

Patientnämndernas kansli
Västra Götalandsregionen
Rapport
2019-05-27

Kvinnors upplevelser av vården vid kvinnorelaterade sjukdomar och tillstånd

Analys av inkomna klagomål till patientnämndernas kansli
Västra Götalandsregionen 2018

Karin Nordgren, utredningssekreterare

En kontakt med patientnämnden är en möjlighet för patienter och närstående att göra sin röst hörd. Anmälarens muntliga berättelse eller skrivna historia tas emot utan att dömas, graderas eller värderas.

Det är anmälarnas berättelser och utredarnas iakttagelser som ligger till grund för den återföring som görs till politiker och vårdgivare.

Patientnämndens ärenden ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar men visar på patienters upplevelser då de inte har varit nöjda i kontakten med vården. På det viset kan deras berättelser ge en vägledning i på vilka sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov.

2019-05-27

Dokumentnamn: Kvinnors upplevelser av vården vid kvinnorelaterade sjukdomar och tillstånd

Diarienummer: PNN 2019–00055, PNG 2019–00037, PNV 2019–00037, PNS 2019–00037, PNÖ 2019–00040

Beslutad av: Anne-Kathrin Schneider, sektionschef

Kontaktperson: Karin Nordgren, patientnämndernas kansli, Västra Götalandsregionen

E-post: karin.nordgren@vgregion.se

Innehåll

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	4
Bakgrund	5
Syfte	6
Urval och metod.....	6
Resultat	6
lakttagelser.....	7
Gynekologisk undersökning	7
Missfall	8
Graviditet	9
Förlossning	11
Kirurgi.....	13
Endometrios.....	14
Analys/diskussion.....	16

Inledning

Patientnämndernas kansli tar emot synpunkter och klagomål på offentligt finansierad hälso- och sjukvård, tandvård och kommunal hälso- och sjukvård inklusive skolhälsovård i Västra Götalandsregionen.

I lag (2017:732) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården anges att patientnämnderna ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma landstinget eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården¹.

Sammanfattning

I patientnämndens rapport beskrivs iakttagelser utifrån inkomna klagomål 2018 som berör graviditet, förlossning, endometrios, missfall, kirurgi och gynekologisk undersökning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys, har till uppdrag att följa upp vissa delar av den satsning på kvinnosjukvård och kvinnors hälsa som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, genomför sedan 2015. De har 2018 tagit fram en delrapport som ska användas som stöd i det fortsatta arbetet. I rapporten framkommer bland annat att det finns utvecklingsbehov när det gäller att göra vården mer personcentrerad genom bättre bemötande, delaktighet och kontinuitet.

Detta behov bekräftas i patientnämndernas rapport och framstår i analysen som en av de främsta iakttagelserna. I berättelserna som skildrar vård under graviditet och förlossning, vid missfall och endometrios framträder tydligt det främsta problemområdet inom kommunikation. Kvinnornas upplevelse av att inte bli lyssnade på eller tagna på allvar har på olika sätt påverkat vårdförloppet eller kvinnans upplevelse av vården.

Flera kvinnor framförde önskemål om att vården i större utsträckning än vad som skedde hade behövt anpassas efter individuella behov och förutsättningar hellre än efter det som uppfattades som strikta rutiner.

Vid gynekologiska undersökningar förekom brist på förståelse och empati om kvinnor visade oro eller rädsla, också om orsaken var tidigare trauma.

Många av de klagomål som gällde kirurgi handlade om händelser och komplikationer under ingrepp eller bristande resultat efter ett ingrepp. Kvinnor framförde också klagomål på att vårdgivaren brast i informationen om och följsamhet till vårdgarantin.

¹ [Lag \(2017:372\) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården](#)

Bakgrund

Regeringen genomför sedan 2015, i överenskommelse med SKL, en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt mot kvinnor. Årligen fördelas medel till landsting och regioner för insatser inom både primärvård och specialistvård gällande vård av gravida, vård under och efter förlossning och annan vård som särskilt rör kvinnor.

Satsningen ska pågå fram till 2022 och under 2018 satsade regeringen 1,8 miljarder varav drygt 300 miljoner tillföll Västra Götalandsregionen. Det som särskilt lyfts i överenskommelsen är förbättrad arbetsmiljö, förändrade arbetssätt, förstärkt personaltäthet, tryggare vårdkedja och eftervård, neonatalvård samt kunskapsstöd och utbildning för medarbetarna². Regionerna bestämmer själva hur pengarna ska fördelas för att målen ska uppnås och inom Västra Götalandsregionen pågår flera olika projekt, med bland annat workshops med nyblivna föräldrar för att kartlägga deras upplevelser innan, under och efter graviditet och förlossning³.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har till uppdrag att följa upp vissa områden i denna satsning och kom ut med en första delrapport 2018. Deras genomgång visar bland annat att det är motiverat att utveckla vården av gravida och födande för att göra vården mer jämlik och personcentrerad genom bättre bemötande, delaktighet, samordning och kontinuitet⁴.

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Löf, rapporterar för 2018 att 19 procent av samtliga ersättningar som betalas ut gäller vårdskador inom kvinnosjukvård. Denna siffra gäller såväl nationellt som i Västra Götalandsregionen. Löf har till tillsammans med bland annat Svenska barnmorskeförbundet drivit projektet *Säker förlossning* i syfte att minska förlossningsskador på barn samt följa utvecklingen av skador på mamman⁵.

