

Nationella riktlinjer 2023:

Graviditet, förlossning och tiden efter

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-621-5

Artikelnummer: 2023-12-8878

Foto: scandinav.se/David Zandén

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2023

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare eller chef i någon del av vårdkedjan för mödrahälsovården och förlossningsvården. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar: Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioriteringen bygger på bästa tillgängliga kunskap, och när samma kunskap finns i hela landet blir vården mer jämlik.

Riktlinjerna är en del av ett samlat stöd till mödrahälsovården och förlossningsvården, där vi också ger rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal utifrån det tidigare publicerade kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter. Hela det samlade stödet finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Under de närmaste åren planerar vi att börja utvärdera vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, med utgångspunkt i indikatorerna.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att anordna ett nationellt seminarium för beslutsfattare och andra berörda. Där kan din sjukvårdsregion eller enskilda region bilda er en uppfattning om vilka beslut ni behöver ta för att implementera riktlinjerna. Socialstyrelsen kan också få återkoppling och synpunkter på riktlinjerna.

Du som arbetar för exempelvis en region, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vårdgivare kan också skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna, senast 1 mars 2024. Mejla NR-forlossningsvard@socialstyrelsen.se. Vi publicerar sedan en uppdaterad version under 2024.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Graviditet, förlossning och tiden efter

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning | 7 |
| Fokusera mer på utsatta grupper | 7 |
| Stärk vårdkedjan | 7 |
| Förbättra eftervården | 8 |
| Regionala skillnader i vården | 8 |
| Om de nationella riktlinjerna | 9 |
| Använd riktlinjerna för att prioritera resurser | 9 |
| Fokus på vissa insatser | 10 |
| Rekommendationer med olika prioritet | 10 |
| Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer | 12 |
| Flera aktörer har bidragit..... | 13 |
| Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030 | 13 |
| Utgångspunkt: vården i dag | 14 |
| Mödrahälsovården främjar hälsa och fångar upp risker | 14 |
| Förlossningspersonalen arbetar för säkra förlossningar | 15 |
| Eftervård på sjukhus och i mödrahälsovården..... | 15 |
| En del behöver specialiserad vård | 16 |
| Stora skillnader i vården | 16 |
| Rekommendationer till beslutsfattare och chefer | 18 |
| Graviditet..... | 19 |
| Förlossning..... | 23 |
| Eftervård | 27 |
| Psykisk ohälsa | 31 |
| Att implementera de nationella riktlinjerna - för en jämlik vård | 35 |
| Att implementera effektivt..... | 35 |
| Exempel på risker och svåra frågor..... | 36 |
| Etiska principer för prioritering | 38 |
| Kompletterande stöd | 40 |
| Projektorganisation | 46 |
| Referenser | 51 |

| | |
|---|-----------|
| Bilaga 1. Översikt av rekommendationer..... | 54 |
| Bilaga 2. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning ... | 59 |
| Bilaga 3. Översikt av indikatorer | 70 |
| Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben | 72 |

Sammanfattning

Mödrahälsovården och förlossningsvården är bra, men det kan bli ännu bättre. Sverige har en utbyggd mödrahälsovård, som främjar de gravidas hälsa och fångar upp risker. Förlossningsvården är också god och säker, och de allra flesta som föder barn får en positiv upplevelse. Vården behöver dock bli mer jämlik, och kontinuiteten i vårdkedjan behöver förbättras. Framför allt behövs förbättringar i eftervården.

Fokusera mer på utsatta grupper

Hälso- och sjukvårdslagen säger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Du som beslutar om mödrahälsovård eller förlossningsvård behöver säkerställa en organisation som möter behovet hos utsatta grupper. Till exempel behöver gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa tillgång till multiprofessionell bedömning och behandling. Teamet bör då bestå av en barnmorska, en psykolog och en läkare. Se också till att ni har rutiner i mödrahälsovården för att samverka med psykiatri, primärvården och barnhälsovården.

En annan utsatt grupp är gravida och nyblivna föräldrar som använder alkohol eller narkotika. Kring dem bör ni samverka med barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården, för att kunna ge optimal vård. Detta kan göra stor nytta för hela familjen.

Ni bör också stärka vården och bemötandet av gravida och nyförlösta med obesitas. Ett första steg är kompetensutveckling för all personal som möter gruppen.

Stärk vårdkedjan

Det är viktigt att gravida och nyförlösta känner sig trygga genom hela vårdkedjan, från graviditet till förlossning och eftervård. Många är till exempel osäkra på vart de ska vända sig med besvär efter förlossningen. Som beslutsfattare behöver du se till att detta blir tydligt för alla patienter, oavsett förstaspråk, kulturell bakgrund, funktionssätt med mera.

En del gravida behöver mer stöd och trygghet, på grund av till exempel språkliga barriärer, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla. Vissa regioner har startat projekt där samma barnmorsketeam följer dessa patienter genom hela vårdkedjan. Det saknas fortfarande kunskap om effekten av en sammanhållen vårdkedja för utsatta grupper, och Socialstyrelsen

rekommenderar därför vårdformen inom ramen för forskning och utveckling.

Förbättra eftervården

Eftervården är den del av vårdkedjan som kräver mest förstärkning. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Säkerställ till exempel att nyförlösta får tidig uppföljning i mödrahälsovården under den första till andra veckan efter hemgången från BB, vid flera tillfällen om det behövs. Sedan följer sedvanliga eftervårdsbesök 6–16 veckor efter förlossningen.

Som ansvarig för eftervård bör du också se till att de nyförlösta enkelt kan få kontakt med mödrahälsovården om de har besvär, för att få en snabb bedömning av vårdbehovet och en remiss vid behov. Fysiska och psykiska besvär riskerar att förvärras om de inte fångas upp de första veckorna efter förlossningen. Säkerställ att personer med bäckenbottenbesvär kan få multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.

Socialstyrelsen rekommenderar vidare att två utförare undersöker nyförlösta med misstänkta förlossningsbristningar direkt efter förlossningen. Då upptäcks betydligt fler bristningar, och lidandet på grund av obehandlade bristningar kan minska.

Regionala skillnader i vården

Det finns skillnader i mödrahälsovården och förlossningsvården i olika delar av Sverige. Till exempel varierar andelen som får behandling för psykisk ohälsa mycket mellan regionerna. Eftervården fungerar också olika väl, och personer födda utanför Norden kommer mer sällan till eftervårdsbesöken än andra.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en mer jämlik vård med hög kvalitet. Till riktlinjerna hör också indikatorer för uppföljning. Med hjälp av dem kommer vi att utvärdera hur regionerna följer riktlinjerna.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att satsa på eller avveckla.

Det här dokumentet – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av dagens mödrahälsovård och förlossningsvård
- Socialstyrelsens rekommendationer till beslutsfattare, med konsekvensanalyser och indikatorer för uppföljning och utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården
- en översikt av material som kan komplettera riktlinjerna.

➔ **Läs mer:** Denna rapport är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – det är en huvudrapport för dig som är beslutsfattare eller chef. På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd till både beslutsfattare och personal, liksom fördjupande delar, bland annat en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, kunskapsunderlaget för samtliga 16 rekommendationer och en indikatorrapport. Se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/forlossningsvard.

Använd riktlinjerna för att prioritera resurser

Denna rapport vänder sig framför allt till dig som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Rekommendationerna ska ge vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska rekommendationerna kunna vara ett underlag för kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Du som möter patienter får mer verksamhetsnära rekommendationer i en egen del av riktlinjerna. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: det är alltid personalens ansvar att bedöma vad en enskild patient behöver, och vården får inte ges utan patientens samtycke (se 4 kap. 2 § patientlagen).

Fokus på vissa insatser

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns omotiverade praxisskillnader eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Urvalet av frågor bygger bland annat på en behovsinventering inför arbetet med det tidigare publicerade kunskapsstödet Graviditet, förlossning och tiden efter [1]. Flera av rekommendationerna har sitt ursprung i detta kunskapsstöd, och har nu uppdaterats med bland annat prioritetssiffror för att ge tydligare stöd. Vi har också sett ett särskilt behov av vägledning i några andra frågor, till exempel planerad barnmorskeassisterad hemförlossning. Här har vi nu lagt till rekommendationer.

Rekommendationerna är inte heltäckande, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd, till exempel om neonatalvård, intrauterin fosterdöd, provocerad vulvodyni, endometriosis och amning (se vidare kapitlet [Kompletterande stöd](#)).

Rekommendationerna följer vårdkedjan från graviditet till eftervård. Vi har också ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, som behöver uppmärksammas i alla delar av vårdkedjan. När riktlinjerna uppdateras 2024 planerar vi att lägga till rekommendationer om graviditetsdiabetes. Vi undersöker också förutsättningarna för att kunna ge vägledning om igångsättning av förlossningar.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i bilagan [Metodbeskrivning](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser räcker inte till alla insatser. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer till beslutsfattare och chefer med olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

| Typ av rekommendation | Beskrivning |
|-----------------------|--|
| Prioritet 1-10 | Insatser som hälso- och sjukvården bör eller kan erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden). |
| FoU | Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap. |
| Icke-göra | Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga. |

Effektiva insatser vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna, enligt publicerad forskning och erfarenhet hos experter – den bästa tillgängliga kunskapen. Många viktiga insatser vid graviditet, förlossning och tiden efter saknar tillräckligt forskningsstöd. Dessa riktlinjer bygger därför till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med cirka 150 yrkesverksamma som har erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård.¹

Högst prioriterar vi de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden. Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. För gravida bedöms hälsotillståndet ha en liten svårighetsgrad om de

- är friska
- har en okomplicerad singelgraviditet (det vill säga inte mer än ett barn i magen)
- har låg risk för komplikationer.

Tillstånd som medför risker för allvarliga konsekvenser för den gravida, den födande eller barnet har större svårighetsgrad.

¹ Bland annat barnmorskor, läkare, fysioterapeuter, uroterapeuter och psykologer.

Vidare får en insats alltid prioritet 1 om den bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar, och det vore orimligt eller oetiskt att inte erbjuda den.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:** I webbilagan [Metodbeskrivning](#) beskriver vi metoden för prioriteringsprocessen mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för olika hälsotillstånd hos gravida och nyförlösta.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingen kommer att utgå från indikatorerna i [bilaga 3](#), men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Under de kommande åren kommer vi dessutom att utreda om det finns förutsättningar för nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå [3].

