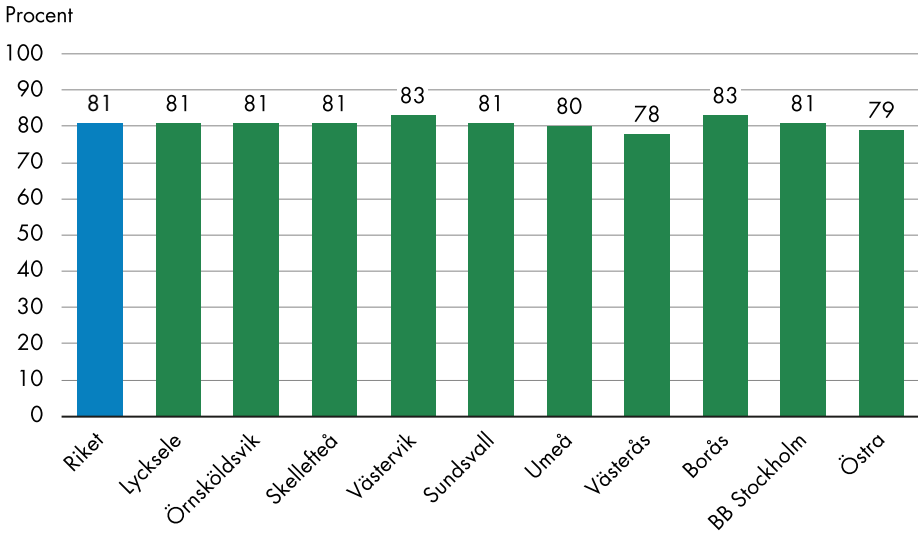
De tre klinikerna med högst produktivitet, BB Stockholm, Borås och Sundsvall, sticker inte ut negativt: 89 procent var nöjda med stödet från personalen på BB Stockholm, jämfört med 87 procent för Borås och 86 procent för Sundsvall. Medelvärdet var 86 procent för hela riket.

5.2.2 Kvalitet mäts också genom interventioner och komplikationer

Vi använder information om interventioner och komplikationer i samband med förlossning från Graviditetsregistret som ett mått på kvalitet och patientsäkerhet. Statistiken visar små variationer i kvalitetsutfall, och de tio klinikerna levererar

ungefär samma kvalitet trots olika produktivitet. Data från Graviditetsregistret visar att 81 procent av förlossningarna var utan större interventioner och komplikationer för BB Stockholm, 83 procent för Borås och 81 procent för Sundsvall, och medelvärdet för hela riket var 81 procent (figur 25).

Figur 25. Andel förlossningar utan större interventioner och komplikationer 2021.



Not: Större interventioner och komplikationer definieras som förlossning med tång, sugklocka eller kejsarsnitt, blödning över 1 500 ml eller blodtransfusion, bristning grad 3 eller 4, och Apgar lägre än 7 poäng 5 minuter efter födseln.
Källa: Graviditetsregistret 2023b.

5.2.3 Modellen "en barnmorska per födande" minskar produktiviteten

En hög produktivitet innebär så få arbetade timmar per förlossning som möjligt. Samtidigt får personalens arbetsbelastning inte vara för hög.

Modellen "en barnmorska per födande" diskuteras ofta som ett sätt att uppnå en balans i arbetsbelastningen för barnmorskor. Samtidigt medför den ett behov av fler barnmorskor och därmed fler arbetstimmar och en lägre produktivitet.

Socialstyrelsen (2022a) har haft i uppdrag att undersöka om det finns tillräckligt med barnmorskor för att arbeta enligt modellen, och om inte – hur många fler som behövs. En slutsats från arbetet är att det är svårt att utvärdera om det finns tillräckligt med barnmorskor för att uppnå målsättningen om en barnmorska per födande. Socialstyrelsen uppskattar att det skulle behövas 362 heltidstjänster i hela landet för att klara bemanning enligt modellen under 50 procent av årets alla timmar. För att ha den bemanningen under 95 procent av timmarna skulle det behövas 873 heltidstjänster. Socialstyrelsen har dock haft svårt att kartlägga den nuvarande tillgången till barnmorskor i förlossningsvården omräknat till årsarbetare, bland annat på grund av rotationstjänstgöring mellan olika verksamheter.

Beräkningarna utgår ifrån hur många barn som i genomsnitt föds vid olika tidpunkter, men precis som vi visar i kapitel 3 kan antalet förlossningar variera stort mellan olika dagar även om fördelningen sett över tid är jämn. Det medför svårigheter att ta höjd för toppar inom dygnet. Det saknas även information om hur länge varje kvinna varit i aktiv förlossningsfas, och beräkningarna baseras därför på en schablon. Resultatet ska därmed tolkas försiktigt.

En reflektion utifrån våra resultat är att modellen ”en barnmorska per födande” skulle ha en starkt negativ inverkan på produktiviteten. Den kräver fler barnmorskor på varje arbetspass, vilket leder till fler arbetstimmar. Det riskerar att ytterligare försämra den redan ansträngda bemanningssituationen och arbetsmiljön.

6 Arbetsmiljö och arbetsbelastning

Förutsättningarna för att behålla personal i förlossningsvården beror bland annat på arbetsmiljön och arbetsbelastningen. I intervjuerna med företrädare för förlossningskliniken ställde vi frågor om arbetsbelastning, arbetsmiljö, kompetensutveckling och ledarskap.

Detta är våra viktigaste resultat:

- Arbetsbelastningen beskrivs som hög på fyra kliniker. De övriga beskriver en större variation i arbetsbelastningen men att det förekommer intensiva arbetstoppar.
- Totalt 360 barnmorskor arbetade på de studerade klinikerna, och endast 36 procent arbetade heltid. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden var 80 procent av en heltid.
- Förlossningsklinikerna lägger en liten andel av den schemalagda tiden på icke-kliniska aktiviteter och chefernas arbetstid utgör en liten del av den totala arbetstiden. Det senare kan delvis förklaras av att varje chef har ansvar för ett stort antal medarbetare.
- Arbetstidsmodellen, arbetsbelastningen och ersättningen för arbete under obekvämt arbetstid beskrivs som viktiga faktorer för möjligheten att behålla personal.

6.1 Arbetsbelastningen varierar men upplevs ha ökat

En hög belastning inom förlossningsvården innebär en krävande arbetsmiljö och stressad personal. Det kan medföra att medarbetarna inte får tillräckligt med återhämtning och att risken för negativa utfall för patienterna ökar (SKR 2021). Den höga arbetsbelastningen kan leda till att barnmorskor söker sig bort från förlossningsvården (Socialstyrelsen 2022a). En ökning av antalet riskförlossningar och fler inductioner kan bidra till en högre arbetsbelastning.

6.1.1 Arbetsbelastningen varierar mellan arbetspassen

De fyra största förlossningsklinikerna i vår studie beskriver att arbetsbelastningen generellt är hög. På de övriga beskrivs arbetsbelastningen som mestadels lagom men med toppar med hög belastning. Detta medför en dålig arbetsmiljö för personalen och risk för etisk stress, det vill säga en upplevelse av att tvingas agera i konflikt med egna värderingar, riktlinjer eller yrkesetik. Alla företrädare för förlossningsklinikerna beskriver att det finns stora variationer i arbetsbelastning mellan olika arbetspass, vilket vi även visar i kapitel 3.

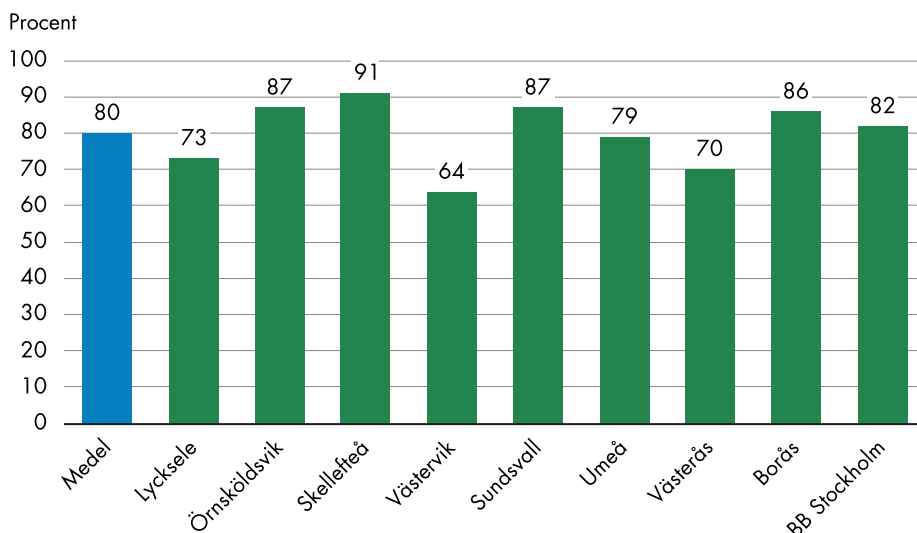
Flera av företrädarna beskriver dessutom att schemat inte ger förutsättningar för tillräcklig återhämtning. Den övergripande bilden är att schemat i teorin ska ge möjlighet till återhämtning, men att vårdarbete inom en dygnet-runt-verksamhet är påfrestande och att återhämtningsmöjligheterna inte alltid räcker. Det gäller i synnerhet efter arbetspass med hög belastning. Möjligheten till återhämtning påverkas också av vilka pass man arbetar. Flera beskriver att de som enbart arbetar dagtid, eller framför allt inte arbetar natt, har minst förutsättningar till återhämtning mellan arbetspassen. På kliniken i Borås bedöms arbetsbelastningen vara ohållbar, men där har man budget för en högre bemanning och planerar att öka antalet barnmorskor per arbetspass.