Gynekologi och mödravård handläggs både av specialistvård och primärvård. I vilken omfattning varierar inom regionen och för att säkerställa att patienter med gynekologiska besvär utreds, behandlas och följs upp på ett likvärdigt sätt i Västra Götalandsregionen har en regional riktlinje utformats⁶.

² <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/miljardsatsning-for-trygghet-fore-under-och-efter-graviditet/>

³ Västra Götalandsregionen, Insiktsmaterial: innan, under & efter graviditet, juli 2018

⁴ [Vårdanalys rapport 2018:2, I väntans tider, en delrapport om satsningen på kvinnors hälsa](#)

⁵ [Löf, projekt Säker förlossningsvård, 2007–2017](#)

⁶ [Västra Götalandsregionen, Regional medicinsk riktlinje/Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi](#)

Syfte

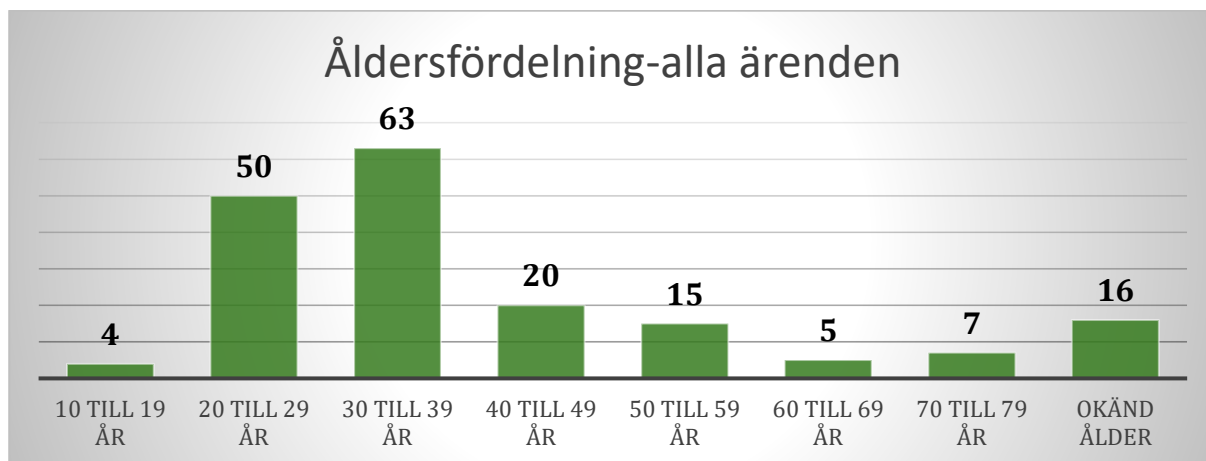
Syftet med rapporten är att utifrån inkomna klagomål till patientnämndernas kansli belysa patienters och närståendes synpunkter. Innehållet ska kunna utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens kvalitets och förbättringsarbete. Rapporten är också ett underlag och stöd för patientnämndernas och regionens övriga politiker, berörda tjänstemän och övriga intressenter.

Urval och metod

Underlaget till föreliggande rapport utgörs av klagomål, även i rapporten kallade ärenden, som inkommit under 2018 gällande all kvinnosjukvård i Västra Götalandsregionen där patientens angivna kön är kvinna. Därutöver inkluderas också ärenden som försetts med något av sökorden ”gravid”, ”endometrios” eller ”missfall”. Totalt hittades 215 ärenden. De klagomål där innehållet var relevant för ämnet och där det tydligt framgick vad klagomålet handlade om var till antalet 180 och de kategoriserades efter tillstånd eller händelse inom vården.

Flest antal ärenden handlade om graviditet, förlossning, missfall, endometrios, gynekologisk undersökning och kirurgiskt ingrepp. Dessa ärenden var till antalet 135 och är de ärenden som närmare har analyserats. Övriga klagomål innehöll bland annat synpunkter på felaktig debitering av kvinnor med annat juridiskt status än svensk medborgare, cellprovtagning, fertilitetsutredning, cancer, IVF-behandling, abort och behandling med preventivmedel. Åldersfördelning redovisas nedan för alla 180 ärenden.