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 3](#) finns en översikt av indikatorerna för graviditet, förlossning och tiden efter.

- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Flera aktörer har bidragit

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samverkat med

- Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna.

Sjukvårdshuvudmännen (via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård), Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet har också nominerat experter till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet. I arbetet med Nationellt basprogram för graviditetsövervakning har vi konsulterat den nationella arbetsgruppen för mödrahälsovård.

Vidare har Socialstyrelsen tagit tillvara patienternas perspektiv, genom att samla in synpunkter på vad riktlinjerna bör innehålla från organisationen Birth Rights Sweden. Dessutom deltog patientföreträdare i prioriteringsarbetet.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården under graviditet, förlossning och tiden efter är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällseliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att genomföra främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [4].

Utgångspunkt: vården i dag

Sverige är ett av länderna med lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Flera banbrytande medicinska händelser har bidragit genom historien:

- utbyggd mödrahälsovård, och utbildade barnmorskor vid både graviditet och förlossning
- konsten att förhindra bakteriespridning (aseptik)
- upptäckten av antibiotika
- möjligheten till blodtransfusion
- tillgång till preventivmedel
- säkra aborter.

Även en höjd levnadsstandard, bättre folkhälsa och ökad jämställdhet har bidragit.

Det är viktigt att fortsätta prioritera dessa grundläggande resurser för att upprätthålla de goda resultaten. Samtidigt finns fortfarande utmaningar i mödrahälsovården och förlossningsvården, framför allt för att nå utsatta grupper bättre, förbättra eftervården och förbättra upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar.

En positiv graviditets- och förlossningsupplevelse är ett uttalat globalt mål från Världshälsoorganisationen (WHO) [5]. Avgörande för detta är en personcentrerad vård, med ett kompetent och empatiskt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Mödrahälsovården främjar hälsa och fångar upp risker

Mödrahälsovården har i uppdrag att främja hälsan hos både den gravida och det väntade barnet. Barnmorskan har en central roll, och hanterar självständigt graviditetsvården vid okomplicerade graviditeter. I uppdraget ingår också att minimera risker för sjuklighet. Barnmorskan bedömer fortlöpande risker för komplikationer under graviditeten – medicinska, psykologiska och sociala. För detta finns basprogram för graviditetsövervakning i alla regioner, och Socialstyrelsen har nu samlat arbetssätten till ett nationellt basprogram (se [bilaga 2](#)).

Vid sjukdomar och ökade risker för komplikationer samarbetar barnmorskan med en läkare. Läkaren kan vara förlossningsläkare (obstetriker), gynekolog eller allmänläkare med erfarenhet av mödrahälsovård.

Förlossningspersonalen arbetar för säkra förlossningar

I Sverige föds mellan 110 000 och 120 000 barn per år. De flesta föds vaginalt på sjukhus efter en fullgången graviditet. Drygt 19 procent av alla förlossningar sker med planerat eller akut kejsarsnitt [6].

De som föder barn tas om hand av ett team i förlossningsvården: en barnmorska och oftast en undersköterska, samt en förlossningsläkare vid behov. Barnmorskan tar hand om den födande och övervakar både barnets och den födandes tillstånd. Hen hanterar självständigt förlossningar med låg risk för komplikationer, och behöver tidigt kunna identifiera avvikelser och varningssignaler i förlossningsförloppet som kräver att förlossningsläkaren deltar i vården.

Vid komplicerade eller akuta tillstånd under förlossningen bistår barnmorskan förlossningsläkaren. De samarbetar också vid förlossningar med hög risk för komplikationer och avvikande förlopp.

➔ **Läs mer:** Till skillnad från mödrahälsovården saknar förlossningsvården en tydlig nationell samordning. Som ett första steg har Socialstyrelsen gjort en översikt av förlossningsklinikernas egna riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Se rapporten Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer [7].

Eftervård på sjukhus och i mödrahälsovården

Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. År 2022 var medelvårdtiden 1,6 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt [6]. Medelvårdtiden hos förstföderskor är cirka ett dygn längre än hos omföderskor. Samtidigt vet många inte vart de ska vända sig med besvär efter förlossningen – vårdkedjan behöver stärkas.

En del regioner erbjuder hembesök under barnets första levnadsvecka, eller återbesök till sjukhuset för uppföljande undersökning av barnet och den som fött barnet. Detta fungerar dock inte i alla regioner. Efter den första veckan skrivs barnet sedan in i barnhälsovården, som tar över det medicinska ansvaret för barnet från sjukhuset eller BB. Även till exempel amningsstöd kan erbjudas av barnhälsovården, liksom av mödrahälsovården, eftervårdsmottagningar eller särskilda amningsmottagningar.

Den som har fött barn erbjuds också eftervårdsbesök hos barnmorskan i mödrahälsovården, som samarbetar med andra yrkesgrupper efter behov. Antal besök och tidpunkt varierar, men alla regioner erbjuder 1–2 besök 6–16 veckor efter förlossningen. Vissa regioner erbjuder fler besök efter behov. Efter en komplicerad graviditet eller förlossning erbjuds återbesök hos en läkare, psykolog eller fysioterapeut.

En del behöver specialiserad vård

Gravida som behöver extra vård och stöd följs ofta i specialistmödravården. Det gäller till exempel gravida med sjukdomar som diabetes, koagulationsrubbningar, hjärt-kärlsjukdomar eller högt blodtryck. Även personer med en tidigare komplicerad graviditet eller förlossning kan behöva specialistmödravård, liksom personer med förlossningsrädsla. I komplicerade fall behövs samarbete i team, där medlemmarna har olika kompetenser och ansvar.

Vid svåra komplikationer kan gravida behöva vård på sjukhus, i regel på en antenatalavdelning som finns på de flesta förlossningskliniker. De gravida vårdas då oftast av ett team där grundkompetenserna är barnmorska och specialistläkare. Dessa samarbetar med andra specialister efter behov, till exempel med neonatalläkare när barnet riskerar att födas för tidigt. Andra komplikationer som kan kräva sjukhusvård är tidig vattenavgång och havandeskapsförgiftning.

Antenatalavdelningarna ger även förlossningsvård och eftervård, och vid flera av dem kan förlossningar sättas i gång.

Stora skillnader i vården

Mödrahälsovården och förlossningsvården har utvecklats snabbt de senaste decennierna. Vården skiljer sig dock mellan till exempel regioner och olika grupper, visar rapporter från Socialstyrelsen och Graviditetsregistret [8, 9]. Vissa skillnader förklaras av att regionernas befolkningar har olika åldersfördelning, olika hälsoproblem med mera. Regionerna har också mycket olika förutsättningar när det gäller till exempel avståndet till förlossningskliniker. Här är några andra exempel på regionala skillnader:

- Andelen gravida som fick behandling för **psykisk ohälsa** varierade från 6,4 procent till 16 procent 2022.
- Andelen gravida som fick diagnosen **graviditetsdiabetes** varierade från 1,4 procent till 18 procent 2022.

- Andelen **igångsatta förlossningar** ökade från 15 procent till 26 procent mellan 2013 och 2022. Andelen varierade från 21 procent till 34 procent 2022.
- Andelen **allvarliga förlossningsbristningar** har minskat men varierade från 1,4 procent till 3,3 procent 2022.
- Andelen som kom till **eftervårdsbesök i mödravården 4–16** veckor efter förlossningen varierade från 75 procent till 96 procent 2022. Personer födda utanför Norden kom mer sällan till besöken.

Rekommendationer till beslutsfattare och chefer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till beslutsfattare och chefer om graviditet, förlossning och tiden efter.

Rekommendationerna presenteras utifrån vårdkedjans olika delar, med ett särskilt delkapitel om psykisk ohälsa som gäller hela vårdkedjan:

- [Graviditet](#)
- [Förlossning](#)
- [Eftervård](#)
- [Psykisk ohälsa](#).

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar.

| Textdel | Innehåll |
|--|--|
| Inledning (utan egen rubrik) | Övergripande beskrivning av området |
| Rekommendationer | Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna Rekommendationslista i Excelformat och Kunskapsunderlag) |
| Så har vi prioriterat | Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet |
| Så påverkas hälso- och sjukvården | Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna med hög prioritet, där det finns dataunderlag för kostnadsberäkningar |
| Så utvärderar vi vården | De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering |

→ **Läs mer:**

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 3](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats presenteras alla rekommendationer som en del av ett samlat stöd om graviditet, förlossning och tiden efter. Där finns också rekommendationer om arbetssätt med mera till personal som möter patienter. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.
- På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom fördjupande information: en detaljerad [rekommendationslista i Excelformat](#),

bilagorna [Kunskapsunderlag](#), [Hälsoekonomiskt underlag](#) och [Metodbeskrivning](#) samt rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#).

Graviditet

Vården under en graviditet ska främja hälsa och stärka det framtida föräldraskapet, enligt mödrahälsovårdens uppdrag. En central uppgift är att upptäcka tidiga tecken på sjukdom och risker för den gravida och barnet – här behövs ett nära samarbete mellan framför allt barnmorskor och läkare. Du som är beslutsfattare i mödrahälsovården behöver upprätthålla arbetssätt som minskar dessa risker. Det är avgörande att utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. En del gravida behöver också ytterligare vård och individanpassat stöd. Då kan olika vårdinstanser behöva samverka.

Rekommendationer: graviditet

Till mödrahälsovården

| Id | För alla gravida ... | Rekommendation | Prioritet |
|----|--|---|-----------|
| 1 | som skrivs in i mödrahälsovården | Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. | 1 |
| Id | För gravida som ... | Rekommendation | Prioritet |
| 2 | använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser | Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården. ² | 1 |
| 3 | har obesitas | Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal. ³ | 2 |
| 4 | har obesitas | Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling. ³ | 4 |
| 5 | behöver utökat stöd | Inom ramen för forskning och utveckling: Låt samma barnmorskeam följa den gravida genom hela vårdkedjan. | FoU |

² Rekommendationen gäller även nyförlösta.

³ Rekommendationen är hämtad från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas [10].

→ **Läs mer:**

- I [bilaga 2](#) beskrivs Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.
- I [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#) finns mer information om kompetensutveckling och kombinerad levnadsvanebehandling för gravida med obesitas [10].

→ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen planerar att publicera en webbutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal om obesitas under våren 2024.



Så har vi prioriterat

Nationellt basprogram: Att övervaka alla graviditeter enligt det nationella basprogrammet minskar påtagligt riskerna för allvarliga sjukdomar och död, för både den gravida och barnet. Detta har högsta prioritet.

Rekommendationen bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar, och det vore orimligt och oetiskt att inte erbjuda den. Syftet med basprogrammet är att betona det friska och att tidigt upptäcka risker för graviditetskomplikationer, så att den gravida kan få kompletterande vård eller stöd vid behov.

Rutiner för samverkan: Högsta prioritet har även att arbeta enligt rutiner för samverkan kring gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel. Dessa gravida är en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Samverkan mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården ökar förutsättningarna för optimal vård och bedöms göra stor nytta för de gravida. Den kan ha effekt på både kort och lång sikt, även för barnet och familjen. Rutinerna för samverkan bör tydligt visa vem som ansvarar för omhändertagande, behandling och uppföljning av vården, och hur verksamheterna ska samarbeta utifrån sina specifika kompetenser.

Kompetensutveckling om obesitas: Det är också högt prioriterat att utbilda personal i mödrahälsovården och förlossningsvården om obesitas⁴. Obesitas är en sjukdom med komplexa orsaker som ökar risken för andra allvarliga sjukdomar och för att dö i förtid. Sjukdomen ökar även riskerna för barnet. Det är vanligt att personer med obesitas diskrimineras och bemöts på ett okunnigt eller nedlåtande sätt i hälso- och sjukvården [11]. Med fördjupad kunskap och förståelse hos personalen kan gravida med obesitas uppleva ett bättre bemötande. En utbildning kan till exempel bestå av information om

⁴ Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande. Socialstyrelsen använder ordet obesitas med hänsyn till önskemål från både yrkesverksamma och patienter.

obesitas, träning i bemötande och information om kunskapsbaserad behandling.

Kombinerad levnadsvanebehandling: Socialstyrelsen rekommenderar *kombinerad levnadsvanebehandling* för gravida med obesitas, utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov. Kombinerad levnadsvanebehandling ger stöd för beteendeförändringar, framför allt när det gäller kost och fysisk aktivitet. Behandlingen kan hjälpa den gravida att leva hälsosamt och hålla en hälsosam viktutveckling under graviditeten, för att minska risken för komplikationer. Den forskning som finns visar endast en liten till måttlig effekt av behandlingen, men i dag finns inga bättre alternativ. Obesitasläkemedel och obesitaskirurgi är till exempel inte aktuellt för gravida. Därför har kombinerad levnadsvanebehandling relativt hög prioritet.

Samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan: En del gravida har ett behov av utökat stöd och trygghet under sin graviditet och förlossning. Det kan till exempel handla om språkliga eller kulturella barriärer, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla. En vårdform för individanpassat stöd till denna grupp kan vara att följas av samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan ("caseload midwifery" på engelska). Vissa regioner har startat projekt med denna vårdform, och forskning pågår. Fortfarande saknas dock tillräcklig kunskap om effekten för den aktuella patientgruppen. Socialstyrelsen rekommenderar därför vårdformen inom ramen för forskning och utveckling.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Alla regioner arbetar redan enligt ett basprogram för graviditetsövervakning. Rekommendationen om det nationella basprogrammet väntas därför inte få stora ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser.

Störst påverkan väntas rekommendationerna som gäller gravida med obesitas få. Andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat i Sverige de senaste 20 åren. År 2000 hade 13 procent av alla gravida obesitas (BMI över 30) när de skrevs in i mödrahälsovården, och 2022 hade andelen ökat till 18 procent. Under samma tid ökade även andelen gravida med övervikt (BMI mellan 25 och 30) från 25 procent till 28 procent.

Du som är beslutsfattare bör säkerställa att all personal som regelbundet möter gravida i din verksamhet eller region får grundläggande kompetensutveckling om obesitas. Kompetensutvecklingens format påverkar kostnaderna. Ni kan använda existerande regionala utbildningsprogram som startpunkt, eller Socialstyrelsens kommande

webbutbildning om obesitas. Mödrahälsovården bör också ha rutiner för att erbjuda alla gravida med obesitas kombinerad levnadsvanebehandling.

Även för kombinerad levnadsvanebehandling behövs mer resurser, eftersom obesitas är underbehandlat hos gravida i dag. Om din region redan erbjuder behandlingen behövs inte lika mycket resurser för att minska gapet. Jämför räkneexemplet i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Kombinerad levnadsvanebehandling kan till exempel organiseras i två faser, med först gruppträffar och sedan individuella träffar:

- **antal aktuella gravida:** över 18 000 i hela Sverige
- **behandlingsform:** 30 gruppträffar med 15 gravida + 1 individuell träff per månad det första året (fas 1), därefter 1 individuell träff + 1 telefonsamtal per månad under 3 år (fas 2)
- **personalkostnad per gravid:** omkring 16 000 kronor för hela behandlingen
- **personalkostnad för hela Sverige:** drygt 180 miljoner kronor per år efter en uppbyggnad på cirka 3 år, om 90 procent av alla gravida med obesitas erbjuds behandlingen och 75 procent fortsätter i behandlingens andra fas.

Beräkningarna utgår från ett exempel på kombinerad levnadsvanebehandling för vuxna (ej gravida) i en amerikansk studie [12]. En behandling för gravida kan med fördel ha en liknande form och intensitet, med samma typ av långsiktiga uppföljning.

Se också över era rutiner för samverkan kring gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel. Om rutiner saknas bör de tas fram.

→ **Läs mer** i webbilagan [Fördjupad konsekvensanalys](#).



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för området graviditet. Med dem följer vi upp

- rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården (indikator 1.1)

- uppföljning i specialiserad vård för riskbruk och beroende av alkohol eller narkotika under graviditeten och tiden efter (indikator 1.2)
- kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal (indikator 2).

→ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Förlossning

Förlossningsvården i Sverige är god och säker. För de allra flesta som föder barn är förlossningen också en positiv upplevelse [13]. Samtidigt finns förbättringsområden, till exempel när det gäller kontinuerligt stöd och känsla av trygghet. Vidare orsakar förlossningsbristningar stort lidande, på både kort och lång sikt. Du som är beslutsfattare behöver skapa förutsättningar för trygga och säkra förlossningar och för tidig upptäckt av förlossningsbristningar, så att patienterna kan få rätt diagnos och behandling.

En omdiskuterad fråga i Sverige är barnmorskeassisterad hemförlossning, som kan vara aktuellt i vissa fall. Även intagningstest med kardiokografi (CTG) är omdiskuterat. Alla födande som kommer till förlossningsavdelningen erbjuds i dag CTG-registrering rutinmässigt. Man mäter då barnets hjärtfrekvens och livmoderns värkarbete under 20–30 minuter, för att bedöma om barnet får tillräckligt med syre. Nyttan med intagnings-CTG är osäker för gravida som haft en okomplicerad graviditet utan kända riskfaktorer. När det finns riskfaktorer bör undersökningen dock göras.

Rekommendationer: förlossning

Till förlossningsvården

| Id | För nyförlösta som ... | Rekommendation | Prioritet |
|-----------|---|---|------------------|
| 6 | har fött vaginalt | Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar. | 1 |
| Id | För gravida som ... | Rekommendation | Prioritet |
| 7 | är i förlossningens aktiva fas | Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över. | 3 |
| 8 | har haft en okomplicerad singelgraviditet utan kända riskfaktorer | Erbjud ett intagningstest med kardiokografi (CTG) vid ankomsten till förlossningsavdelningen. | 4 |

| Id | För gravida som ... | Rekommendation | Prioritet |
|----|--|---|-----------|
| 9 | har fött barn tidigare, har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma | Överväg planerad barnmorskeassisterad hemförlossning. | 8 |

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har gjort en översikt av regionala och lokala riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Se rapporten Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer [7].



Så har vi prioriterat

Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar: När nyförlösta med misstänkta förlossningsbristningar undersöks av två personer (barnmorskor eller läkare) upptäcks betydligt fler allvarliga bristningar än när enbart en person gör undersökningen. Detta arbetssätt har högsta prioritet, eftersom obehandlade och feldiagnostiserade bristningar kan orsaka stort lidande, både psykiskt och fysiskt. Arbetssättet kan dessutom vara ett viktigt lärandemoment för personalen.

Kontinuerligt stöd av en barnmorska: Högt prioriterat är också att erbjuda kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas. Barnmorskan bör då endast arbeta med en födande i taget. Stödet kan öka den födandes trygghet, vilket har stor betydelse för upplevelsen av vården. Risken för komplikationer minskar dock inte jämfört med ett sedvanligt arbetssätt där barnmorskan har hand om flera födande samtidigt, enligt de studier som finns där barnmorskor ger stödet.

Intagningsstest med kardiotokografi (CTG): Det vetenskapliga underlaget räcker inte för att bedöma om intagnings-CTG kan förutsäga syrebrist hos barnet under förlossningen. Vidare finns ingen skillnad i risken för låg APGAR-poäng hos barnet, för kejsarsnitt eller för neonatal intensivvård, jämfört med alternativa bedömningar med hjälp av Pinardstetoskop (trätratt) eller dopplerultraljud. Intagnings-CTG har ändå relativt hög prioritet, eftersom syrebrist hos barnet bedöms vara ett hälsotillstånd med stor svårighetsgrad. Vi har också vägt in läkarnas och barnmorskornas trygghet i prioriteringen.

Hemförlossning: Planerad barnmorskeassisterad hemförlossning kan vara aktuellt för vissa gravida med okomplicerad graviditet som har fött barn tidigare, och som önskar föda hemma. Jämfört med sjukhusförlossning finns ingen visad skillnad i någon av de studerade riskerna för barnet vid en

hemförlossning som är välintegrerad med hälso- och sjukvården, när den födande uppfyller kriterierna för hemförlossning. De studerade riskerna för barnet är risk för död, risk för låg APGAR-poäng och risk för neonatalvård. Vidare räcker inte det vetenskapliga underlaget för att bedöma risken för att den födande får en stor blödning i samband med hemförlossningen (postpartumblödning), men risken för allvarliga förlossningsbristningar kan vara mindre.