I den här studien har vi intervjuat företrädare för verksamheten. Ett viktigt komplement för att få en helhetsbild av barnmorskans arbetsmiljö är också att inkludera medarbetarna, i det här fallet barnmorskorna.

6.2 Många barnmorskor arbetar deltid för att få återhämtning

Inom välfärdssektorn är deltidsarbete vanligare än i andra branscher (SKR 2020). Det är dessutom vanligare inom verksamheter där aktivitet pågår dygnet runt och arbetsmängden varierar över dygnets timmar (Konjunkturinstitutet 2017). För att se i vilken utsträckning barnmorskorna i vår studie arbetar deltid har vi beräknat den genomsnittliga sysselsättningsgraden för varje klinik.

Alla kliniker som ingår i vår studie har barnmorskor som arbetar deltid, och den genomsnittliga sysselsättningsgraden för barnmorskorna var totalt sett 80 procent av en heltid. På kliniknivå varierade sysselsättningsgraden från 64 procent i Västervik till 91 procent i Skellefteå (figur 26). Den genomsnittliga sysselsättningsgraden för alla barnmorskor nationellt inom alla regioner var 80,3 procent 2021 (SKR 2022b).

Figur 26. Genomsnittlig sysselsättningsgrad för barnmorskor.

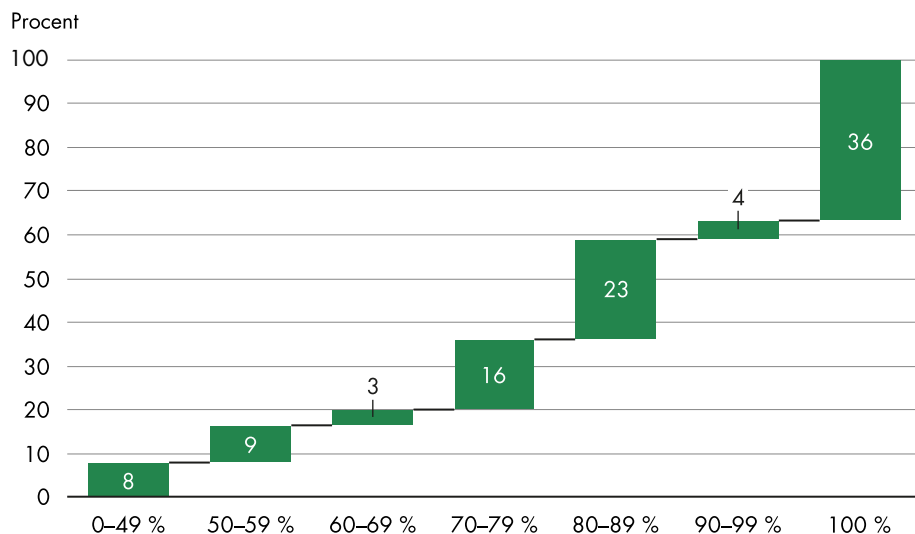
Not: Östra sjukhuset ingår inte eftersom data inte var direkt tillgänglig och vi därför inte hade möjlighet att analysera sysselsättningsgraden på individnivå inom ramen för denna studie.

Beräkningarna gjordes för alla barnmorskor som inte var bemanningspersonal eller timanställda. Sysselsättningsgraden anger hur stor andel av en heltidstjänst som personen arbetar, men antalet timmar i en heltidstjänst varierade mellan klinikerna och mellan olika typer av tjänster. Det vanligaste var att en heltid motsvarade 38,25 timmar i veckan för dagtid och 34,2 timmar för barnmorskor som arbetar natt. Utöver det finns det olika lokala arbetstidsmodeller och även individuella avsteg.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är lägre bland barnmorskor jämfört med andra personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Bland sjuksköterskor är den genomsnittliga sysselsättningsgraden 85,5 procent. För läkare med specialistkompetens är sysselsättningsgraden 85,9 procent och 95,7 för läkare utan specialistkompetens. Undersköterskor arbetar i genomsnitt 80,7 procent av en heltid (SKR 2022b).

Vi har även analyserat sysselsättningsgraden sammantaget för alla barnmorskor vid de tio klinikerna som ingår i studien. Det var endast 36 procent av de 360 barnmorskorna som arbetade heltid. Vanligast var att arbeta 80–89 procent av en heltid, följt av 70–79 procent. Fyra av fem barnmorskor arbetade mer än 70 procent av en heltid (figur 27).

Figur 27. Fördelning av sysselsättningsgraden hos 360 barnmorskor vid 9 av klinikerna i studien.



6.2.1 Deltidsarbete för att få bättre balans mellan yrke och privatliv

Anledningen till att barnmorskorna arbetar deltid varierar. Vissa är partiellt föräldralediga med barn under åtta års ålder. På alla kliniker finns även barnmorskor som är delvis tjänstlediga för att få bättre återhämtning och balans mellan yrkes- och privatliv. De flesta klinikerna erbjuder tjänstledighet under terminerna men kräver arbete på heltid under sommaren för att klara bemanningen.

Flera av intervjupersonerna upplever att de är tvungna att erbjuda tjänstledighet för att kunna behålla barnmorskorna. Bemanningsläget medför att klinikerna är beroende av alla barnmorskor som de kan få, även de som inte arbetar heltid. Samtidigt är det inte optimalt för verksamheten att en stor andel arbetar deltid.

6.2.2 Ökad sysselsättningsgrad kan enbart delvis förbättra bemanningssituationen

En ökad sysselsättningsgrad beskrivs generellt som en förutsättning för att få en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Vi har undersökt detta och ser att en ökad sysselsättningsgrad bland barnmorskorna skulle ha begränsad effekt för många av klinikerna.

Som vi beskrivit tidigare är det ofta behovet av personal på helger som avgör hur många anställda som krävs för att bemanna verksamheten. Effekten av en ökad sysselsättningsgrad beror därför på hur arbetet på helgerna fördelas. Vid flera kliniker gäller att barnmorskorna arbetar lika många helgpass oavsett

sysselsättningsgrad. Det är framför allt vanligt att en barnmorska som arbetar 80 procent av en heltid förväntas arbeta i genomsnitt ett helgpass i veckan, precis som en barnmorska som arbetar heltid.

Om alla barnmorskor arbetar lika många helgpass oavsett sysselsättningsgrad har en ökad sysselsättningsgrad endast en liten effekt på bemanningsgapet, eftersom det inte leder till ytterligare kapacitet vid de tillfällen när behovet är som störst. Detta är ett viktigt resultat för att förstå förutsättningarna för en ökad kompetensförsörjning inom förlossningsvården.

6.3 Förutsättningar för ett gott ledarskap saknas

Ledarskapet är viktigt för att en arbetsgivare ska vara attraktiv. Ett gott ledarskap innebär till exempel förmågan att leda utveckling, fördela arbetet och tydligt visa vilka arbetsområden som är prioriterade. SKR (2020) beskriver att ett starkt ledarskap är avgörande för att attrahera och behålla medarbetare inom välfärden. Våra intervjuer med företrädarna inkluderade frågor om chefernas förutsättningar, och svaren visar att de har en svår situation och att det saknas förutsättningar för ett gott ledarskap.

6.3.1 Hög arbetsbelastning och komplexa uppdrag för cheferna

Intervjupersonerna har alla ett chefsansvar, i intervjuerna beskriver de både sina egna och sina chefskollegors erfarenheter. Situationen för cheferna på de förlossningskliniker som ingår i vår studie framställs som svår. De har en hög arbetsbelastning, ansvar för många medarbetare och i många fall otillräckligt administrativt stöd. Mycket tid går åt till att lägga scheman och lösa akuta bemanningssituationer. Några av intervjupersonerna beskriver också att de utöver sin chefstjänst går in och arbetar kliniskt för att täcka bemanningsluckor.

Någon lyfter särskilt fram att det är en utmaning att vara chef i en dygnet-runt-verksamhet. Personalen är på plats alla dygnets timmar, men det är inte chefen. Därmed blir det svårt att ha en tät och regelbunden kontakt med alla medarbetare.

Den bild vi får av situationen på de tio klinikerna stämmer väl överens med den generella situation som beskrivs för chefer inom vård och omsorg. De har ofta komplexa uppdrag som omfattar både administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakt med medarbetare. Generellt har dessa chefer ansvar för många medarbetare, samtidigt som det är svårt att både rekrytera och behålla personal med rätt kompetens (Vård- och omsorgsanalys 2017, 2021).

Vård- och omsorgsanalys har tidigare konstaterat att regionerna behöver ge chefer bättre förutsättningar för att utöva ett gott ledarskap (Vård- och omsorgsanalys 2017, 2019, 2021). Det handlar exempelvis om att minska personalgrupperna och

skapa förbättrade stödstrukturer för att bedriva utvecklingsarbete. Några av klinikerna beskriver att de har rekryterat bemanningsassistenter eller chefsstöd som ska avlasta genom att ta över vissa administrativa moment, eller att de håller på med sådan rekrytering.