Resultat



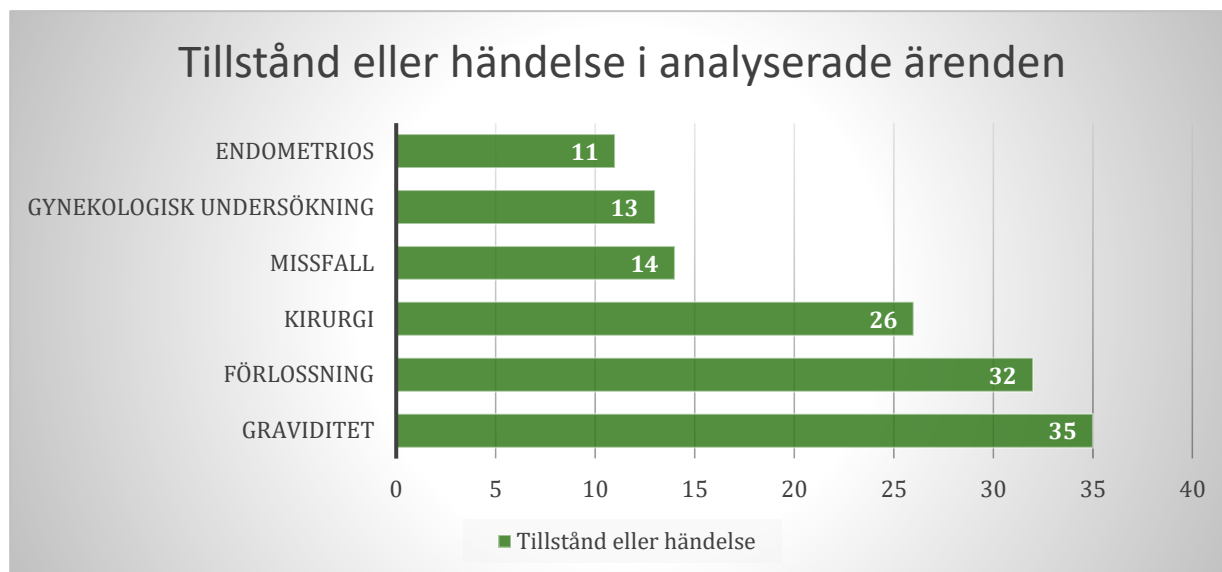
Av de 180 klagomålen gällde 141 specialistvård/sjukhusvård, 39 klagomål gällde primärvård.

I de 135 ärenden som analysen utgörs av kontaktades vårdgivaren i 54 procent vilket är en högre andel än för patientnämndens ärenden totalt.

I endast 10 av 135 klagomål, drygt 7 procent, var den som kontaktade patientnämnden någon annan än patienten. Det är en klart lägre siffra än för patientnämndens totala mängd klagomål där anmälaren i 28 procent är annan än patienten.

Orsaken till det kan vara att kvinnor inte i lika stor utsträckning pratar om denna typ av upplevelse med närstående eller att närstående, till exempel make, kan uppleva det svårt att återberätta om händelsen.

Då de allra flesta ärenden utgår ifrån kvinnans upplevelse refereras inte i rapporten till partners eller annan närståendes upplevelse av händelsen.



Iakttagelser

Gynekologisk undersökning

De flesta kvinnor genomgår gynekologisk undersökning flera gånger under sitt liv. För många kvinnor är undersökningen förknippad med negativa känslor som oro och skam och en upplevelse av att vara utlämnad. Forskning visar att kvinnor i regel är positiva till rutiner med gynekologisk undersökning men upplevelsen av situationen är ofta negativt färgad⁷. I en artikel från 2002⁷ beskrivs från tidigare studier kvinnors skildring av undersökningen bland annat så här:

”Underlivet är det mest personliga efter själen. Man blottar sig själv i en gynundersökning”

I patientnämndens ärenden som gällde upplevelse vid gynekologisk undersökning framförde kvinnorna främst klagomål på att de upplevde känslor av otrygghet. Läkaren som undersökte visade brist på empati eller förståelse om kvinnan blev orolig och rädd i samband med undersökningen. I vissa fall reagerade läkaren med irritation och bemötte då kvinnan dåligt även om orsaken till rädsla inför undersökningen var relaterad till psykisk ohälsa, tidigare trauma eller en ovana vid situationen.

⁷ B. Wijma, K. Siwe, Empowerment i gynstolen. Teori, empiri och möjligheter, 2002.

Flera kvinnor var inte förberedda och informerade om vad som skulle hända vid undersökningen och de upplevde ett dåligt bemötande när de kände rädsla och blev ledsna.

”Det fanns ingen förståelse för att det kunde vara jobbigt för patienten. Det är patientens första graviditet och patienten har aldrig varit med om något liknande innan. Patienten fick inte ens en förklaring till varför man gör ett vaginalt ultraljud.”

En kvinna upplevde det svårt att ställa och få svar på sina frågor och lämnade undersökningen utan att ha upplevt sig delaktig. I flera fall beskrev kvinnorna hur dialogen mellan dem och läkaren inleddes först när de låg i gynekologstolen.

Två kvinnor beskrev att de blev dåligt bemötta av sjuksköterska eller barnmorska i telefon då de önskade boka en kvinnlig gynekolog. Den ena kvinnan blev ombedd att söka annan vårdgivare om hon hade sådana krav, den andra blev bemött med att hennes önskemål om kvinnlig läkare berodde på att hon var från ett annat land eftersom svenska kvinnor inte brukade ha det önskemålet. Svaret från vårdgivaren visade att verksamhetens rutin är att önskemål om kvinnlig läkare ska tillgodoses om det inte gäller akut besök eller om det är en speciell kompetens som efterfrågas.

Flest klagomål på upplevelsen vid gynekologisk undersökning fanns i gruppen kvinnor mellan 20 till 29 år.

Missfall

Missfall innebär att en graviditet avbryts av sig själv fram till ungefär vecka 22. Det är en vanlig händelse, cirka 15 till 20 procent av alla graviditeter slutar med missfall och i 80 procent före vecka 13 vilket räknas som ett tidigt missfall. I många diskussionsforum på nätet finns berättelser om hur kvinnor upplever att det finns ett tabu kring missfall, det är inget man pratar om och i många berättelser upplever sig kvinnorna lämnade ensamma. Många kvinnor upplever sorg, också vid ett tidigt missfall och i en litteraturstudie beskrivs att kvinnors upplevelse av vårdpersonals förmåga att visa empati och att inte normalisera missfallet var viktigt. Kvinnor upplevde också att adekvat information efter missfallet var betydelsefullt⁸.