Resultaten har låg tillförlitlighet, bland annat på grund av studiedesignen, och hälsotillståndet hos de aktuella gravida bedöms ha en liten svårighetsgrad. Arbetssättet har därför låg prioritet – insatser för patientgrupper med svårare hälsotillstånd är viktigare.

Rekommendationen om hemförlossning gäller enbart planerade hemförlossningar där två barnmorskor assisterar den födande, i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens kostnader väntas framför allt öka till följd av rekommendationerna om

- två utförare för att diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar
- kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.

Din regions kostnadsökning beror på hur ni arbetar i dag – jämför räkneexemplen i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar, utifrån ett förenklat antagande om att ingen region redan använder arbetssättet: Att gå från en till två utförare per förlossning skulle kosta mellan 10,2 miljoner kronor och 19,3 miljoner kronor för hela Sverige, beroende på om utföraren är barnmorska eller läkare. Detta under ett år med omkring 87 000 vaginala förlossningar, som under 2021 (förlossningar med klipp är borträknade). Kostnaden motsvarar cirka 12 heltidstjänster.

Kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas kan ta en stor del av förlossningsklinikernas totala arbetstid i anspråk. För att ge stödet 95 procent av årets alla timmar behövs mer än 800 heltidstjänster i hela Sverige. Det motsvarar en fjärdedel av förlossningsklinikernas planerade bemanning på 3 200 heltidstjänster.

I dag är 17 procent av dessa tjänster vakanta. Att tillsätta dem skulle räcka för att nå målet, om klinikerna i dag kan ge kontinuerligt stöd hälften av årets timmar. Detta beräknas kosta omkring 425 miljoner kronor. Samtidigt finns risk att andra arbetsuppgifter då trängs undan. Om det behövs en ytterligare personalförstärkning på 10 procent, blir merkostnaden jämfört med nuläget närmare 700 miljoner kronor.

Du som är verksamhetschef kan behöva gå igenom förlossningsbarnmorskornas övriga arbetsuppgifter. Bedöm om de nya arbetssätten kan ge undanträngningseffekter, om ni inför dem utan att utöka personalstyrkan. Bedöm också om det finns arbetsuppgifter som kan hanteras på andra sätt. Samtidigt finns möjlighet att personal som har slutat återvänder, om ni börjar arbeta med kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas. En kartläggning från Nationella vårdkompetensrådet visar att barnmorskor har lämnat förlossningsvården för att de inte kunnat arbeta så [14].

Få verksamheter erbjuder i dag planerad barnmorskeassisterad hemförlossning. Om du leder en verksamhet som planerar att börja erbjuda hemförlossningar i vissa fall, bör du först säkerställa att verksamheten tar fram tydliga kriterier för

- vem som kan föda hemma
- hur lång tid den födande får ha till förlossningskliniken
- hur samarbetet med förlossningskliniken ska se ut
- hur förlossningen ska följas upp.

→ **Läs mer** i webbilagan [Fördjupad konsekvensanalys](#).



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer och ett centralt mått för området förlossning. Med dem följer vi upp

- rutiner för två utförare vid diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar (indikator 3.1)
- bristningar vid förlossning bland förstföderskor (centralt mått 3.2)
- kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas (indikator 4).

→ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Eftervård

Brister i eftervården har uppmärksammats i rapporter och kartläggningar från bland annat Socialstyrelsen [8]. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Många som har fött barn upplever också att det är otydligt vart de ska vända sig för vård och stöd efter förlossningen. Du som är beslutsfattare i mödrahälsovården eller förlossningsvården bör se till att detta blir tydligt för alla patienter, oavsett till exempel förstaspråk, kulturell bakgrund eller funktionssätt.⁵

⁵ Patienten har dessutom rätt till information om till exempel det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och planerad eftervård, enligt 3 kap. 1–2 och 2 b § patientlagen (2014:821). Enligt 2 kap. 6 § ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

Rekommendationer: eftervård

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

| Id | För patienter som ... | Rekommendation | Prioritet |
|----|---|--|-----------|
| 10 | har besvär efter förlossningen | Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården. | 1 |
| 11 | har bäckenbottenbesvär efter förlossningen | Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering. | 1 |
| 12 | är nyförlösta | Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen och den nyförlöstas hälsotillstånd strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från BB. | 2 |
| 13 | är nyförlösta och har förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi) | Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset. | 4 |

➔ **Läs mer** om vad som ingår i den tidiga uppföljningen i [bilaga 2](#), Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. I basprogrammet ingår även en senare uppföljning av förlossningen, efter 6–16 veckor.



Så har vi prioriterat

Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården: Fysiska och psykiska besvär som inte fångas upp de första veckorna efter förlossningen kan förvärras och leda till otrygghet, lidande och akuta vårdkontakter. Det är därför av högsta prioritet att patienterna enkelt kan få kontakt med mödrahälsovården för en bedömning av vårdbehovet. Denna tillgänglighet är mycket efterfrågad, och en del har mycket komplexa besvär. Kontakt med mödrahälsovården i stället för sjukhusvården kan också förbättra kontinuiteten – många kan träffa samma barnmorska som de mött under graviditeten. Tack vare bedömningen kan hälsoproblem identifieras tidigt, och patienterna kan få vård på rätt nivå. Barnmorskan kan remittera vidare till en lämplig vårdinstans vid behov. Notera att vården ska vara lätt tillgänglig enligt 2 kap. 1 § patientlagen.

Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär: De som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen behöver också tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering. Även detta har högsta prioritet. Som beslutsfattare behöver du säkra tillgången till multiprofessionella team med fysioterapeuter, läkare och barnmorskor, och

andra relevanta yrkesgrupper efter behov, till exempel uroterapeuter. Deras insatser kan förbättra patienternas bäckenbottenhälsa och öka livskvaliteten. Insatserna bedöms göra stor nytta, och när de saknas riskerar patienterna stort och långdraget fysiskt och psykiskt lidande. För många kan det ta upp till ett år eller mer efter förlossningen att rehabilitera sin bäckenbotten, och den multiprofessionella expertisen bör finnas tillgänglig så länge det behövs.

Tidig uppföljning: Vidare är det högt prioriterat att erbjuda alla nyförlösta tidig uppföljning i mödrahälsovården (se exempel på innehåll i [bilaga 2](#)). Det finns ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar under tiden efter förlossningen, och strukturerad uppföljning ökar möjligheterna att fånga upp fysiska och psykiska besvär. Dessutom kan patienterna känna sig tryggare, och sannolikt kan man förebygga oplanerade vårdkontakter. Barnmorskan bör också erbjuda ytterligare uppföljning vid behov, eller remittera till den specialiserade vården. Eftersom rekommendationen gäller alla gravida så ingår personer med lindriga hälsotillstånd, och därför har denna uppföljning något lägre prioritet än uppföljningen och behandlingen av dem som redan har utvecklat besvär.

Kontroll av förlossningsbristningar och klipp: Det är också relativt högt prioriterat att kontrollera alla förlossningsbristningar och klipp i mellangården före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset för dem som åkt hem tidigt. De aktuella patienterna bedöms ha måttliga till mycket svåra besvär, och kontrollen bidrar sannolikt till att fysiska komplikationer upptäcks tidigt. Denna tidiga kontroll på sjukhuset fångar dock inte upp alla komplikationer, eftersom komplikationer även kan uppstå senare. Därför har kontrollen något lägre prioritet än den tidiga uppföljningen i mödrahälsovården.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Det behövs generellt mer resurser för flera av de rekommenderade insatserna. Din regions kostnadsökning beror på hur ni arbetar i dag – jämför räkneexemplen i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Tidig uppföljning: Uppföljning i form av enbart ett telefonsamtal från en barnmorska kostar knappt 200 kronor per nyförlöst. För hela Sverige blir det omkring 26,4 miljoner kronor. Det motsvarar cirka 17 heltidsanställda barnmorskor, om varje telefonkontakt och journalföring tar 30 minuter och det sker omkring 113 000 förlossningar, som under 2021. Detta är en minimiuppföljning – planera för fler uppföljningstillfällen för dem som behöver det. Även digitalt möte, hembesök och besök på barnmorskemottagningen kan vara aktuellt.

Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär:

Bedömning, behandling och rehabilitering kan uppskattas kosta cirka 2 400 kronor per patient med bäckenbottenbesvär (besök hos specialitläkare och fysioterapeut). För hela Sverige blir det mellan 15,8 miljoner kronor och 18,4 miljoner kronor. Beräkningen bygger på att omkring 9 000–10 000 personer har bäckenbottenbesvär som behöver behandlas.

Kontroll av förlossningsbristningar och klipp: Kontrollen kan vara aktuell efter 82 procent av alla vaginala förlossningar, utifrån statistik om förlossningsbristningar. År 2021 skulle det motsvara 76 000 förlossningar. Kostnaden för hela Sverige blir då omkring 17,7 miljoner kronor. Beräkningen bygger enbart på antalet bristningar av grad 1–2, eftersom de flesta allvarigare bristningar (grad 3–4) redan kan antas kontrolleras i dag. Men du behöver utgå från situationen i din region.

För en god kontinuitet kan den tidiga uppföljningen i mödrahälsovården med fördel utföras av den barnmorska som patienten har träffat under graviditeten. Barnmorskan kallar då till uppföljningen. Som beslutsfattare kan du behöva se över de organisatoriska förutsättningarna för detta.

Se också till att de som har besvär efter förlossningen enkelt kan kontakta mödrahälsovården under månaderna efter förlossningen, för att få en bedömning och vid behov en remiss till en annan vårdinstans.

Vidare kan du behöva förbättra förutsättningarna för ett multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär. Det behövs till exempel tydliga

remitteringsvägar, och patienterna behöver veta vart de ska vända sig i första hand. Om ni saknar ett multiprofessionellt arbetssätt lokalt bör ni ta fram rutiner för remittering till ett multiprofessionellt team någon annanstans.

→ **Läs mer** i webbilagan [Fördjupad konsekvensanalys](#).



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram fem indikatorer för området eftervård. Med dem följer vi upp

- förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning i mödrahälsovården (indikator 5)
- tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning (indikator 6.1)
- personer med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning (indikator 6.2)
- strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården efter förlossning (indikator 7)
- besök på akutmottagning med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter (indikator 8).

→ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Psykisk ohälsa

Många gravida och personer som nyss har fött barn lider av psykisk ohälsa. De kan ha gjort det redan tidigare, eller ha utvecklat psykisk ohälsa i samband med graviditeten eller förlossningen. Detta kan påverka barnet, partner och hela familjen. Ett försämrat samspel med barnet kan till exempel innebära hälsorisker för barnet på både kort och lång sikt. Du som är beslutsfattare bör särskilt säkerställa ett fungerande arbetssätt för de mest utsatta gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa. Det är viktigt att det finns tydliga rutiner för samverkan och en tydlig ansvarsfördelning mellan olika vårdinstanser.

Psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, som psykiska sjukdomar [15].

Rekommendationer: psykisk ohälsa

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

| Id | För gravida eller nyförlösta med ... | Rekommendation | Prioritet |
|----|---|---|-----------|
| 14 | misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom, som behöver vård från flera instanser | Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatrin, primärvården och barnhälsovården. | 1 |
| 15 | misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa | Erbjud multiprofessionell bedömning och behandling. | 4 |
| 16 | misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa | Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa. | 6 |



Så har vi prioriterat

Rutiner för samverkan: Gravida och nyförlösta med en misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom kan behöva vård från flera instanser. De är en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det är då av högsta prioritet att arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården, för att säkerställa en lämplig och god vård. Rutinerna bör tydligt ange vem som ansvarar för omhändertagande, behandling och uppföljning av vården, och hur verksamheterna ska samarbeta utifrån sina specifika kompetenser. Ett sådant samarbete bedöms göra stor nytta för patienterna, och det ökar förutsättningarna för optimal vård. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. Det kan också öka patientens trygghet.

Multiprofessionellt arbetssätt vid psykisk ohälsa: Hälso- och sjukvården kan lättare identifiera psykisk ohälsa och erbjuda vård på rätt nivå om patienter med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa får en multiprofessionell bedömning och behandling. En barnmorska, en psykolog och en läkare arbetar då tillsammans, och remitterar patienten vidare vid behov. De aktuella patienterna har ett hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad. Den faktiska patientnyttan är dock osäker (evidensen har låg tillförlitlighet), så arbetssättet har inte högsta möjliga prioritet. Samtidigt kan det finnas fler positiva hälsoeffekter på längre sikt.

Konsultation av psykolog: Lite lägre prioritet har regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal i

mödrahälsovården. Psykologen kan till exempel ge stöd för ett professionellt förhållningssätt i svåra ärenden, och förklara remissvägar. Konsultationen kan skapa förutsättningar för att tidigt identifiera psykisk ohälsa och ge vård på rätt nivå, men även här är patientnyttan osäker (evidensen har låg tillförlitlighet). Dessutom finns andra insatser som kan fungera bättre. Till exempel minskar behovet av konsultation om ni har tillgång till multiprofessionell bedömning och behandling i din region.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Nästan 1 av 10 gravida i Sverige (9 procent) fick någon insats för psykisk ohälsa 2021, enligt Graviditetsregistret [9]. Socialstyrelsen bedömer att betydligt fler kan behöva stöd. Det finns vissa regionala skillnader, men din region bör troligen avsätta mer resurser till multiprofessionell bedömning och behandling. Hur stora kostnaderna blir beror dels på hur väl ni tillgodoser behoven i dag, dels på hur många gravida som faktiskt har psykisk ohälsa i regionen. Det saknas aktuella uppgifter, men en tidigare svensk studie fann att 14 procent av alla gravida hade någon form av psykisk ohälsa [16] – jämför räkneexemplet i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Multiprofessionellt arbetsätt vid psykisk ohälsa kostar omkring 1 400 kronor per gravid med psykisk ohälsa, om följande ingår:

- 2 besök hos en psykolog eller kurator
- 1 extra besök hos barnmorskan
- dokumentation och regelbundna konsultationer för personalen.

Vi utgår från att 9 procent av de gravida får ett motsvarande stöd i dag.

Scenario 1: 14 procent av alla gravida har psykisk ohälsa. Då behöver 5 700 fler gravida än i dag stöd. Personalkostnaderna för hela Sverige ökar med mellan 7 och 8 miljoner kronor.

Scenario 2: Dubbelt så många som i scenario 1 har psykisk ohälsa, 28 procent av alla gravida. Då behöver drygt 21 000 fler gravida än i dag stöd. Personalkostnaderna för hela Sverige ökar med omkring 40 miljoner kronor.

För att kunna erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling är det viktigt att verka för ett multiprofessionellt samarbete i regionen. Är mödrahälsovården i din region samlokaliserad med primärvårdsenheter som har tillgång till psykolog eller kurator? Då bör ni främst se till att det finns rutiner för samverkan och att ni avsätter resurser utifrån antalet gravida med psykisk ohälsa. I andra fall bör ni se över förutsättningarna för ett multiprofessionellt samarbete, till exempel om mödrahälsovården är en del av hälsovalet.

➔ **Läs mer** i webbilagan [Fördjupad konsekvensanalys](#).



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för området psykisk ohälsa.

Med dem följer vi upp

- rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården (indikator 9.1)
- uppföljning i den specialiserade psykiatrin under graviditet och tiden efter (indikator 9.2).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och se till att de används varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

→ Läs mer

- i Socialstyrelsens broschyr Om implementering [17]
- hos Nationellt prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt [17], och att ledarskapet är centralt i denna process [18]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning väntas bli ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma analyser med andra verksamheter. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas? Får någon patientgrupp vissa insatser oftare än andra? Är det i så fall motiverat?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder i dag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa snabbt?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att nyförlösta undviker att söka vård för att de inte vet vart de ska vända sig.
- Vad lägger personalen mest tid på?

- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt. Arbetet kan till exempel leda till att ni i verksamheten verkar för politiska beslut i frågor där det behövs för att åstadkomma en förändring.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer publiceras vid olika tidpunkter, och kan vara svåra att värdera mot varandra. Det är därför riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla insatser med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” I stället behöver du analysera vilka patientgrupper som ligger längst från det

önskade läget i din verksamhet eller inom ditt ansvarsområde, och fördela mer resurser till dem.

Vissa grupper söker och erbjuds mindre vård

Vissa grupper i samhället söker och erbjuds vård i mindre utsträckning än andra. Hälso- och sjukvården kan till exempel ha svårt att nå minoritetsgrupper med egen kultur och andra språk än svenska [19], och behöva arbeta kompensande med det. Studier visar att kvinnor födda utanför Europa får både sämre vård under graviditet och förlossning och sämre resultat av vården [20].

Personer med obesitas är en annan grupp som söker och erbjuds vård i mindre utsträckning [19]. Detta gäller troligen även gravida med obesitas. De kan känna sig stigmatiserade och diskriminerade i hälso- och sjukvården och bli dåligt bemötta av personalen. Stigmatiseringen beror ofta på okunskap, och därför ingår en rekommendation om kompetensutveckling i dessa riktlinjer (se kapitlet Rekommendationer, avsnittet [Graviditet](#)).

Du som ska implementera dessa riktlinjer bör tänka på att förutsättningarna för en god hälsa för den gravida och barnet ser olika ut för olika grupper.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra – till exempel psykiska sjukdomar

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar, organisationssätt och metoder ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [21]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när en sjukdom är akut, har högteknologisk behandling och främst drabbar män eller främst behandlas av män. Vården under graviditet, förlossning och tiden efter har därmed låg status generellt, eftersom den framför allt ges till kvinnor.

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer bör dessutom tänka på att gravida och nyförlösta med psykiska sjukdomar, obesitas eller beroendesjukdomar har typiska lågstatussjukdomar. Det beror bland annat på fördomar, stigmatisering och diskriminering i både hälso- och sjukvården och samhället i övrigt.

Teknik implementeras oftare än kompetens

Det finns en tendens att verksamheter implementerar nya metoder som bygger på teknik i högre utsträckning än metoder som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [21]. Till exempel kan barnmorskornas kompetens i att stödja de födande förbises i relation till de tekniska innovationer som gjort det möjligt att övervaka och ingripa i förlossningen på olika sätt. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande insatser och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan etablerade problem. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt.

Mödrahälsovården har till exempel ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag att minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och tiden efter. I det förebyggande arbetet ingår bland annat insatser för goda levnadsvanor, som en del av det nationella basprogrammet för graviditetsövervakning. Att arbeta enligt basprogrammet har högsta prioritet i dessa riktlinjer (se kapitlet Rekommendationer, avsnittet [Graviditet](#)).

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.

- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar har samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Hälsan och levnadsvillkoren i Sverige är dock ännu inte jämlika [22]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [23]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

- ➔ **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om mödrahälsovård och förlossningsvård kan behöva uppmärksamma riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till sådant material.

Observera: Socialstyrelsens samlade stöd till mödrahälsovården och förlossningsvården presenteras i ett webbaserat format på socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

Stöd för beslutsfattare och chefer

Nationell plan för graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att ta fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Planen är en del av regeringens ambition att skapa en mer jämlik, nära och patientsäker vård i hela landet. I uppdraget ingår att föreslå mått och indikatorer för utvecklingen av vården. Planen ska lägga grunden för ett mer strategiskt och systematiskt förändringsarbete i regionerna, bland annat för att öka tillgängligheten och minska regionala skillnader.

➔ **Kommande publicering:** Den nationella planen kommer att publiceras i slutet av januari 2024.

Nationella riktlinjer för samtidiga sjukdomar

Många gravida och nyförlösta har olika sjukdomar, funktionsnedsättningar eller ohälsosamma levnadsvanor. Detta kan komplicera omhändertagandet. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Socialstyrelsen har nationella riktlinjer på flera områden som kan vara aktuella.