6.3.2 Cheferna ansvarar för ett stort antal medarbetare

Antalet medarbetare per chef är högt på samtliga kliniker, 25–80 stycken, med högst antal på de största klinikerna. För att minska antalet medarbetare per chef tillämpar vissa av klinikerna så kallat delat ledarskap. Det innebär att två chefer har ett delat ansvar för personalgruppen. Men även med delat ledarskap har varje chef ansvar för ett stort antal medarbetare.

Studier visar att många medarbetare per chef får negativa konsekvenser för den enskilda chefen, medarbetaren, verksamheten och organisationen (ISM 2022). Vi har tidigare beskrivit att regionerna behöver analysera läget, och vid behov minska antalet direkt underställda för chefer (Vård- och omsorgsanalys 2017).

Flera av intervjupersonerna upplever att de ansvarar för alltför många medarbetare. Några beskriver också att ledarskap och delaktighet är viktiga frågor som diskuteras i personalgruppen. Det kan exempelvis handla om behovet av att ha en närvarande chef, och förutsättningarna för att vara delaktig i och påverka förändringar.

6.4 Lite tid är avsatt för icke-kliniskt arbete

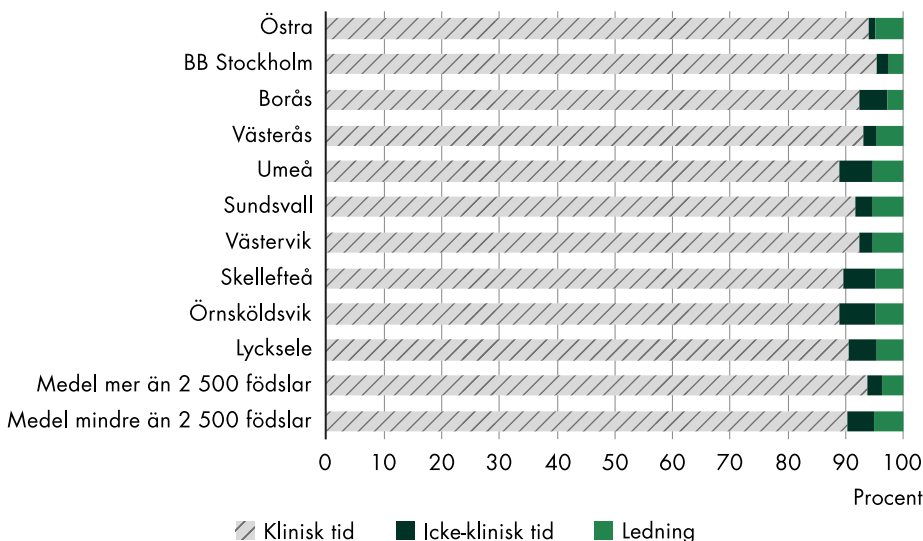
Inom förlossningsvården, och inom vården generellt, utgörs arbetstiden av både kliniskt och icke-kliniskt arbete. Vi har undersökt hur stor andel av barnmorskornas arbetstid som är avsatt för icke-kliniskt arbete, exempelvis möten och verksamhets- och kompetensutveckling. Resultaten visar att dessa aktiviteter utgör en mycket liten del av den totala arbetstiden.

6.4.1 Större kliniker har mindre tid avsatt för möten och kompetensutveckling

Definitionen av kliniskt arbete varierar, men i den här studien har vi valt att inkludera all tid som direkt relaterar till patientvård. Det omfattar arbete i förlossningssalen och men också journalföring och telefonrådgivning. I den icke-kliniska tiden räknar vi den tid som är avsatt för arbetsplatsträffar, internutbildning, studenthandledning, forskning, verksamhetsutveckling, kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, avvikelshantering, förrådshantering och läkemedelshantering.

Den totala tiden som är avsatt för icke-kliniskt arbete är relativt liten för de tio klinikerna (figur 28). De riktigt stora verksamheterna med minst 2 500 födselar per år har en något lägre andel tid för icke-kliniskt arbete, 3 procent, och 4 procent av tiden är avsatt till ledningsresurser. För de mindre klinikerna är andelarna 4 procent respektive 5 procent.

Figur 28. Andel avsatt tid för ledning och icke-kliniska aktiviteter.



Den något lägre andelen avsatt tid för ledning och icke-kliniska aktiviteter på större kliniker kan bero på att de har möjlighet att skapa stordriftsfördelar för vissa administrativa uppgifter. Generellt är det positivt med en hög andel klinisk tid. Samtidigt verkar även de större klinikerna ha fler medarbetare per chef, vilket inte är en hållbar prioritering. Det vore troligen bättre med en något lägre andel klinisk tid till förmån för en större andel ledningstid.

6.4.2 Fokus på interna utbildningsinsatser när det gäller kompetensutveckling

Kartläggningen av arbetstiden visar att klinikerna inte har avsatt så mycket tid för kompetensutveckling och utbildningsinsatser. Det framkom också i intervjuerna när vi frågade om förutsättningarna för kompetensutveckling. Svaren visar att tyngdpunkten verkar vara på korta interna utbildningsinsatser som är riktade till all personal på kliniken och som leds av personal på sjukhuset. Det kan exempelvis gälla korta utbildningsinsatser i hjärt- och lungräddning för alla i personalen, akut omhändertagande av nyfödda, eller att förebygga eller omhänderta bristningar.

Klinikerna verkar inte fokusera på extern och individuell kompetensutveckling. Flera av intervjupersonerna framhåller samtidigt att kompetensutveckling för den enskilda medarbetaren är viktigt för att behålla personal, för karriärutveckling och för att höja verksamhetens kvalitet. Några försöker tillmötesgå medarbetares önskemål om kurser eller utvecklingsarbete. Andra beskriver att det kan vara svårt att få tillräcklig tid till individuell kompetensutveckling på grund av den höga arbetsbelastningen, och menar att förutsättningarna för kompetensutveckling skulle behöva stärkas.

Under pandemin verkar utbildningsinsatserna ha minskat generellt, på grund av högre arbetsbelastning och sämre förutsättningar för fysiska utbildningar. Intervjupersonerna beskriver att de återupptagit en del av rutinerna för kompetensutveckling som fanns före pandemin.

6.5 Hälften av klinikerna upplever att de har en dålig arbetsmiljö

I en avhandling från Göteborgs universitet beskriver barnmorskor sin arbetsmiljö och rapporterar om lågt inflytande över arbetet, ett högt arbetstempo och höga känslomässiga krav, vilket i sig påverkar arbetsmiljön negativt. Studien visar att barnmorskor upplever att deras arbetssituation är stressig och tung, och att den är för ”fabrikliknande” och ”övermedikaliserad”. De anser att det saknas tydliga stödsystem och organisatoriska resurser för arbetet. Samtidigt tycker de i hög grad att arbetet är meningsfullt och variationsrikt, vilket påverkar arbetstillfredsställelsen positivt (Hansson 2021).

Omkring hälften av klinikerna som deltar i vår studie beskriver arbetsmiljön som dålig. Det kan både vara den fysiska arbetsmiljön, exempelvis lokaler som inte är anpassade för verksamheten, och den psykosociala miljön. Hög arbetsbelastning är den främsta orsaken till en dålig arbetsmiljö, enligt intervjupersonerna.

De kliniker som beskriver arbetsmiljön som god lyfter bland annat fram att det är en bra stämning i personalgruppen, men även att man har gjort insatser för att förbättra lokalerna. Någon beskriver också att arbetsbelastningen har minskat, dels genom att man tagit in bemanningspersonal som avlastning, dels som en följd av sjunkande födelsetal.

Diskussioner om arbetsmiljö bland medarbetarna handlar oftast om bemanning, enligt intervjupersonerna. Det kan handla om att ha fler barnmorskor som är schemalagda på natten eller fördelningen av arbetspassen, men även bemanningen av undersköterskor diskuteras. Andra frågor handlar om arbetsbelastningen och arbetstidsmodellen.

6.5.1 Bättre arbetsvillkor ses som det viktigaste för att minska bemanningsgapet

Intervjupersonerna beskriver olika insatser för bättre arbetsvillkor som sätt att komma tillrätta med kompetensförsörjningsproblemen och att kunna behålla barnmorskorna inom förlossningsvården.

En insats för att behålla personal och därmed öka bemanningen är att minska den höga arbetsbelastningen och den etiska stressen på klinikerna. Något som de flesta intervjupersoner beskriver som centralt är också att se över olika aspekter av arbetstidsmodellen, exempelvis olika sätt att lösa bemanningen under obekväm arbetstid. Möjliga lösningar för att öka bemanningen kan enligt intervjupersonerna vara arbetstidsförkortning vid nattarbete eller olika former av helgtjänster, eller att personalen får lägga sitt eget schema utifrån individuella förutsättningar och livssituation. Insatserna som beskrivs relaterar även till lönenivåerna och ersättningen för att arbeta obekväm arbetstid, där flera personer lyfter att ersättningen borde höjas.

Några beskriver också att rotationstjänster där personalen delar sin tjänst mellan förlossningen och mödrahälsovården eller den gynekologiska vården kan vara en strategi för att behålla personal. Samtidigt lyfter några intervjupersoner att det är viktigt att se hur barnmorskans kompetens bäst tas tillvara. Rotation mellan olika verksamheter såsom förlossning, BB och gynekologi medför att barnmorskan måste ha en mycket bred kompetens. Några ifrågasätter om det är ändamålsenligt att alla barnmorskor har den breda kompetensen, och om det inte skulle vara bättre med en högre grad av specialisering.