I de klagomål som inkommit till patientnämnden beskrivs upplevelser av bristfällig information gällande hur kvinnan ska agera vid symtom som kan tyda på missfall, vanligast blödning. Kvinnorna har fått olika besked om de ska söka på akutmottagning eller stanna i hemmet och i så fall hur länge. Flera klagomål handlade om så kallat fördröjt missfall. Det betyder att fostret är dött men stöts inte ut från livmodern av kroppen utan måste avlägsnas med hjälp av läkemedel eller operativt ingrepp. I vissa fall vet kvinnan om att fostret är dött veckor innan hon får tid för att genomgå en abort. Denna abort startar ofta med läkemedel i hemmet för att avslutas på sjukhus.

”Patienten har fått veta att fostret varit dött i några veckor och fått genomgå abort med piller samt fått inbokat uppföljningsbesök några dagar senare på mottagning. Patienten fick under natten värkar och ringde förlossningskoordinator flera gånger men denna bedömde att

⁸ J. Aronsson, O. Zuhr, Kvinnors upplevelser vid missfall, en litteraturstudie. Lunds universitet 2015

patienten inte behövde komma in. Patienten fick föda fram sitt döda foster på toaletten hemma ensam.”

Upplevelsen blev traumatisk på flera sätt för kvinnan, både då graviditeten avbröts och på det viset det skedde. I ärendet svarade vårdgivaren att en ändring skulle ske i rutinen och tiden mellan första läkemedelsbehandlingen i hemmet och avslutande behandling på sjukhus skulle förkortas.

Några kvinnor framförde klagomål på mottagande, bemötande och information i samband med missfall och en kvinna beskriver att hon inte kände sig bemött med respekt och omsorg. I klagomålen beskrivs hur kvinnorna upplevde att vårdgivaren tog lätt på en händelse som för kvinnan var ett trauma, att en önskad graviditet avbröts.

I två klagomål ansåg kvinnorna att deras missfall hade orsakats av att läkaren inte hade tillräcklig kunskap för att justera medicinering med psykofarmaka eller då behandling med nytt läkemedel skulle startas vid samtidig graviditet. I det ena fallet svarade vårdgivaren att missfallet inte kunde bekräftas bero på nyinsatt läkemedel men att det inte kunde uteslutas då läkemedlet inte var testat på gravida kvinnor.

Graviditet

I denna rapport gäller flest antal ärenden graviditet och förlossning, sammantaget 67 ärende av de analyserade 135 och händelserna ägde rum både inom primärvård och specialistvård.

I stort sett alla gravida kvinnor i Sverige skriver in sig vid mödrahälsovården där kvinnan går på regelbundna besök för medicinska kontroller och informationsamtal under graviditeten. Under kontrollerna görs ultraljudsundersökningar, undersökning av graviditetslängd och eventuell flerbörd, samt bedömning av sannolikheten för olika typer av avvikelser eller sjukdomar. I det fall det föreligger en ökad risk för kvinnan eller fostret under graviditet, remitteras kvinnan till specialistmödravården.

”Patienten uppfattade att anledningen till felbedömningen var hennes graviditet och de akuta somatiska besvär hon drabbades av hänfördes av en oklar anledning till graviditeten trots att dessa tillkom snabbt.”

Flera klagomål innehöll berättelser om allvarliga händelser under graviditeten där symtom som till exempel stark smärta, svullnad eller problem med andningen relaterades av sjukvårdspersonal till normala graviditetsbesvär men visade sig sedan vara annat tillstånd.

”Anmälnaren inkom redan nästa dag med ambulans, kraftigt smärtpåverkad. Anmälnaren beskriver misstroende från läkare och sjuksköterskor där det fokuseras på att hon vill ha mer smärtlindring än vad som krävs. Anmälnaren får inte gehör för sin kraftiga smärtupplevelse, hon kan inte förflytta sig på grund av smärtan men detta har personalen svårt att acceptera.”

Flera händelser har haft en allvarlig utgång med fosterdöd eller svår sjukdomsperiod hos kvinnan. Gemensamt för dessa klagomål är att kvinnan, trots vårdens försäkringar om att det inte fanns anledning till oro, har känt att symtomen kunnat tyda på något allvarligt. Flera kvinnor har sökt vård eller påtalat om sina symtom upprepade gånger. De berättade i

sina anmälningar till patientnämnden att de inte har upplevt att de har blivit tagna på allvar och ställer frågan varför. I ett par berättelser finns också beskrivet hur personal i vårdsituationer skrattat åt kvinnans oro.

Patientnämnden har fått en anmälares godkännande att med hennes egna ord beskriva sin oro under graviditeten.

”Jag hade lågt sittande moderkaka vid min graviditet. För att inte riskera komplikationer vid förlossningen så kan man bli rekommenderad planerat kejsarsnitt vilket jag aldrig blev. Trots att jag nämnde min oro vid flertalet tillfällen så togs det inte på allvar. Vid ett tillfälle t.ex. så skrattade en läkare när hon frågade varför jag grät. Min högsta önskan var att föda vanligt som jag gjorde med mitt tidigare barn, men jag var rädd att det skulle bli problem vid förlossningen så att jag skulle behöva snittas akut och därmed behöva sövas. Jag är väldigt nogg med närkontakt med barnet direkt efter födseln för att främja god amning och kontakt. Det slutade med att moderkakan lossnade under förlossningen och jag var tvungen att sövas och akutsnittas. Under operationen aspirerade jag och båda mina lungor kollapsade och jag fick läggas i respirator i 30 timmar. När jag sedan vakande hade jag dubbelsidig lunginflammation som gjorde mig mer eller mindre sängliggande i två veckor. Jag vill veta om något kunde gjorts annorlunda och varför inte min oro togs på allvar.”