➔ **Läs mer:**

- [Nationella riktlinjer för vård vid endometrios](#) [24] – med en särskild rekommendation om graviditetsrelaterad smärtlindring

- [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#) [25] – med särskilda rekommendationer för gravida (uppdateras 2024)
- [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#) [10] – med en särskild rekommendation om kombinerad levnadsvanebehandling för gravida, som även ingår i dessa riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter
- [Nationella riktlinjer för diabetesvård](#) [26] – med särskilda rekommendationer för gravida med typ 1-diabetes eller graviditetsdiabetes
- [Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL](#) [27] – med en särskild rekommendation om fortsatt läkemedelsbehandling för gravida
- [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#) [28] – med en särskild rekommendation om att identifiera depression hos nyförlösta
- [Nationella riktlinjer för vård vid adhd och autism](#) [29] (uppdateras 2024) – viktigt med ökad kunskap i hela hälso- och sjukvården, och ett anpassat stöd kan vara särskilt viktigt vid omvälvande livshändelser som graviditet och förlossning
- [Nationella riktlinjer för vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#) [30] – exempel på sjukdomar där vårdområden behöver samverka
- [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#) [31] – exempel på sjukdomar där vårdområden behöver samverka
- [Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni](#) [32] – viktigt med ökad kunskap, innehåller även stöd till hälso- och sjukvårdspersonal.

Kunskapsstöd om neonatalvård

I Socialstyrelsens kunskapsstöd om neonatalvård finns framför allt rekommendationer om att stärka föräldrars delaktighet och det psykosociala stödet. Vi ger också stöd för att hela vårdkedjan kring barn som behöver neonatalvård ska fungera smidigt och säkert – från mödrahjälsövården till barnhälsövården. Kunskapsstödet vänder sig till både beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal.

➔ **Läs mer:** [Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras föräldrar – nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal](#) [33].

Kunskapsstöd om plötslig oväntad död hos spädbarn

Omkring 45 spädbarn avlider plötsligt och oväntat varje år i Sverige. För bara ungefär hälften går det att fastställa en dödsorsak. Socialstyrelsen ger rekommendationer för att förbättra diagnostiken och förebygga oväntad död.

→ **Läs mer:** [Plötslig oväntad död hos spädbarn](#) [34].

Amningsstrategi

Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Konsumentverket har tillsammans tagit fram en nationell amningsstrategi, för att främja och stödja amning effektivt. En viktig utgångspunkt är Tio steg som främjar amning, som baseras på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding.

→ **Läs mer:**

- [Nationell amningsstrategi 2022–2027](#) [35]
- [Tio steg som främjar amning](#) [36].

Samordning av kunskapsprodukter

Socialstyrelsen har undersökt hur olika mottagare i förlossningsvården tar emot ny kunskap och implementerar den. De intervjuade upplever att det finns många kunskapsprodukter från många avsändare, vilket gör det svårt att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet. Det finns också brister i de mottagande organisationerna för att implementera kunskap. Ett steg för bättre samordning är det nu publicerade stödet till mödrahälsovården och förlossningsvården på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard, där rekommendationerna till beslutsfattare i denna rapport ingår.

→ **Läs mer** i rapporten Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap – utifrån vårdområde graviditet, förlossning och tiden efter [37].

Översikt av handläggningen vid normalförlossning

Till skillnad från mödrahälsovården saknar förlossningsvården en tydlig nationell samordning. Socialstyrelsen har gjort en översikt av förlossningsklinikernas egna riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Översikten visar att praxis

skiljer sig. Vissa skillnader kan vara motiverade av regionala förutsättningar och resurser, men på andra områden skulle nationellt samlad vägledning behövas, utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det gäller till exempel

- samordningen mellan enheter för bland annat primärvård (inklusive mödrahälsovård), psykiatri, förlossning, neonatalvård, barnhälsovård och annan eftervård
- amniotomi – att ta hål på fosterhinnorna
- åtgärder vid värksvaghet
- smärtlindring
- uppföljning och återkoppling kring förlossningsskador.

➔ **Läs mer:** [Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer](#) [7].

Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en strategi som pekar ut riktningen för Sveriges arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Ett delmål i strategin gäller graviditet och förlossning:

Alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn.
Alla har också rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort.

➔ **Läs mer:** [Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter – En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen](#) [38].

Nationell högspecialiserad vård för EXIT

Socialstyrelsen har beslutat att den ovanliga operationen ex utero intrapartum treatment (EXIT) ska utgöra nationell högspecialiserad vård och enbart bedrivs vid Karolinska universitetssjukhuset, sedan 1 maj 2020.

➔ **Läs mer** på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Stöd för hälso- och sjukvårdspersonal

Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter – rekommendationer till personal

I de nationella riktlinjerna för graviditet, förlossning och tiden efter ingår förutom rekommendationer till beslutsfattare även rekommendationer till dig som möter patienter.

→ **Läs mer:**

- Rekommendationerna presenteras på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard – se ”För dig som möter patienter”.
- Rekommendationerna bygger framför allt på Socialstyrelsens tidigare publicerade kunskapsstöd [Graviditet, förlossning och tiden efter](#) [1], men också på till exempel [Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet](#) [39] och [Kejsarsnitt? – ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer](#) [40].

Kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd

I Socialstyrelsens kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd beskrivs kunskapsläget för flera av de riskfaktorer som kan orsaka dödföddhet. Där det är möjligt ger vi också rekommendationer utifrån bästa tillgängliga kunskap.

→ **Läs mer:** [Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd](#) [41].

Kunskapsstöd om könsdysfori

Socialstyrelsen ger rekommendationer om utredning och behandling vid könsdysfori. Förutom till dig som möter patienter finns rekommendationer till beslutsfattare.

→ **Läs mer:**

- [Vård av barn och unga med könsdysfori](#) [42]
- [God vård av vuxna med könsdysfori](#) [43].

Rapporter från SBU om graviditet, förlossning och tiden efter

SBU har tagit fram flera rapporter om graviditet, förlossning och tiden efter de senaste åren. Några exempel på slutsatser är att

- svår förlossningsrädsla verkar fångas upp väl av VAS-skalor
- flera insatser mot depression efter förlossning har effekt
- det är viktigt med ett gott omhändertagande när barn föds döda
- det finns sparsamt med forskning om extremt illamående
- det är oviss hur delade bukmuskler behandlas bäst.

➔ **Läs mer** i SBU:s sammanfattande broschyr [Graviditet, förlossning och vården efteråt](#) [44].

Vägledning vid sjukskrivning

Socialstyrelsen har försäkringsmedicinskt beslutsstöd för

- förvärrar och hotande förtidsbörd
- graviditetsillamående och graviditetskräkningar
- graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmärta (inklusive symfyseolys).

Beslutsstödet ska främst hjälpa dig som är läkare i hälso- och sjukvården att bedöma behov av sjukskrivning. Beslutsstödet har två delar: dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av enskilda personers arbetsförmåga.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, roi.socialstyrelsen.se/fmb, under rubriken Graviditet.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

| | |
|-----------------------|---|
| Mia Ahlberg | prioriteringsgruppens ordförande, docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, tillförordnad verksamhetschef för Graviditet och förlossning, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm |
| Kristina Cederlund | utredare, Socialstyrelsen (fr.o.m. våren 2023) |
| Rebecka Lantto Graham | vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen |
| Ingela Lundgren | professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet, legitimerad barnmorska |
| Anna Mattsson | projektledare, Socialstyrelsen |
| Margareta Persson | docent i reproduktiv och perinatal hälsa, Umeå universitet, legitimerad barnmorska, universitetslektor, Umeå Universitet |
| Katarina Remaeus | medicine doktor, Karolinska Institutet, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Barnbördshuset Stockholm AB, Stockholm |
| Birgitta Segeblad | medicine doktor, specialist i obstetrik och gynekologi, mödrahälsovårdsöverläkare, Region Uppsala, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala |

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Socialstyrelsen

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| Natalia Berg | informationsspecialist |
| Lisa Keskitalo | informationsspecialist |
| Rebecka Lantto Graham | vetenskaplig projektledare |
| Cecilia Mård Sterne | informationsspecialist |

SBU

| | |
|----------------------|---|
| Maria Ahlberg | projektadministratör, SBU |
| Ellika Andolf | professor, Karolinska Institutet, läkare |
| Helena Domeij | projektledare, SBU |
| Cecilia Ekéus | professor, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, barnmorska |
| Jan Holst | biträdande projektledare (2023), SBU |
| Ann Kristine Jonsson | informationsspecialist (2023), SBU |
| Ann Josefsson | professor, Hälso- och sjukvårdsenheten, Regionledningskontoret, Region Östergötland, överläkare |
| Jenny Odeberg | projektansvarig chef, SBU |
| Hanna Olofsson | informationsspecialist (2022), SBU |
| Fredrik Tholander | biträdande projektledare (2022), SBU |
| Sigurd Vitols | biträdande projektledare, SBU |
| Johanna Wiss | hälsoekonom, SBU |

Prioritering av rekommendationerna

| | |
|--------------------|---|
| Mia Ahlberg | prioriteringsgruppens ordförande, docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, tillförordnad verksamhetschef för Graviditet och förlossning, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm |
| Katharina Berggren | patientrepresentant, ordförande för Birth Rights Sweden |
| Anette Bornhov | legitimerad barnmorska, samordningsbarnmorska, primärvården, Region Jämtland Härjedalen |
| Catrin Gunnarsson | legitimerad psykolog, specialist i hälsopsykologi, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland |
| Karin Holen | legitimerad fysioterapeut, uroterapeut, Bäckebottencentrum, Verksamhetsområde Kvinnosjukvård, Skånes universitetssjukhus, Malmö |