7 Insatser för stärkt kompetensförsörjning inom satsningen

Regionerna ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, inom ramen för regeringens satsning på kvinnors hälsa. Som komplement till vår kartläggning av bemanningen har vi även undersökt hur regionerna använt medel från satsningen för detta syfte. Analysen omfattar insatser från alla regioner i landet.

Detta är våra viktigaste resultat:

- En stor del av satsningen har varit inriktad mot att stärka kompetensförsörjningen, enligt både analysen av använda medel och regionernas genomförda insatser.
- En del av insatserna handlar om att attrahera och rekrytera barnmorskor. Det gäller främst betald utbildning till barnmorskor och stärkt introduktion till nyutexaminerade.
- Flera insatser syftar till att skapa en attraktiv arbetsplats, genom att testa nya arbetssätt och anställa andra personalkategorier som ska avlasta barnmorskorna, och genom att erbjuda ökad ersättning eller karriärvägar genom forskning.
- Klinikerna i vår bemanningsstudie upplever delvis att satsningen haft betydelse, men att det behövs en tydligare redovisning av hur medlen använts. Vissa önskar också att satsningen skulle haft ett ännu tydligare fokus på bemanning.

7.1 Bemanningsinsatser har varit ett tydligt fokus i flera regioner

I överenskommelserna inom satsningen på kvinnors hälsa står att regionerna ska genomföra insatser för att stärka kompetensförsörjningen, däribland bemanningen. Utifrån intentionen i överenskommelserna skulle det kunna innebära att arbetsmiljön på förlossningen blir bättre och förlossningsvården en mer attraktiv arbetsplats. Det skulle också kunna leda till att färre arbetsgivare uppger brist på barnmorskor eller andra centrala professioner i graviditetsvårdkedjan. Vi har analyserat regionernas redovisade insatser, och ser att andelen medel som används för bemanningsrelaterade insatser har ökat, från 56 procent 2017 till 80 procent 2022.

7.1.1 Analysen bygger på regionernas redovisning av insatser

För att få en bild av hur regionerna har arbetat med kompetensförsörjning inom ramen för satsningen har vi analyserat deras insatser. Analysen bygger på data från alla regioner, det vill säga även de som inte ingår i vår bemanningsstudie. Den är en del i kartläggningen av bemanningen inom förlossningsvården för att se vilka områden som regionerna själva upplever som prioriterade för att stärka kompetensförsörjningen. När vi kategoriserat regionernas insatser har vi skiljt mellan rena bemanningsinsatser, bemanning i kombination med utbildning och bemanning i kombination med förändrade arbetssätt.

Analysen bygger på de redovisningar av regionernas insatser som vi tillsammans med SKR inhämtat från regionerna varje år. Vi har även intervjuat regionernas kontaktpersoner för satsningen för att få mer information om hur de har arbetat. I vår rapport *Över tiden?* (rapport 2023:4) finns mer information om vårt uppdrag att följa satsningen, de olika överenskommelserna och vår metod för att samla in och analysera regionernas insatser. Där presenterar vi också resultaten av uppföljningen av överenskommelserna mellan staten och SKR om en förbättrad förlossningsvård och regionala och statliga insatser för kvinnors hälsa.

7.1.2 Omkring 80 procent av tilldelade medel gick till bemanningsinsatser

Under 2020 angav regionerna att de använt 78 procent av medlen till bemanning, och för 2021 var andelen 80 procent. Bemanning är den tredje vanligaste typen av insats i regionerna, efter verksamhetsutveckling och utbildning (Vård- och omsorgsanalys 2022). Regionerna genomförde nästan 400 insatser kopplade till bemanning under perioden 2015–2021. Ungefär 250 var rena bemanningsinsatser. Medel från satsningen användes främst till att anställa eller hyra in barnmorskor men även läkare, undersköterskor, urologer, sexologer och administrativ personal. Kontaktpersonerna för satsningen beskriver att bemanning utgör grunden för insatser på alla områden, och därmed läggs en stor del av medlen på personal. Regionerna har även genomfört andra typer av bemanningsinsatser, exempelvis kopplat till nya arbetssätt.

I intervjuerna beskriver flera kontaktpersoner att det har varit självklart att prioritera på det här viset eftersom de upplever att bemanningen är den stora utmaningen. Det har varit nödvändigt för att upprätthålla viktiga funktioner i verksamheterna och genomföra insatser inom satsningen. Vissa regioner menar samtidigt att de inte kunnat använda medlen från satsningen på bästa sätt eftersom regionen som princip inte tillsvidareanställer personal för tillfälliga medel.

7.2 Insatser för att rekrytera barnmorskor

För att kunna rekrytera och behålla personal har regionerna genomfört flera insatser som rör utbildning och kompetensutveckling. Det handlar bland annat om att anställa personal under utbildning, skapa bra förutsättningar för nyanställda och införa rotationstjänster för att öka kunskapsöverföringen. En förutsättning för kompetensutveckling och utvecklingsarbete är samtidigt att det finns personal som kan utföra det ordinarie arbetet.

7.2.1 Betald utbildning till barnmorskor och vidareutbildning är vanligt

Nästan alla regioner har under satsningen arbetat med att ge ersättning till medarbetare med grundutbildning när de går en specialistutbildning. Flera av klinikerna i vår studie har också använt medel för att bekosta utbildning.

Utbildningstjänster innebär att medarbetaren går en specialistutbildning och samtidigt behåller sin grundlön, alternativt studerar och arbetar deltid. Det kombineras ofta med ett avtal om att stanna på arbetsplatsen en viss tid efter avslutad utbildning. Vanligast är att sjuksköterskor utbildar sig till barnmorskor. I en region erbjuds även sjuksköterskor ”prova på-tjänster” för att öka intresset för barnmorskeyrket. Det finns också exempel när studielön betalas ut under grundutbildningen till sjuksköterska.

Medarbetare har även fått möjlighet att vidareutbilda sig inom sitt yrke, inom ramen för satsningen. Det kan exempelvis handla om barnmorskor som går ultraljuds-utbildning och undersköterskor som går en särskild förlossningsutbildning. Andra exempel är utbildning i neonatologi för läkare och sjuksköterskor.

Det finns vidare exempel på regioner som genomfört insatser för att förbättra kvaliteten i förlossningsvården och kunskapen om sådan vård bland studenter inom vårdyrkena. Några verksamheter har utökat sina möjligheter att ta emot barnmorske-studenter för verksamhetsförlagd utbildning. Ett annat exempel är insatser för att stärka kvaliteten på utbildningen för läkarstudenter som gör sin specialiseringstjänstgöring (ST) och för psykologer som gör sin praktiska tjänstgöring efter psykologexamen (PTP).

7.2.2 Mentorskap används i introduktionen av nya barnmorskor

Mentorskap är en strategi för att snabbare introducera nyanställda i verksamheterna. Arbetssättet innebär vanligtvis att barnmorskor som arbetat kort tid blir tilldelade en mentor, men det kan även vara en mentorsfunktion som utgörs av flera seniora barnmorskor. Ungefär hälften av regionerna har haft mentorsinsatser och ungefär 25 mentorsinsatser genomfördes 2015–2021.

De flesta insatserna berör barnmorskor inom förlossningsvården men det finns också exempel där regionerna arbetar med mentorskap inom mödrahälsovården

och neonatalvården. Några av förlossningsklinikerna i vår bemanningsstudie arbetar aktivt med mentorskap och introduktion till nya medarbetare. Flera beskriver också att det är en viktig insats för att kunna rekrytera personal.

En bättre introduktion ger de anställda en bättre arbetsmiljö och gör att arbetsplatsen blir mer attraktiv. Det kan också förbättra patientsäkerheten, exempelvis genom en ökad följsamhet till rutiner i verksamheten, och det skapar en större trygghet för familjerna. Utöver det underlättar mentorskap kompetensöverföring och generationsväxling.

7.2.3 Rotationstjänster för att öka kunskapsspridning och kontinuitet

Ungefär hälften av regionerna har arbetat med rotationstjänster inom ramen för satsningen. Vanligast är rotation mellan olika verksamheter på samma sjukhus, där samma personal exempelvis arbetar i både öppen- och slutenvården. Personal kan även rotera mellan dag- och nattpass inom samma verksamhet. I flera fall är syftet att kunna rekrytera och behålla personal. Regionerna beskriver även att rotation och samarbete mellan yrkeskategorier och avdelningar kan minska personalbehovet.

Ett skäl är att rotationen underlättar kunskapsdelning i organisationen. Rotations-tjänster kan också skapa förutsättningar för att utöka verksamheten. En region anställer och utbildar exempelvis flera barnmorskor för att kunna rotera till ultraljudsmottagningen, med ambitionen att införa tidigt ultraljud för alla gravida.

En annan effekt av rotation kan vara ökad kontinuitet i graviditetsvårdkedjan, något som kan vara särskilt viktigt för kvinnor med förlossningsrädsla. När samma barnmorskor möter kvinnan genom vårdkedjan ökar kvaliteten på både bedömningar och behandlingar, enligt en region som arbetat med en sådan insats.

En region utreder hur rotationstjänster kan vara utformade för att schemat ska passa båda verksamheterna som medarbetaren roterar mellan. En enkät har skickats ut till samtliga barnmorskor i en region för att inventera intresset, undersöka vad som krävs för att införa en hållbar rotation och få en bild av vilka effekter som kan uppnås genom arbetssättet.