I vissa ärenden har patientnämnden fått svar från vården att händelseanalys eller anmälan enligt lex Maria har gjorts, och ibland har svaret också gett information om att brister i vården har uppmärksamats och att åtgärder är vidtagna. Ett exempel på sådana åtgärder har varit utbildning av personal i ambulans gällande bedömning och överlämnande till akutmottagning. Även översyn av övervakningsutrustning har gjorts med syfte att bättre kunna skilja barnets puls från mammans. Anmälares har ibland uppgett att de, efter information om hur en anmälan av klagomål går till, själva tar kontakt med vårdgivaren eller i senare skede Inspektionen för vård och omsorg. I dessa fall har patientnämnden inte uppgift om hur klagomålet har hanterats eftersom ärendet har avslutats utan vidare handläggning.

I flera klagomål har kvinnorna upplevt att de inte blivit lyssnade på men situationen har inte förvärrats eller lett till någon komplikation. Händelserna beskriver den oro som finns över att graviditeten inte ska fortlöpa komplikationsfritt. Symtom som vården upplever som lindriga, som svårigheter att behålla maten, har skapat oro och rädsla hos de blivande föräldrarna och vårdpersonalen har inte i de situationerna lyckats ge information som skapat trygghet.

Två klagomål fanns gällande kvinnors önskan om information om hemförlossning. Vid besök på mödravården hade de inte känt sig lyssnade på när de uttryckt en önskan om information.

Hemförlossning är ovanligt i Sverige och det är endast två regioner, Stockholm och Västerbotten, som finansierar hembesök av barnmorska för hemförlossning. Kvinnor som bor i andra landsting och som önskar hemförlossning får själva boka och betala för

barnmorskor som erbjuder hemförlossningar genom privata företag⁹. Valet att föda hemma är vanligare i våra nordiska grannländer.

Kvinnor ansåg att läkare inom primärvården inte hade tillräcklig kunskap om hur läkemedel ska doseras under graviditet. Kvinnorna hade behov av information gällande de läkemedel de skulle fortsätta med under graviditeten som läkemedel vid psykisk ohälsa eller behandling med sköldkörtelhormon. De upplevde att de inte kunde få information eller fick felaktig information.

SKL kom 2018 med en rapport som kartlägger vårdkedjan före, under och efter en graviditet. Där ser man att det är goda resultat överlag men att det fortfarande finns förbättringsområden genom att till exempel skapa utrymmer för en mer individanpassad vård och utveckla vårdens sätt att förmedla information och kommunicera med patienterna⁹.

Förlossning

Det föds över 100 000 barn varje år på sjukhus i Sverige, vilket gör förlossning till en av de vanligaste orsakerna till inskrivning på sjukhus¹⁰.

I internationell jämförelse är Sverige ett av de länder med lägst mödradödlighet i världen och har också en mycket hög överlevnad bland nyfödda barn. Årligen upptäcks färre än 200 barn med allvarliga skador som uppstår under själva förlossningen, vilket är färre än två fall per 1 000 levandefödda barn⁹.

Västra Götalandsregionen har fyra förlossningskliniker: Sahlgrenska Universitetssjukhuset (10 000 förlossningar per år), Norra Älvsborgs länssjukhus (3 500), Södra Älvsborgs sjukhus (3 000) och Skaraborgs sjukhus (2 600). Klinikerna har låg andel förlossningsskador i jämförelse med övriga Sverige där till exempel förekomsten av bristning vid förlossning hos förstföderskor ligger under riksgenomsnittet¹⁰. Under 2018 har de statliga medlen bland annat använts för att ytterligare minska förekomsten av allvarliga förlossningsskador¹¹.

I de klagomål som gällde förlossningsvård framförde kvinnorna framför allt klagomål på kommunikationen under förlossningen då de upplevde att de inte blev lyssnade till. De berättar att de upplevde att personalen under förlossningen inte tog deras smärta eller oro på allvar eller på annat sätt inte gick dem till mötes i deras önskemål. Det resulterade bland annat i otillräcklig smärtlindring, upplevelse av bristande bemötande och en förlossning som präglades av otrygghet.

Flera av de ärenden som innehöll en upplevelse av vårdskada eller komplikation så som bristningar, var också en berättelse om hur kvinnans oro eller önskemål inte tagits på allvar.

⁹ Sveriges Kommuner och Landsting, Trygg hela vägen, kartläggning av vården före, under och efter graviditet

¹⁰ [SKL, Vården i siffror, Graviditet och förlossningsvård i fokus](#)

¹¹ <https://vgrfokus.se/2019/04/sa-mycket-batte-blev-forlossningsvarden-2018/>

”Jag har vid ett flertal tillfällen, både under mina förlossningar samt vid kontakt med vården efteråt, känt mig väldigt förminskad. Min upplevelse har varit att jag inte blivit lyssnad på och jag har även till viss del känt mig överkörd, trots att det är min kropp det handlar om och att jag därmed borde kunna bidra med viss information som kan vara behjälplig i vårdsituationer och bedömningar.”