Graviditet, förlossning och tiden efter

| | |
|----------------------|--|
| Tatiana Kamsties | legitimerad psykolog, psykoterapeut, Specialistmödravårdsmottagningen, Obstetrik- och gynekologimottagningen, Universitetssjukhuset Örebro, Region Örebro |
| Lena Karlegård | legitimerad barnmorska, samordningsbarnmorska, Kvinnohälsövården, Region Blekinge |
| Lars Ladfors | docent, Göteborgs universitet, universitetssjukhus-överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, medicinsk rådgivare, koncernkontoret, Västra Götalandsregionen |
| Lisa-Marie Larisch | patientrepresentant, vice ordförande för Birth Rights Sweden |
| Peppi Nash | medicine doktor, mödrahälsöversläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, verksamhetsområde obstetrik/gynekologi, Region Norrbotten |
| Hanna Nordlöf | överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Kvinnokliniken, Centralsjukhuset Kristianstad, Region Skåne |
| Maria Pliakas | legitimerad sjukgymnast, Fysioterapi Specialistvård/Kvinnosjukvård, Gävle sjukhus, Region Gävleborg |
| Anna Rilfors | legitimerad barnmorska, avdelningschef, Centrum för obstetrik och gynekologi, Skellefteå, Region Västerbotten |
| Anna-Karin Ringqvist | legitimerad barnmorska, verksamhetsutvecklare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, Västra Götalandsregionen |
| Lisa Ryding | legitimerad barnmorska, verksamhetschef, Barnmorskemottagning Stockholm Södra, Region Stockholm |
| Ihsan Sarman | medicine doktor, pensionerad överläkare, specialist i pediatrik och neonatologi, Stockholm |
| Helena Strevens | medicine doktor, docent, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Region Skåne |
| Eva Uustal | docent, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland |

| | |
|------------------------|--|
| Josefina Åberg Liesaho | mödrahälsöovårdsöverläkare, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Mälarsjukhuset, Region Sörmland |
| Karin Ängeby | filosofie doktor, legitimerad barnmorska, forskningsbarnmorska vid Kvinnosjukvården, Region Värmland, och forskningsledare vid Centrum för klinisk forskning och utbildning, Region Värmland |

Projektledning – indikatorer

| | |
|------------------|---|
| Madelene Barboza | projektledare, Socialstyrelsen |
| Christina Broman | utredare, Socialstyrelsen |
| Mikael Ohlin | statistiker, Socialstyrelsen |
| Mia Ahlberg | docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, tillförordnad verksamhetschef för Graviditet och förlossning, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm |
| Maria Jonsson | professor, Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala |
| Ingela Lundgren | professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet, legitimerad barnmorska |
| Olof Stephansson | professor, överläkare, Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset |

Andra medverkande

| | |
|--------------------|---|
| Emelie Andersson | hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) |
| Inga-Maj Andersson | utredare, Socialstyrelsen |
| Johanna Axelsson | kommunikatör, Socialstyrelsen |
| Anders Berg | projektägare, Socialstyrelsen |
| Ellinor Cronqvist | enhetskoordinator, Socialstyrelsen |
| Mattias Fredricson | enhetschef (t.o.m. april 2023) |
| Gunilla Granbom | redaktör, Socialstyrelsen |

Graviditet, förlossning och tiden efter

| | |
|-------------------------|--|
| Caterine Lindwall | webbredaktör, Socialstyrelsen |
| Sofia von Malortie | enhetskoordinator (t.o.m. april 2023), tf enhetschef (fr.o.m. maj 2023) |
| Peter Nygren | projektledare för Socialstyrelsens samlade stöd vid graviditet, förlossning och tiden efter, Socialstyrelsen |
| Maria Nylén | produktionsledare, Socialstyrelsen |
| Louise Ohlén | webbredaktör, Socialstyrelsen |
| Emmelie Pettersén Ugglå | jurist, Socialstyrelsen |
| Katarina Steen Carlsson | hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) |
| Maria Stomrud | kommunikatör, Socialstyrelsen |
| Sofie Sundholm | redaktör, Socialstyrelsen |
| Filippa Svensson | administratör, Socialstyrelsen |
| Susanne Åhlund | utredare, Socialstyrelsen |

Referenser

1. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå Socialstyrelsen; 2022.
2. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
4. Regeringskansliet. FN:s Agenda 2030. Hämtad 2023-03-15 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
5. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience World Health Organization; 2016.
6. Medicinska födelseregistret. 2023. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/medicinska-fodelseregistret/>
7. Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer Socialstyrelsen; 2023.
8. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa : slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Socialstyrelsen; 2019.
9. Graviditetsregistrets årsrapport 2022. Skogsdal Y och Conner P och Elvander L, Storck Lindholm E, Kloow M, Algovik M, Petersson K, Svanvik T, Granfors M på uppdrag av Graviditetsregistret; 2022.
10. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas : prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023. Socialstyrelsen; 2023.
11. ”Har du vunnit på bingolotto för att ha råd att äta dig så tjock?” – bemötande av personer med övervikt eller obesitas inom vården. <https://www.hobs.se/userfiles/modules/blog/text/Rapport%20HOBS%20%2E2%80%9DHar%20du%20vunnit%20p%3%A5%20Bingolotto%20f%3%B6r%20att%20ha%20r%3%A5d%20att%20%3%A4ta%20dig%20s%3%A5%20tjock%2E2%80%9D.pdf>: Hälsa oberoende av storlek (HOBS); 2022.
12. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. Obesity (Silver Spring). 2014; 22(1):5-13.
13. Graviditetsenkäten 2022. Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
14. Kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården - Uppdrag att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården S2022/00902. Nationella vårdkompetensrådet; 2023.
15. Begrepp inom området psykisk hälsa - version 2020. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
16. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(8):937-44.
17. Om implementering. Socialstyrelsen; 2013.

18. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*. 2014; 35:255-74.
19. Huot S, Ho H, Ko A, Lam S, Tactay P, MacLachlan J, et al. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *Int J Circumpolar Health*. 2019; 78(1):1571385.
20. Förlösande för kvinnohälsan? : En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. *Vårdanalys*; 2020.
21. Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.
22. Öppna jämförelser 2020 -Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. *Socialstyrelsen*; 2020.
23. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2019. *Socialstyrelsen*; 2019.
24. Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis : stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2018.
25. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2018.
26. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2018.
27. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL : stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2020.
28. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2021.
29. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till chefer och beslutsfattare.: *Socialstyrelsen*; 2022.
30. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*; 2018.
31. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. *Socialstyrelsen*; 2019.
32. Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni : prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal. *Socialstyrelsen*; 2022.
33. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer : nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. *Socialstyrelsen*; 2021.
34. Plötslig oväntad död hos spädbarn : kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården. Stockholm: *Socialstyrelsen*; 2016.
35. Nationell amningsstrategi 2022-2027. Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, *Socialstyrelsen*, Konsumentverket; 2022.
36. Tio steg som främjar amning. *Socialstyrelsen*, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket; 2021.
37. Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap – utifrån vårdområde graviditet, förlossning och tiden efter *Socialstyrelsen*; 2023.

38. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). 2020.
39. Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet : Nationellt kunskapsstöd till personal i hälso- och sjukvården med fokus på tobak, alkohol och folsyra. Socialstyrelsen; 2022.
40. Kejsarsnitt? Ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer. Socialstyrelsen; 2022.
41. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd. Socialstyrelsen; 2022.
42. Vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare. Socialstyrelsen; 2022.
43. God vård av vuxna med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2015.
44. Graviditet, förlossning och vården efteråt. SBU; 2023.
45. Handbok för utveckling av indikatorer : för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2020.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna för mödrahälsovård och förlossningsvård innehåller 16 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer till beslutsfattare och chefer](#) ovan. Här ger vi en översikt, med motiveringar till varje enskild rekommendation.

Rekommendationerna är uppdelade i följande områden:

- graviditet
- förlossning
- eftervård
- psykisk ohälsa.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan [Rekommendationslista i Excelformat](#).

Graviditet

Till mödrahälsovården

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|--|---|-----------|
| 1 | För alla gravida som skrivs in i mödrahälsovården: Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. | Rekommendationen bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar, och det vore orimligt och oetiskt att inte erbjuda den. | 1 |
| 2 | För gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården. ¹ | Patienterna tillhör en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Att arbeta enligt rutiner för samverkan bedöms ge stor patientnytta, och förutsättningarna för optimal vård ökar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. | 1 |

¹ Rekommendationen gäller även nyförlösta.

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|---|---|-----------|
| 3 | För gravida med obesitas: Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal. ² | Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad, och kompetensutveckling för personal är en förutsättning för att patienterna ska få bästa möjliga vård. Kompetensutvecklingen ger personalen god kunskap om obesitas, och patienterna upplever ett bättre bemötande. | 2 |
| 4 | För gravida med obesitas: Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling. ² | Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Behandlingens effekt är liten till måttlig, men den har inga rapporterade biverkningar, och det finns ingen alternativ behandling för patientgruppen. Behandlingen kan möjligen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt, både för den gravida och barnet. | 4 |
| 5 | Inom ramen för forskning och utveckling , för gravida som behöver utökat stöd: Låt samma barnmorske-team följa den gravida genom hela vårdkedjan. | Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området. | FoU |

Förlossning

Till förlossningsvården

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|--|--|-----------|
| 6 | För nyförlösta som har fött vaginalt: Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar. | Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad, och insatsen bidrar till fler identifierade förlossningsbristningar. Kommentar: Insatsen kan innebära ett viktigt lärandemoment. | 1 |
| 7 | För gravida som är i förlossningens aktiva fas: Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över. | Stödet kan göra patienterna mer nöjda. Det finns dock ingen visad skillnad i medicinska utfall jämfört med ett sedvanligt arbetssätt där barnmorskan har hand om flera födande samtidigt. | 3 |

² Rekommendationen är hämtad från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas [10].