Satsningens kontaktpersoner ser också positivt på att personalen kan rotera mellan olika verksamheter samtidigt som flera också upplever utmaningar med arbetssättet. Det kan vara svårt att motivera anställda som vanligtvis arbetar vardagar, att vissa veckor arbeta kvällar och nätter på förlossningen. Att behöva byta kollegor kan också innebära en stressfaktor, framför allt på större sjukhus med en större personalgrupp. Avtalsmässiga hinder kan även stå i vägen. En region har tagit fram en administrativ roll för att underlätta arbetsrotation. Socialstyrelsen (2022a) beskriver också att rotation mellan verksamheter kan skapa oro och en känsla av att vara rotlös, och i förlängningen leda till att erfarna och seniora förlossningsbarnmorskor lämnar förlossningsvården.

7.3 Insatser för att vara en attraktiv arbetsplats

En viktig del i kompetensförsörjningen är förmågan att rekrytera och behålla personal. Det påverkas av faktorer såsom arbetsvillkor, arbetsmiljö och karriärvägar. Regionerna har också genomfört insatser för att vara mer attraktiva arbetsgivare, bland annat högre ersättning och bättre möjligheter till forskning, men även nya arbetssätt.

7.3.1 Barnmorskor får extra ersättningar för att arbeta mer

Ungefär en tredjedel av regionerna betalar extra ersättning till barnmorskor för att motivera dem att stanna på en arbetsplats eller arbeta mer. Strategin används framför allt för att kunna hålla öppet under semesterperioder, men ibland även för att överhuvudtaget kunna hålla en förlossningsklinik öppen. Ökat tillägg för obekvämt arbetstid har även införts i ett par regioner. Vidare förekommer riktade lönesatser för att behålla särskilt kompetenta medarbetare. I en region har grundlönen för barnmorskor höjts genom ett generellt löneavtal för bristyrken inom dygnet-runt-vård.

7.3.2 Ökad närhet till forskning för att skapa en attraktiv arbetsplats

Ett av målen med satsningen är att det ska finnas goda förutsättningar för forskning. En koppling till forskning gör arbetet mer attraktivt, enligt ett par regioner. Man kan exempelvis erbjuda forskningstid eller ha regelbundna tillfällen för att gå igenom aktuell forskning tillsammans på förlossningskliniken.

Ett tjugotal insatser hade anknytning till forskning under perioden 2015–2021. Det omfattar bland annat rekrytering av specialister och forskningssjuksköterskor, och insamling av forskningsmaterial. Forskningsprojekten handlar exempelvis om preeklampsi, neonatal hemsjukvård, "caseload midwifery", smärta, psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning, amning och eftervård samt utrotning av livmoderhalscancer.

7.3.3 Andra yrkeskategorier ska avlasta förlossningspersonalen

Regionerna anställer ytterligare yrkesgrupper i syfte att omfördela arbetsuppgifter som inte kräver medicinsk kompetens, och därmed avlasta förlossningspersonalen. Flera regioner har tillsatt administrativa tjänster och vårdnära servicetjänster, såsom servicevärdinnor. Man anställer och utbildar även fler undersköterskor som ska ta över arbetsuppgifter från barnmorskor där det är möjligt. Det kan även möjliggöra för barnmorskor att gå utbildningar. Uppgiftsväxling förekommer också inom mödrahälsovården och neonatalvården.

Nästan alla regioner har genomfört den här typen av insatser under satsningen. Åtta regioner arbetade med ungefär 30 insatser under 2020–2021. Lika många insatser pågick i regionerna tidigare under satsningen men har nu avslutats.

7.3.4 Caseload skapar god arbetsmiljö för barnmorskan och trygghet för kvinnan

Arbetssättet *caseload* är en form av sammanhållen vårdkedja som innebär att den gravida kvinnan har kontakt med samma team av barnmorskor före, under och efter förlossningen (Vårdförbundet 2019). I Sverige förekommer arbetssättet i lokalt modifierade modeller, bland annat i Stockholm, Uppsala, Västernorrland, Skåne och Västra Götaland. Det kan exempelvis vara projekt med barnmorskekontinuitet för födande med särskilda behov till följd av språkliga eller kulturella barriärer (Socialstyrelsen 2022a). Arbetssättet är i dag ett permanent arbetssätt på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och ska införas i resten av Region Stockholm.

Ofta är arbetssättet inriktat på kvinnor med förlossningsrädsla, psykisk ohälsa eller annan sårbarhet som kan ha stor nytta av en sammanhållen vårdkedja (Beake m.fl. 2013; Hildingsson m.fl. 2019). Arbetssättet kan minska förekomsten av kejsarsnitt, men det behövs kontrollerade studier för att avgöra i vilken grad resultaten kan överföras till en svensk kontext (Wassén m.fl. 2022). Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2022) kan vårdformen göra att fler barnmorskor arbetar kvar inom förlossningsvården. Barnmorskeförbundet menar också att patienterna gynnas i förlängningen och att arbetssättet har potential att möta förväntningarna på ökad valfrihet och individualisering inom förlossningsvården. Vårdförbundet (2021) önskar att fler regioner inför arbetssättet.

Förutsättningarna kan däremot variera över landet. Modellen infördes i Sollefteå under namnet *Barnmorska hela vägen* under 2017 men avslutades eftersom behovet av bemanning under hela dygnet och långa resor gjorde det svårt att rekrytera barnmorskor (Vårdfokus 2019). I dag finns dock möjlighet att träffa barnmorsketeamet digitalt, och därmed kan tillgängligheten till mödrahälsovård öka även i glesbygd. Arbetssättet ska nu även testas i Dalarna inom ramen för satsningen, där kvinnan kan träffa teamet fysiskt, digitalt eller på båda sätten (Region Dalarna 2022).

7.4 Satsningen upplevs ha effekt men fler insatser kunde gjorts

I intervjuerna med företrädare för förlossningsklinikerna frågade vi om satsningen och dess effekter. Den generella uppfattningen är att satsningen har haft en positiv effekt på bemanningssituationen, men att man i vissa fall önskar att man gjort ännu mer eller valt andra insatser.

Företrädarna upplever att det behövs en bättre insyn i hur medlen fördelats och exakt vad de använts till. De kan inte avgöra om förlossningsvården fått ett tillskott eller om medlen blivit en del av den generella budgeten för hela sjukvården. Några lyfter specifikt att de inte fått anställa personal för tillfälliga medel, vilket de upplever som negativt. En del av företrädarna önskar att satsningen varit mer inriktad mot att minska arbetsbelastningen och finna en bra arbetstidsmodell för barnmorskor.

Klinikföreträdarna beskriver att satsningen bidragit till bättre förutsättningar för att behålla personal genom att klinikerna exempelvis kunnat erbjuda kurser och kompetensutveckling. Satsningen har även skapat möjligheter att driva projekt och verksamhetsutveckling utifrån personalens intresseområden, vilket bidragit till ett engagemang hos medarbetarna. Några kliniker har använt medel för att anställa barnmorskor, vilket de upplever tydligt har medfört en bättre arbetsmiljö och lägre arbetsbelastning. En del kliniker har även bekostat barnmorskeutbildning för sjuksköterskor med medel från satsningen, vilket de upplever har varit framgångsrikt.

Flera av företrädarna har svårt att svara på hur situationen hade varit utan satsningen, men tror att läget hade varit sämre och klinikerna haft svårt att få ihop schemat. Några beskriver att satsningen bidragit till en positiv spiral med ökat engagemang och bättre förutsättningar för att behålla och rekrytera personal. Utan satsningen hade de i stället kunnat få en tydlig negativ spiral där bemannings-situationen successivt förvärrats.

8 Slutsatser och rekommendationer

Insatser för att stärka kompetensförsörjningen har varit ett prioriterat område inom satsningen, men trots det har barnmorskorna ofta en svår arbetssituation. Ett skäl är att det saknas lugnare perioder eftersom förlossningar är jämnt fördelade över året och dygnets timmar. Förlossningsklinikerna i vår studie klarar precis sin bemanning under terminerna.

Barnmorskorna arbetar en stor andel obekväm arbetstid, arbetsbelastningen är ofta hög under arbetspassen och det finns en stor risk för negativa spiraler där det blir svårare att hitta bemanning. En stor andel av barnmorskorna arbetar deltid för att få tillräckligt med återhämtning mellan arbetspassen.

Vi ser att både regeringen och regionerna behöver genomföra ytterligare insatser för att få en tillräcklig kompetensförsörjning inom förlossningsvården.

8.1 Bemanningsläget utmanas av ett jämnt patientinflöde

Nationell statistik visar tydligt att arbetsbelastningen på en förlossningsklinik är jämnt fördelad över året, mellan veckodagar och tider på dygnet. Förlossningsklinikerna behöver därför säkerställa en jämn kapacitet även under helger och nätter. Det skapar utmaningar för bemanningen eftersom det är svårt att rekrytera och behålla personal när en stor andel av arbetstiden är förlagd utanför normala kontorstider.

Samtidigt som förlossningarna fördelar sig jämnt sett över tid är den exakta tidpunkten för spontana förlossningar svår att förutse, och antalet förlossningar på en förlossningsklinik kan mer än fördubblas från ett dygn till ett annat (SKR 2021). Eftersom bemanning planeras på längre sikt och antalet förlossningar varierar på kort sikt är det svårt att ha tillräcklig bemanning vid varje tillfälle. Det går inte att förutse behovet under varje arbetspass, så i stor utsträckning är det oundvikligt med både över- och underkapacitet.