Klagomål lämnades på att kvinnor sökt förlossningsavdelning med värkar och efter vattenavgång men skickades hem med läkemedel för att kunna sova och återkomma nästa dag. I dessa fall kom sedan förlossningen in i ett intensivt skede ganska snart efter återkomst till hemmet och en kvinna födde sitt barn hemma. För en kvinna innebar det transport med ambulans till sjukhus och en förlossning som blev komplicerad och traumatisk för henne. Vid kontakten med patientnämnden uppgav kvinnan att händelsen hade minskat hennes förtroende för förlossningsvården och hon kände rädsla för att bli gravid igen.

Kvinnorna upplevde i dessa ärenden att de inte hade blivit lyssnade till då de beskrev sina värkar eller om de oroade sig då de hade lång resväg till sjukhuset. En kvinna upplevde barnmorskan som nonchalant och hon fick information att förlossningen skulle ta tid eftersom det var första gången, vilket inte visade sig stämma.

I ärenden när patientnämnden skrev till vårdgivaren visade svaret att barnmorskorna hade handlat i enlighet med rådande rutiner men diskussion hade tagits upp i personalgrupp för att uppmärksamma de variationer som kan finnas i ett förlossningsförlopp och för att man i större utsträckning ska lyssna på kvinnan och göra individuella bedömningar, till exempel utifrån avståndet mellan hemmet och sjukhuset.

Flera kvinnor upplevde otrygghet under förlossningen och framförde klagomål på att barnmorskan var brysk, oförsiktig eller upplevdes slarvig. Då ankomstsamtal inte genomförts fick kvinnorna inte möjlighet att prata igenom val av smärtlindring eller andra önskemål så som önskad förlossningsställning. Det orsakade en känsla av att inte ha varit delaktig i sin förlossning eller att inte ha erhållit en tillräcklig smärtlindring.

”Kvinnan skulle förlösas och hade värkstimulerande dropp. Hon hade smärtor även mellan värkarna, men upplevde att man inte tog detta på allvar. Vid tidigare graviditet hade hon blivit förlöst med kejsarsnitt och var nu rädd att det skulle uppstå komplikationer på grund av detta. Enligt kvinnan så avfärdade man oron och fortsatte med det värkstimulerande droppet. Efter en tid så fick hon svåra smärtor och man konstaterade då att livmodern brustit. Kvinnan har synpunkter på att man inte tog oron på allvar och lyssnade på de farhågor som fanns.”

Tre klagomål inkom gällde otillräcklig smärtlindring i samband med kejsarsnitt och i samband med suturering efter vaginal förlossning. En patient sa ifrån att ryggbedövningen inte tog som den skulle i samband med ett akut kejsarsnitt men upplevde att hon inte blev lyssnad på av narkosläkare. Kvinnan blev till slut sövd av annan läkare då hon kände stark smärta. En kvinna upplevde brister i smärtlindringen efter kejsarsnitt då barnmorskor på avdelningen inte var trygga i att ge den smärtlindring som var ordinerad och kommunikationen mellan personalen som löste av varandra inte fungerade tillfredsställande.

Patientnämnden har framfört klagomål till vårdgivaren i fyra ärenden där klagomålet gällt en upplevd vårdskada. I två ärenden har vårdgivaren svarat att händelsen troligtvis hade kunnat vara undvikbar och verksamheten gjorde en anmälan enligt lex Maria. I flera av patientnämndens ärenden har kvinnorna valt att själva vända sig till vårdgivaren med klagomålet och patientnämnden har då inte någon uppgift om hur vårdgivaren bedömde händelsen.

Kirurgi

Flest antal inkomna klagomål gällande kirurgi fanns i åldersgruppen 50 till 59 år. I de ärenden där diagnoser var beskrivna handlade de flesta om operation av livmoderframfall, urininkontinens eller borttagande av äggstock/livmoder eller cystor på dessa organ.

Det kvinnorna övervägande framförde klagomål på var komplikationer i samband med ingrepp eller lång väntan på operation. I de ärenden där patienterna väntade på operation upplevde flera av kvinnorna stora besvär vid till exempel prolaps (framfall). Prolaps innebär att något buktar ner mot eller ut genom slidmynningen. Det kan vara livmodern eller slidväggarna beroende på tryck från urinblåsa eller tarm. Tillståndet innebär olika grader av besvär med inkontinens, tyngdkänsla eller smärta och kan påverka kvinnans vardag i stor utsträckning, vilket också beskrivs i flera av patientnämndens ärenden. Framfall drabbar upp till 30 procent av alla kvinnor som fött mer än ett barn¹².

”Patienten har ett framfall och står på väntelista för operation, har fått besked om det är en väntetid på cirka ett år för denna typ av operation. Patienten upplever väntan som frustrerande eftersom besvären är mycket handikappande för ett normalt socialt liv. Kvinnan har bett om att bli remitterad till annan klinik för att få hjälp, men har fått besked om att man inte anser att hennes besvär är så stora att hon behöver remitteras vidare för att få en snabbare operation.”

Flera kvinnor upplevde brister i den information gällande vårdgarantin som gavs, ibland fick de information att vårdgarantin inte längre gällde.

Väntetiderna till operation för den typ av ingrepp som flest anmälare kontaktade patientnämnden för, har blivit längre under de senaste åren. I mars 2019 blev 44 procent av de kvinnor som väntade på åtgärd av framfall eller urininkontinens i Västra Götalandsregionen opererade inom tiden för vårdgarantin, att jämföra med 64 procent i riket¹³.

Under 2018 öronmärkte regionen 100 miljoner av centrala medel för att patienter som hade väntat länge skulle kunna få sin operation gjord hos privat vårdgivare och alla sjukhus i regionen informerades. När året var slut fanns mer än 20 miljoner kvar. Gynekologiska operationer ingick i de ingrepp som omfattades av satsningen¹⁴.

¹² <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/prolaps-framfall-descensus-genitalis/>

¹³ [Verksamhetsanalys 2018 Västra Götalandsregionen. Avdelningen för Data och analys](#)

¹⁴ <https://vgrfokus.se/2019/01/sa-kan-du-fa-operation-snabbare-vgr-koper-vard-for-100-miljoner/>

Nästan hälften av de klagomål som kom in gällande kirurgi handlade om händelser och komplikationer under ingrepp eller bristande resultat efter ett ingrepp. Flera kvinnor som opererades med titthålsteknik fick under ingreppet skador på tarmar eller urinblåsa.

Vid operation för urininkontinens upplevde två kvinnor ökade besvär efter ingreppet då de, också lång tid efter ingreppet, inte kunde tömma blåsan utan var tvungna att tappa sig dagligen. En patient beskrev otillräcklig smärtlindring under operation vilket orsakade stort obehag.

”Patienten hade problem med urinläckage och fick inopererat ett nät. Efter operationen kunde patienten inte längre kissa utan var tvungen att ha urinvägskateter. Patienten har kvarstående problem med residualurin som gör att hon behöver dagliga urintappningar. Patienten anser att operationen har försämrat hennes livskvalitet.”

I de ärenden där patientnämnden har skrivit till vårdgivaren om patienternas upplevelse av komplikationer bekräftade vårdgivaren i tre fall att vårdskada uppstått men samsyn mellan patient och vårdgivaren fanns inte i alla ärenden.

Endometriosis

Endometriosis är en sjukdom som drabbar ungefär var tionde person som föds med livmoder i Sverige. Tillståndet innebär att livmodersslemhinna växer till i buken utanför livmodern vilket som främsta symtom orsakar smärta och i vissa fall kan vara svår och ge stor påverkan på patientens livssituation. Sjukdomen kan också ge besvär från urinvägar och tarmar då slemhinna växer på andra organ samt leda till infertilitet¹⁵. Idag kan det ta mellan fem till tio år för en patient att få rätt diagnos och behandling vilket orsakar ett långt lidande. Den långa vägen till behandling riskerar också att ge kroniska skador och smärtor^{16, 17}.

Socialstyrelsen har 2018 gett ut riktlinjer för vården av denna patientgrupp i syfte att stimulera användandet av effektiva och vetenskapligt beprövade åtgärder. Riktlinjerna ska också vara ett stöd för styrning och fördelning av resurser inom hälso- och sjukvården¹⁸. I Västra Götalandsregionen räknar man med att det finns cirka 5000 kvinnor mellan 15 och 50 år med svår endometriosis. Närhälsan har i början av 2019 publicerat en webbaserad utbildning för att öka kunskapen om sjukdomen inom primärvården¹⁹.

Många kvinnor har vänt sig till media med sina berättelser om hur de har upplevt att vården har negligerat deras problem och inte erbjudit en effektiv behandling. En del har också vänt sig utomlands för behandling.

Större delen av de klagomål som inkommit till patientnämnden om diagnosen endometriosis gällde specialistvården. I dessa ärenden beskrivs upplevelser av att sjukvården inte tog smärtproblematiken på allvar, att det saknades planering för utredning och att patienterna

¹⁵ Endometriosis-utredning, vård och behandling. Regional medicinsk riktlinje Västra Götalandsregionen

¹⁶ <https://vgrfokus.se/2019/02/sa-ska-vardcentralen-ge-battare-hjalp-vid-endometriosis/>

¹⁷ SBU Rapport 277/2018

¹⁸ Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis, stöd för styrning och ledning

¹⁹ <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/nyheter/nyhetslista/endometriosis-i-primarvarden--ny-regional-webbutbildning/>

bemöttes med råd som visade på okunskap. Trots misstanke om endometrios bemöttes en kvinna med råd om att ”gå hem, drick te och ta det lugnt”.

En kvinna bemöttes av barnmorska med påstående att endometrios inte är en sjukdom att sjukskrivas för. Klagomål inkom också att patienterna väntade länge på besökstid och att tiden till diagnos och behandling var lång och innebar lidande.

I ärenden gällande primärvården upplevde patienterna att det inte fanns tillräckligt med kunskap om sjukdomen och även i dessa ärenden framstår klagomålen främst handla om att patienternas upplevelse av smärta inte bekräftades och att utredning inte gjordes trots misstanke om endometrios.

”Kvinnan anser att vårdcentralen har felbehandlat henne då hon sökte för smärtor i magen. Det visade det sig att smärtorna var relaterade till bland annat endometrios och inte till dyspepsi som kvinnan diagnostiserades med. Patienten hade påtalat att hon misstänkte endometrios men läkaren valde att inte gå vidare med en utredning. Anmälaren anser att kvinnors smärta inte tas på allvar och att vården borde kunna erbjuda bättre undersöknings- och behandlingsmetoder vid misstanke om endometrios.”