Det finns andra dygnet-runt-verksamheter inom vården, men de har generellt större möjligheter att anpassa bemanningen och verksamhetens innehåll. Exempelvis går det att minska antalet planerade operationer under sommaren när personalen har semester. Många vårdavdelningar kan minska bemanningen under natten eftersom de flesta aktiviteter sker dagtid och många patienter sover under nätterna. Vid akutmottagningar kan bemanningen anpassas till variationerna i sökmönstret – det är färre som söker akut vård nattetid, till exempel. Inom förlossningen är sådana planeringsmöjligheter betydligt mindre.

8.2 Det är svårast att klara bemanningen på sommaren

Vår studie visar att de flesta förlossningsklinikerna klarar bemanningen under terminerna även om det saknas marginaler. De har dock stora svårigheter att klara bemanningen under sommaren, och i vissa fall också på helgerna under terminerna. Vi ser att klinikerna minskar sin kapacitet under både helger och sommarmånader för att klara bemanningssituationen. Det är en rimlig hypotes att en del av neddragningen beror på svårigheter med att bemanna på ett hållbart sätt.

Neddragningarna av verksamheten kan innebära att färre barnmorskor är i tjänst, men också att mottagningsverksamheter såsom ultraljudsmottagningar och auroraverksamhet stängs ner. Då minskar det totala behovet av personal, och klinikerna kan omfördela personal mellan olika verksamheter. Sammantaget blir neddragningarna en förutsättning för att barnmorskorna ska kunna ta sin lagstadgade semester. Klinikerna i vår studie har olika möjligheter att minska kapaciteten, beroende på hur de har organiserat arbetet. Om specialistmödravården inte är en del av förlossningsvården är det exempelvis svårare att omfördela personal mellan dessa verksamheter.

Statistiken visar samtidigt att förlossningarna är ungefär lika många under sommarmånaderna som resten av året, eller till och med något fler. Produktionen är alltså densamma, trots att personalen minskar på grund av semesteruttag. Det medför att den kvarvarande personalen riskerar att få allt för hög arbetsbelastning, och det kan leda till både patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker. Neddragning av verksamheten påverkar också vårdens tillgänglighet och i förlängningen därmed förutsättningarna för en jämlik vård, eftersom gravida och födande kvinnor har sämre tillgång till de verksamheter som stängs ner under sommarmånaderna.

8.3 Lägre produktivitet kan relatera till bättre arbetsmiljö

Det är stor skillnad i antalet förlossningar vid de kliniker som ingår i vår studie. De två minsta förlossningsklinikerna, Lycksele och Örnsköldsvik, har i genomsnitt

0,7 respektive 1,5 förlossningar per dygn. Det kan jämföras med de största, BB Stockholm och Östra sjukhuset, med 11,2 respektive 25,6 förlossningar per dygn. Klinikens storlek verkar ha stor betydelse för produktiviteten. De mindre förlossningsklinikerna har färre förlossningar per arbetad timme jämfört med de större, vilket innebär att vården blir dyrare.

Det är svårt att öka produktiviteten vid de mindre klinikerna, för kliniken måste vara öppen dygnet runt och ha en viss grundbemanning, även om det finns arbetspass utan några förlossningar alls. En mindre klinik har därmed sämre förutsättningar för att bemanna på ett effektivt sätt och utifrån en optimal produktivetsnivå.

Samtidigt tyder våra resultat på att arbetsmiljön är bättre på de mindre klinikerna än på de större. Det lägre patientinflödet är visserligen negativt ur ett produktivetsperspektiv, men arbetsbelastningen varierar mellan arbetspassen och det finns lugna perioder i större utsträckning. Dessa kliniker har inte heller lika hög personalomsättning, vilket skapar bättre förutsättningar för stabilitet i personalgruppen. Dessutom har man något färre medarbetare per chef, även om antalet fortfarande är högt. Cheferna beskriver också i något högre utsträckning att medarbetarna är nöjda med sitt schema och att det finns möjlighet till återhämtning mellan arbetspassen.

8.4 Arbetssituationen påverkar möjligheten att behålla personal

En stor andel obekväm arbetstid i kombination med en bitvis hög arbetsbelastning minskar yrkets attraktivitet och bidrar till svårigheter att rekrytera och behålla personal.

Förlossningsklinikernas ansträngda bemanningssituation innebär att personalen får hög arbetsbelastning, dels för att vissa pass är underbemannade, dels för att man ofta behöver arbeta övertid för att täcka bemanningsluckor. Våra resultat visar att en stor andel av barnmorskorna arbetar deltid för att kunna få tillräckligt med återhämtning.

Företrädarna för förlossningsklinikerna relaterar även många av bemanningsproblemen till fördelningen av arbetstiden och att ersättningen till barnmorskorna för obekväm arbetstid upplevs vara för låg.

Vår kartläggning visar också att lite tid avsätts för kompetensutveckling och att varje chef har ansvar för ett stort antal medarbetare. Det kan göra det ännu svårare för klinikerna att behålla personal.

8.5 Trots insatser är bemanningsläget fortfarande svårt

Bemanningsproblemen inom förlossningsvården är inget nytt, och barnmorskebristen är ett skäl till att satsningen på kvinnors hälsa inleddes (Vård- och omsorgsanalys 2023). En stor del av medlen från satsningen har också använts till att stärka kompetensförsörjningen – både för att rent konkret anställa personal eller anlita bemanningspersonal, och för att förbättra arbetsmiljön och bli en mer attraktiv arbetsgivare. Vi kan också se att antalet sysselsatta barnmorskor har ökat, från cirka 7 700 stycken 2010 till 8 700 barnmorskor 2020.

Trots detta visar våra resultat att bemanningen inom förlossningsvården fortfarande är ett problem. En anledning kan vara behovet av en ökad grundbemanning, på grund av bland annat större vårdbehov och fler inductioner. Det kan också finnas andra orsaker, exempelvis att insatserna genomförs i för låg utsträckning, att de inte är tillräckligt effektiva eller att de är inriktade på fel områden.

Vår uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa visar att regionerna i regel inte gör någon behovsanalys eller systematisk uppföljning av insatserna, och att det är svårt att uttala sig om insatsernas effekter. Vi kan också konstatera att vissa insatser som ska göra kliniken till en mer attraktiv arbetsplats leder till minskad produktivitet och därmed ett ökat bemanningsbehov, till exempel modellen "en barnmorska per födande". Vi menar att det är viktigt att utreda och följa konsekvenserna av den typen av insatser.

8.6 Rekommendationer

Kompetensförsörjningen inom graviditetsvårdkedjan har länge varit en prioriterad fråga. Det pågår och har genomförts insatser för att skapa bättre förutsättningar, inte minst inom ramen för satsningen på kvinnors hälsa. Vår studie visar samtidigt ett behov av ytterligare arbete för att förbättra arbetsmiljön och utveckla attraktiva arbetsplatser för barnmorskor i förlossningsvården. Det är tydligt att arbetet med kompetensförsörjning inom förlossningsvården måste ske både på den nationella, regionala och lokala nivån. Vi har identifierat fyra områden där det behövs insatser för att stärka förutsättningarna för kompetensförsörjningen.

Vi lämnar följande rekommendationer:

► **Regionerna behöver följa upp och utvärdera arbetstidsmodellernas ändamålsenlighet.**

Våra resultat pekar på att arbetstidsmodellerna som används inom förlossningsvården har stor inverkan på förutsättningarna för en tillräcklig bemanning. Det handlar inte minst om den stora andelen obekväm arbetstid

och ersättningen som barnmorskorna får för det. Arbetstidsmodellen behöver vara anpassad till den aktuella verksamhetens behov och bemanningssituation, och till medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö. Det är viktigt att varje region och verksamhet noggrant följer upp och utvärderar sin arbetstidsmodell för att se hur den fungerar och om något behöver förändras. I det arbetet är det viktigt att se till de specifika förutsättningarna som finns inom förlossningsvården, med ett jämnt patientinflöde över dygnet och veckan som inte gör det möjligt att minska bemanningen under oönskad arbetstid.

Som ett komplement till översynen av arbetstidsmodellen kan det också vara relevant att se över förutsättningarna för rotation samt undersöka hur ett system med rotation mellan verksamheter kan utvecklas. Rotation mellan förlossning och mottagningsverksamhet kan vara ett sätt att minska andelen arbete på oönskad arbetstid utan att behöva minska kapaciteten under delar av dygnet eller veckan. Det kan exempelvis handla om att barnmorskorna i större utsträckning varvar arbete på BB och förlossning med arbete på gynekologisk mottagning eller inom mödrahälsövården där arbetet främst är förlagt till dagtid. Samtidigt är kunskapen om hur rotationstjänstgöring påverkar arbetsmiljön, verksamheten och patientsäkerheten förhållandevis låg. Därmed finns ett behov av att följa och utvärdera initiativ kring rotationstjänstgöring systematiskt.

Rotation ställer också vissa krav på organisation och avtal. Roterande barnmorskor behöver kunskap och erfarenhet inom flera olika arbetsmoment, och det är viktigt att säkerställa att medarbetarna har tillräcklig kompetens och känner sig trygga med att arbeta i de aktuella verksamheterna. Inte minst behövs tillräckligt stöd till nyanställda och nyutexaminerade barnmorskor. Det kan säkerställas genom att erbjuda mentorskap och klinisk handledning, och genom en strukturerad introduktion innan den enskilda barnmorskan börjar rotationstjänstgöringen. Det är också viktigt att rotation baseras på frivillighet för att inte riskera att erfarna barnmorskor slutar om de upplever rotationen som negativ, exempelvis på grund av ökad oönskad arbetstid eller frekvent byte av kollegor.

► **Regionerna behöver ge barnmorskorna bättre möjligheter till kompetensutveckling.**

För att behålla personal och få en fungerande kompetensförsörjning behövs bättre möjligheter till utveckling av både personalen och verksamheten. Kompetensutveckling bidrar till att verksamheten utvecklas och kan även ha ett egenvärde genom att medarbetaren blir mer engagerad i arbetet och arbetsplatsen.

Regionerna behöver avsätta tillräckligt med tid för kompetens- och verksamhetsutveckling och se till att alla i personalen har möjlighet att utvecklas

i sin yrkesroll. Det kan innebära att erbjuda kompetensutveckling eller möjlighet till forskning. Samtidigt är det viktigt att kompetensutvecklingen tar hänsyn till både verksamhetens och medarbetarens behov och att medarbetarens nya kompetens tas till vara.

► **Regionerna behöver stärka ledarskapet i förlossningsvården.**

Ett gott ledarskap är viktigt för att kunna rekrytera och behålla medarbetare inom förlossningsvården. Verksamheternas ledare behöver till exempel förmåga att leda utveckling, fördela arbetet och tydligt visa vilka arbetsområden som är prioriterade. Som en del i arbetet med att säkerställa en god arbetsmiljö behöver regionerna även ge cheferna inom förlossningsvården bättre förutsättningar för att utöva ett gott ledarskap.

Vi kan konstatera att cheferna inom förlossningsvården har ett komplext uppdrag som omfattar både administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakt med medarbetare. Vissa av cheferna arbetar även kliniskt för att täcka bemanningsbehov. Samtidigt har cheferna ansvar för många medarbetare. En viktig del är att se över, och vid behov minska, antalet medarbetare per chef.

En annan del är att chefer har tillgång till stödstrukturer och att ledarskapsfrågan är prioriterad inom organisationen. Det kan exempelvis handla om stödstrukturer för HR, bemanning, ekonomi, utvecklingsarbete och strategiskt och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling. Brist på stödstrukturer begränsar chefernas möjligheter att vara närvarande i verksamheten, skapa en god arbetsmiljö och uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning.

► **Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utveckla nationell statistik så att barnmorsketätheten går att följa.**

Det går inte att följa antalet barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården, varken i nationell statistik eller i sammanställd information från regionerna. Det saknas även information om säsongsvariationer eller regional variation i tillgången till barnmorskor. Befintlig statistik ger inte heller möjlighet att särskilja tillgången till barnmorskor i olika delar av vårdkedjan. För att kunna följa upp jämlikhet och kvalitet inom vården finns ett behov av att öka tillgången till statistik över personal i graviditetsvårdkedjan. I dag finns till exempel ingen nationell statistik som gör det möjligt att följa personaltätheten inom förlossnings- eller eftervården. Vi har tidigare konstaterat att bristen på statistik försvårar en strategisk styrning, och under satsningen på kvinnors hälsa har statistikbristen gjort det svårt att få en gemensam bild av läget.

I dag har Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa bedömningar av tillgång till och efterfrågan på barnmorskor inom ramen för det nationella planeringsstödet. En del i det arbetet skulle kunna vara att fördjupa statistiken om antalet barnmorskor.

Socialstyrelsen har också, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet, i uppdrag att ta fram förslag på sätt att säkra framtidens kompetensförsörjning av barnmorskor. I uppdraget ingår att redovisa hur många barnmorskor som finns att tillgå i hälso- och sjukvården och vilka verksamheter de arbetar inom på regional nivå. Vi ser att det är ett viktigt steg för att få en tydligare bild av hur barnmorskornas kompetens används i vården i dag och vilket behov som finns inom olika delar av vården. Den typen av statistik behövs för strategisk styrning och för att tydliggöra hur barnmorskornas kompetens används.

Vi har tidigare rekommenderat att det nationella planeringsstödet och regionerna bör föra in ett tydligare behovs- och efterfrågeperspektiv i sina prognoser, bland annat genom att ta hänsyn till hur förändrade vårdbehov och utvecklade arbetssätt kan påverka efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2018). Prognoserna för hälso- och sjukvårdens kompetensbehov skulle behöva kompletteras med scenarier som beskriver kompetensbehovet utifrån nationella mål, och de skulle exempelvis kunna relatera till arbetssättet en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning.

Referenser

- af Ugglas B., Djärv T., Ljungman P.L.S., Holzmann M.J. (2021). Emergency department crowding associated with increased 30-day mortality: a cohort study in Stockholm Region, Sweden, 2012 to 2016. *JACEP Open*. 2020; 1:1312–1319. <https://doi.org/10.1002/emp2.12243>.
- Beake S., Acosta L., Cooke P., McCourt C. (2013). Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences. *Midwifery*. 2013 Aug;29(8):996-1002. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.003. Epub 2013 Feb 15. PMID: 23415359.
- Dagens Medicin (2022). *Förlossningen i Lycksele tvingas hålla stängt: Finns ingen gynekolog*. Publicerad 2022-12-15. <https://www.dagensmedicin.se/vardensstyrning/patientsakerhet/forlossningen-i-lycksele-tvingas-halla-stangt-fanns-ingen-gynekolog/> [Hämtat 2023-02-07].
- Dagens Medicin (2023). *Förlossningen i Lycksele stängd på obestämd tid*. Publicerad 2023-01-10. <https://www.dagensmedicin.se/vardensstyrning/patientsakerhet/forlossningen-i-lycksele-stangd-pa-obestamd-tid/> [Hämtat 2023-02-07].
- Försäkringskassan (2022). Antal startade sjukfall per 1000 förvärvsarbetande i yrket och medel antal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande i yrket, 2021.
- Graviditetsregistret (2023a). Graviditetsregistrets statistik. Graviditetsenkät 2. <https://www.medscinet.com/gr/resultat.aspx> [Hämtat 2023-01-30].
- Graviditetsregistret (2023b). Graviditetsregistrets statistik. Dashboards. <https://www.medscinet.com/gr/resultat.aspx> [Hämtat 2023-01-30].
- Hansson M. (2021). *A meaningful work in a strained context – exploring midwives' work situation and professional role*. Sahlgrenska Academy. Göteborgs universitet.
- Hildingsson I., Karlström A., Rubertsson C., Haines H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth-birth outcome and experience of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2019;21:33-38.
- ISM – Institutet för stressmedicin (2022). *Betydelsen av antalet medarbetare per chef. En kunskapssammanställning. Del I och II*. Västra Götalandsregionen. Hälsan och stressmedicin.
- Konjunkturinstitutet (2017). *Effekter av deltidsarbete på samhällsekonomin och de offentliga finanserna*. Specialstudier. Nr. 55. April 2017.

- Läkartidningen (2023). *Glädje på Lycksele lasarett efter politikernas beslut om förlossning*. Publicerad 2023-01-18. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/gladje-pa-lycksele-lasarett-efter-politikernas-beslut-om-forlossning/> [Hämtat 2023-02-07].
- Prop. 2014/15:100. *2015 års ekonomiska vårproposition*.
- Region Dalarna (2022). *Region Dalarna satsar på nytt projekt för förlossningsrädda*. <https://www.regiondalarna.se/press/nyheter-och-pressmeddelanden/region-dalarna-satsar-pa-nytt-projekt-for-forlossningsradda/> [Hämtat 2023-03-14].
- Region Västerbotten (2023). *Läget kring förlossningen vid Lycksele lasarett*. Publicerad 2023-01-10. <https://www.regionvasterbotten.se/laget-kring-forlossningen-vid-lycksele-lasarett> [Hämtat 2023-02-07].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021). *Störst brist på nyutexaminerade, 2021*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern/pong/tabell-och-diagram/storst-brist-pa-nyutexaminerade/> [Hämtat 2023-01-30].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2022). *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2022*.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2023a). *Lägsta antalet födda på 17 år*. Statistiknyhet från SCB. Publicerad 2023-02-22.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2023b). *Födda efter kön, månad och år*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101G/ManadFoddDod/table/tableViewLayout1/ [Hämtat 2023-03-20].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Möt kompetensutmaningen. Rekryteringsrapport 2020 i kortversion*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Att möta vårdbehov som varierar över tid. I vården under och efter graviditet*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022b). *Tabeller Regionanställd personal 2021. Tabell 4A. Antal anställningar och faktiska årsarbetare efter personalgrupp*.
- Socialdepartementet (2021). *Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Diarienummer S2022/03074.
- Socialstyrelsen (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Rapport december 2015*. Artikelnummer 2015-12-11.
- Socialstyrelsen (2021). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2021*. Artikelnummer 2021-2-7200.
- Socialstyrelsen (2022a). *Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys. Slutrapport november 2022*. Artikelnummer 2022-11-8245.