Det förekom också klagomål på otydlighet i om primärvård eller specialistvård ansvarade för smärtstillande behandling.

Ärenden gällande endometrios förekom mest i gruppen 30 till 39 år men det förekom också i ärende gällande minderårigt barn.

Analys/diskussion

Utifrån de klagomål som ingår i rapporten kan inte någon generell brist i vården av kvinnor vid kvinnorelaterade tillstånd ses. Däremot kan patientnämnden se att det i många ärenden har funnits brister i kommunikation och i personcentrering då kvinnorna inte har upplevt sig lyssnade på och inte gjorts delaktiga eller blivit tillräckligt informerade. Det har i flera fall lett till otrygghet och bristande förtroende för sjukvården. I vissa fall har kvinnorna också upplevt att det har lett till komplikation eller konstaterad vårdskada med ökat lidande och ökade sjukvårdskostnader som följd.

Vårdskada eller komplikation är ett vanligt klagomål till patientnämnden, så har det också visat sig vara när också när det gäller klagomål på kvinnosjukvården i regionen. I de flesta händelser där kvinnorna upplevt att de råkat ut för en vårdskada, ansåg inte vårdgivaren att så var fallet. Anmälaren fick ofta svaret att de ansvariga har hanterat situationen medicinskt korrekt och att man har följt gällande rutin. I vissa fall har dock en anmälan via patientnämnden lett till att vårdgivaren har gjort en händelseanalys och ibland också en anmälan enligt lex Maria.

I **Patientsäkerhetslag** (2010:659) står angivet att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. I vissa av de klagomål som inkommit till patientnämnden och besvarats av vårdgivaren uppstår frågan varför inte en avvikelse redan var registrerad eller om kvinnan inte hade blivit informerad om detta.

Patientnämnden kan göra iakttagelsen att det kan finnas ett förbättringsområde gällande att vårdgivaren i större utsträckning samtalar med kvinnan om händelsen innan vårdtillfället avslutas. Om vårdgivaren kan fånga upp när kvinnan har haft en upplevelse som har avvikit från det normala vårdförloppet, eller upplevt det som vårdgivaren betraktar som en ”vanlig händelse” som traumatisk eller otrygg, kunde upplevelsen mildras och förtroendet för sjukvården i större utsträckning behållas.

I samband med graviditet och förlossning uppfattade kvinnor att vårdgivaren följde rutiner strikt istället för att anpassa vården efter individen. Detta ansåg de kunde leda till en patientsäkerhetsrisk. I den kartläggning av graviditetsvårdkedjan som Sveriges Kommuner och Landsting har gjort framkommer att flera undersökningar visar att vården generellt sett behöver bli bättre på att anpassa insatser och bemötande utifrån patienternas individuella behov och förutsättningar, samt i högre utsträckning tillvarata patienternas vilja och möjlighet till delaktighet⁹.

Kvinnor kontaktade patientnämnden med klagomål om långa väntetider till operation. De upplevde väntetiden som plågsam och deras besvär hade ofta stor påverkan på vardagen och det sociala livet. Vårdgivarens information om vårdgarantin uppfattades av kvinnorna som bristfällig och kan därför också ses som ett område för förbättring.

Det är i sig anmärkningsvärt att den summa som i Västra Götalandsregionen 2018 avsattes för att patienter som skulle få sin operation utförd hos annan vårdgivare, inte helt togs i bruk¹⁴ och borde leda till förbättrade informationsinsatser ut till verksamheterna.

I patientnämndens ärenden fanns beskrivning av att kvinnor bemöttes av läkare eller vårdpersonal med irritation då de visade oro. Två kvinnor hade upplevt att läkare skrattat då de visade sin rädsla genom gråt. Ett gott bemötandet är en viktig faktor för att bygga upp en tillit mellan patienten och vårdpersonal och främjar patientens delaktighet. Bemötandet har betydelse för patientsäkerheten och kan till exempel påverka resultatet av vård och behandling²⁰.

Även om vårdgivaren inte delar patientens uppfattning om hur ett vårdförlopp gick till så gör det inte kvinnans upplevelse mindre verklig eller oviktig. Hur vården tar emot och bemöter varje person utifrån hennes perspektiv och behov har stor betydelse för den sammanlagda upplevelsen av vården.

Arbetet pågår i Västra Götalandsregionen med att införa det personcentrerade arbetssättet, PCA, som enligt beslut ska implementeras i alla verksamheter. Efter analys av patientnämndens ärenden gällande kvinnosjukvård kan antas att arbetssättet skulle minska kvinnornas upplevelse av att inte vara delaktiga i de beslut som rör deras vård och behandling och minska deras upplevelse av bristande bemötande.

I regeringens satsning på kvinnors hälsa och kvinnosjukvård uppmärksammar Vårdanalys att det har saknats ett resultatområde som specifikt rör bemötande och personcentrering i graviditetsvårdkedjan, men det är något som har tydliggjorts i överenskommelsen för 2018–2019⁴.

Denna rapport ger inte en bild av kvinnosjukvården i sin helhet utan reflekterar kvinnornas upplevelser av vården när de inte är nöjda. Deras berättelser ger en vägledning i på vilka sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov.

²⁰ [Socialstyrelsen, Kunskapsguiden](#)