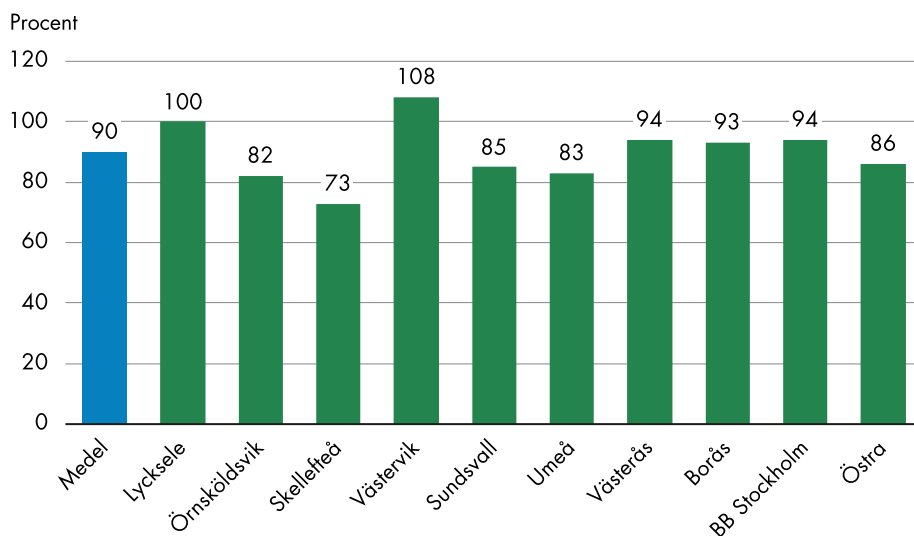
- Socialstyrelsen (2022b). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. Nationella planeringsstödet 2022. Artikelnummer 2022-2-7759.
- Socialstyrelsen (2023). Statistikdatabas. Hälso- och sjukvårdspersonal – sysselsatta. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/> [Hämtat 2023-02-02].
- Svenska Barnmorskeförbundet (2022). *Debatt: Ny modell kan lösa förlossningskrisen*. <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/debatt-ny-modell-kan-losa-forlossningskrisen/> [Hämtat 2023-02-02].
- Vårdfokus (2019). *För få barnmorskor. "Barnmorska hela vägen" läggs ner*. <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/barnmorska/for-fa-barnmorskor-barnmorska-hela-vagen-laggs-ner/> [Hämtat 2023-03-14].
- Vårdförbundet (2019). *Vårdförbundet tecknar avtal för "samma barnmorskahela vägen"*. <https://www.vardforbundet.se/sidor-for/barnmorska/caseload/> [Hämtat 2020-08-11].
- Vårdförbundet (2021). *Vårdförbundets lösningar för en bättre arbetssituation för barnmorskor*. <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/vardforbundets-losningar-for-en-battre-arbetssituation-for-barnmorskor/> [Hämtat 2023-01-30].
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Visa vägen i vården. Ledarskap för stärkt utvecklingskraft*. Rapport 2017:7.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2019). *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*. Rapport 2019:3.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Förlösande för kvinnohälsan? – En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*. Rapport 2020:11.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*. Rapport 2021:3.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022). *Förlossningsvården och kvinnors hälsa. Sammanställning av regionala och statliga insatser 2015–2021*. PM 2022:1.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023). *Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa*. Rapport 2023:4.

Wassén L., Borgström Bolmsjö B., Eriksson M., Frantz S., Hagman A., Lindroth M., Rubertsson C., Steen Carlsson K., Strandell A., Svanberg T., Wessberg A., Wallerstedt S.M. (2022). *Nytta och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapartal, and postnatal care]*. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022. HTA 2022:S1.

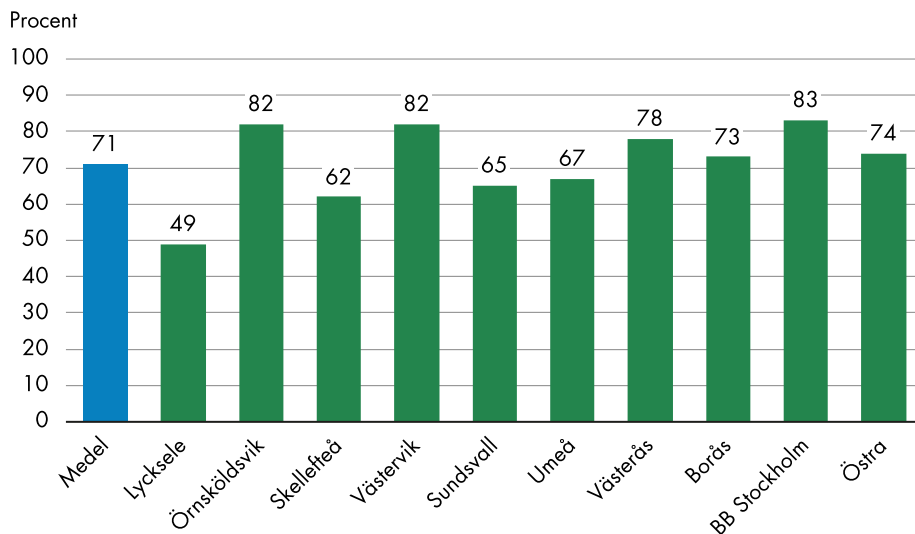
Bilaga 1 – Kompletterande resultat

Den här bilagan innehåller ett antal kompletterande resultat som visar hur stora kapacitetsneddragningar som de olika förlossningsklinikerna gör under kvällar, nätter och helger. Förutsättningarna för att minska kapaciteten påverkas av hur klinikerna är organiserade och vilken verksamhet som ingår.

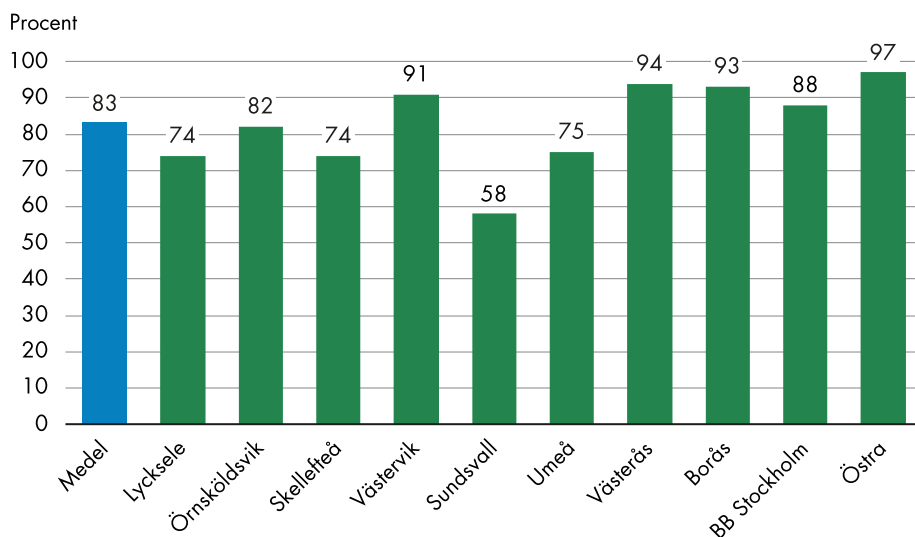
Figur 29. Kapacitet på kvällar jämfört med vardagar dagtid (förlossning, BB, förlossningens akutmottagning).



Figur 30. Kapacitet på nätter jämfört med vardagar dagtid (förlossning, BB, förlossningens akutmottagning).



Figur 31. Kapacitet på helger jämfört med vardagar dagtid (förlossning, BB, förlossningens akutmottagning).



Bilaga 2 – Genomförda intervjuer

Här listas de personer som vi har intervjuat i arbetet med rapporten (tabell 4). Intervjuerna genomfördes i oktober–december 2022 genom videosamtal.

Tabell 4. Intervjuer med företrädare för förlossningsklinikerna.

Namn	Roll	Sjukhus
Lena Hägglund	Avdelningschef Centrum för obstetrik och gynekologi	Norrlands universitetssjukhus, Umeå och Lycksele lasarett
Maria Petersson	Avdelningschef förlossnings-, BB- och gynavdelningen	Västerviks sjukhus
Erica Hagman	Enhetschef förlossnings-, BB- och gynavdelningen	Sundsvalls sjukhus
Ulrica Karlsson	Enhetschef Kvinnokliniken	Örnsköldsviks sjukhus
Eva Kylmander	Vårdenhetschef BB Enheten	Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
Ulla Strandner	Vårdenhetschef Obstetrik	Östra sjukhuset, Göteborg
Jennie Agtorn	Biträdande verksamhetschef Kvinnokliniken	Västmanlands sjukhus, Västerås
Anna Rilfors	Avdelningschef förlossnings-, BB- och gynavdelningen	Skellefteå lasarett
Britta Wernolf	Verksamhetschef Omvårdnad	BB Stockholm
Åsa Wijkström	VD/Verksamhetschef	BB Stockholm

I tid och otid

En fördjupningsstudie
av bemanningen inom förlossningsvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården. Ett övergripande mål med satsningen är att stärka kompetensförsörjningen av barnmorskor. Den här rapporten är en del av vår slutredovisning av uppdraget och är en fördjupningsstudie om bemanningen inom förlossningsvården.

Förlossningsvården kräver en konstant bemanning över dygnet vilket leder till en stor andel obekväm arbetstid och svårigheter att bemanna. Det behövs insatser för att behålla personal och strategier för att minska andelen obekväm arbetstid.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra 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.