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|---|---|-----------|
| 8 | <p>För gravida som har haft en okomplicerad singelgraviditet utan kända riskfaktorer:</p> <p>Erbjud ett intagningsstest med kardiokografi (CTG) vid ankomsten till förlossningsavdelningen.</p> | <p>Hälsotillståndet (syrebrist hos barnet) har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är inte tillräckligt för att bedöma om intagnings-CTG kan förutsäga syrebrist hos barnet under förlossningen. Det finns ingen skillnad i risken för låg APGAR-poäng, kejsarsnitt eller neonatal intensivvård, jämfört med Pinardstetoskop eller dopplerultraljud. Trygghet för läkare och barnmorskor har också vägts in i prioriteringen.</p> | 4 |
| 9 | <p>För gravida som har fött barn tidigare, har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma:</p> <p>Överväg planerad barnmorskeassisterad hemförlossning.</p> | <p>Hälsotillståndet har en liten svårighetsgrad. Det finns ingen visad skillnad i risk för död, låg APGAR-poäng eller neonatalvård, jämfört med sjukhusförlossning. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för stor blödning efter förlossningen (postpartumblödning), men risken för allvarliga förlossningsbristningar kan vara mindre. I övrigt finns ingen visad skillnad i risker för den födande eller barnet, jämfört med sjukhusförlossning.</p> | 8 |

Eftervård

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|---|--|-----------|
| 10 | <p>För patienter med besvär efter förlossningen:</p> <p>Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården.</p> | <p>Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad, och insatsen är mycket efterfrågad. Den kan öka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tidigt identifiera hälsoproblem och att ge vård på rätt nivå samt bidra till ökad trygghet hos den nyförlösta, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> | 1 |

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|---|---|-----------|
| 11 | <p>För patienter med bäckenbottenbesvär efter förlossningen:</p> <p>Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.</p> | <p>Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetgrad. Insatsen förbättrar patienternas bäckenbottenhälsa och ökar livskvaliteten, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms därmed ge stor patientnytta. Om den inte erbjuds riskerar patienten stort fysiskt och psykiskt lidande.</p> | 1 |
| 12 | <p>För nyförlösta:</p> <p>Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen och den nyförlöstas hälsotillstånd strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från BB.</p> | <p>Det finns ett stort behov av uppföljningen. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan den öka möjligheterna att tidigt fånga upp fysiska och psykiska besvär efter förlossningen, och öka patientens känsla av trygghet. Uppföljningen kan sannolikt också förebygga oplanerade vårdkontakter.</p> | 2 |
| 13 | <p>För nyförlösta med förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi):</p> <p>Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset.</p> | <p>Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetgrad. Kontrollen bidrar till att fysiska komplikationer upptäcks tidigt, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Denna tidiga kontroll fångar dock inte upp alla komplikationer, eftersom komplikationer kan uppstå även senare.</p> <p>Kommentar: Patienten ska alltid få individanpassad information.</p> | 4 |

Psykisk ohälsa

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

| Id | Rekommendation | Motivering | Prioritet |
|----|--|---|-----------|
| 14 | <p>För gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom, som behöver vård från flera instanser:</p> <p>Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatri, primärvården och barnhälsovården.</p> | <p>Patienterna tillhör en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Att arbeta enligt rutiner för samverkan bedöms ge stor patientnytta, och förutsättningarna för optimal vård ökar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. Det kan också öka patientens trygghet.</p> | 1 |
| 15 | <p>För gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa:</p> <p>Erbjud multiprofessionell bedömning och behandling.</p> | <p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar insatsen hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tidigt identifiera psykisk ohälsa och erbjuda vård på rätt nivå. Den faktiska patientnyttan är dock osäker – det saknas evidens. Möjligen kan insatsen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt.</p> | 4 |
| 16 | <p>För gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa:</p> <p>Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa.</p> | <p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar konsultationen personalens förutsättningar att tidigt identifiera psykisk ohälsa, så att patienten kan få vård på rätt nivå. Den faktiska patientnyttan är dock osäker – det saknas evidens. Möjligen kan konsultationen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt. Samtidigt finns andra insatser som kan fungera bättre.</p> | 6 |

Bilaga 2. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning

Här beskriver vi Nationellt basprogram för graviditetsövervakning, som Socialstyrelsen rekommenderar med högsta prioritet (se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet Rekommendationer). I basprogrammet ingår miniminivån av vård som alla gravida bör erbjudas. Syftet är att främja hälsa och stärka föräldraskapet – och att tidigt upptäcka risker för den gravidas eller barnets hälsa.

Vård enligt basprogrammet minskar påtagligt riskerna för allvarliga sjukdomar och död. Denna vård kan betraktas som självklar att erbjuda – att inte göra det vore orimligt och oetiskt. Samtidigt behöver allt fler gravida vård utöver basprogrammet. Det beror på att fler har eller utvecklar medicinska, psykiska eller sociala komplikationer.

Alla regioner arbetar redan i dag enligt basprogram, och Socialstyrelsen har nu samlat arbetssätten för att kunna ge en enhetlig nationell rekommendation. Utöver detta medicinska basprogram finns också psykologiska och sociala basprogram i de flesta regioner.

I de flesta regioner informerar barnmorskorna också om rekommenderade vaccinationer, arbetsmiljö och kemikalier, barnsäkerhet, framtida undersökningar av den nyfödda med mera.

Det är framför allt barnmorskor i mödrahälsovården som arbetar enligt basprogrammet. För många av stegen finns mer stöd på Socialstyrelsens webbplats. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

→ **Läs mer** om vad basprogrammet bygger på i [kunskapsunderlaget för basprogrammet](#).

Första trimestern

Informera om folsyratillskott

Vid första kontakten med den gravida: Informera om vikten av folsyratillskott under den första trimestern, för att minska risken för ryggmärgsbräck hos barnet. Redan den som planerar att bli gravid bör ta folsyratillskott.

Samtala om alkohol

Mycket tidigt i graviditeten:

- Erbjud rådgivande samtal om alkoholens skadliga påverkan på det väntade barnet under hela graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Dokumentera alkoholbruket under det senaste året med AUDIT.
- Vid behov, kartlägg fostrets alkoholexposition med till exempel Timeline Followback.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från alkohol.

Samtala om tobak och nikotinprodukter

Mycket tidigt i graviditeten: Erbjud rådgivande samtal om tobakens och nikotinets negativa påverkan på det väntade barnet. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).

Samtala om narkotika

Mycket tidigt i graviditeten:

- Identifiera narkotikabruk och informera om den skadliga påverkan på det väntade barnet. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Dokumentera substansbruket under det senaste året med DUDIT.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från narkotika.

Ta en anamnes av läkemedelsbehandling

Mycket tidigt i graviditeten:

- Fråga den gravida vilka läkemedel hen använder, inklusive naturläkemedel och kosttillskott.
- Vid behov: Rekommendera dosändring, borttagning av fosterskadliga läkemedel eller fortsättning med medicinskt nödvändiga läkemedel, i samråd med läkare.
- Vid behov: Planera för att avstå från amning om den gravida behöver läkemedel som är olämpliga vid amning, i samråd med läkare.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från beroendeframkallande läkemedel.

Ta en strukturerad anamnes av allvarlig psykisk sjukdom

Mycket tidigt i graviditeten: Undersök om den gravida har eller tidigare har haft en allvarlig psykisk sjukdom, det vill säga en sjukdom som

- kräver sjukhusinläggning eller annan specialistvård i psykiatri
- riskerar att allvarligt påverka föräldraförmågan eller den gravidas eller det väntade barnets hälsa.

Planera vården utifrån resultatet av anamnesen. Vid allvarlig psykisk sjukdom behövs ofta samråd med andra vårdinstanser och aktörer.

Ta en strukturerad medicinsk anamnes, inklusive relevant hereditet

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad medicinsk anamnes, för att identifiera risker för komplikationer för den gravida och det väntade barnet. Inkludera frågor om obstetriskt relevant hereditet.
- **Så tidigt som möjligt:** Ställ frågor om venös trombos, så att den gravida kan få tidig behandling vid behov.
- Planera vården för att främja hälsa, oftast i samråd med läkare.
- **Vid varje besök:** Bedöm de medicinska riskerna och om en läkare behöver konsulteras, eller om basprogrammet behöver kompletteras eller ersättas av en annan vårdplan.

Ta en strukturerad obstetrisk anamnes

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad obstetrisk anamnes, för att identifiera risker för den gravida och det väntade barnet. Inkludera frågor om upplevelser och komplikationer vid tidigare förlossningar och amning.
- **Så tidigt som möjligt:** Ställ frågor om tidigare extrauterin graviditet, så att den gravida kan få en snabb läkarbedömning.
- Planera vården för att främja hälsa, oftast i samråd med läkare.

Ta en strukturerad anamnes av psykisk ohälsa som inte bedöms som allvarlig

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad anamnes av psykisk ohälsa som inte bedöms som allvarlig, för att möjliggöra förebyggande och tidiga insatser.
- Upprepa samtalen under graviditeten, för att upptäcka förändringar av den psykiska hälsan. Går den psykologiska omställningsprocessen som förväntat?

Gör en psykosocial bedömning

Tidigt i graviditeten:

- Ställ frågor om den gravidas psykosociala situation: socioekonomi, psykologiska faktorer, familjesituation, stress och tillgång till stöd.

- Gör en sammanvägd psykosocial bedömning: Kartlägg risker och bedöm om psykosociala insatser behövs.
- Upprepa bedömningen under graviditeten.

Erbjud information om fosterdiagnostik

Tidigt i graviditeten: Erbjud information om fosterdiagnostik, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik (SOSF 2012:20) och lagen om genetisk integritet (2006:351).

Bedöm risken för preeklampsi

Tidigt i graviditeten: Bedöm risken för preeklampsi (havandeskapsförgiftning). Om den gravida har en ökad risk för denna mycket allvarliga komplikation, kan en läkare erbjuda förebyggande behandling.

Samtala om kost

- Samtala om kost och hälsosamma matvanor under graviditeten, och inkludera råd för att främja en hälsosam viktutveckling. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
 - Informera om Livsmedelsverkets rekommendationer om lämplig och olämplig mat för gravida.
 - Om den gravida har ohälsosamma matvanor och är otillräckligt fysiskt aktiv: Erbjud kvalificerat rådgivande samtal, enligt Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [25].
- ➔ **Läs mer:** För gravida med obesitas rekommenderar Socialstyrelsen *kombinerad levnadsvanebehandling*. Se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet Rekommendationer.

Samtala om fysisk aktivitet

- Informera och ge individanpassade råd om fysisk aktivitet under graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Om den gravida är otillräckligt fysiskt aktiv och har ohälsosamma matvanor: Erbjud kvalificerat rådgivande samtal, enligt Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [25].

Uppmärksamma förlossningsrädsla

Tidigt i graviditeten:

- Fråga om känslorna inför förlossningen, och uppmärksamma förlossningsrädsla systematiskt. Använd gärna skattningsskalor som VAS eller FOBS för att bedöma graden av förlossningsrädsla.

- Vid misstanke om förlossningsrädsla: Kartlägg behovet av stöd och behandling med hjälp av en fördjupad anamnes.
- Upprepa frågorna under graviditeten.

Fråga om könsstympning

Identifiera systematiskt gravida som har könsstympats, och erbjud dem en öppningsoperation inför förlossningen. Socialstyrelsen planerar att publicera rekommendationer och stöd för detta i början av 2024.

Beräkna body mass index (BMI)

- Följ den gravidas vikt och beräkna body mass index (BMI), för att planera vården och begränsa riskökningen för den gravida och barnet vid högt BMI.
- För samtal med fokus på hälsosamma levnadsvanor under graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Om den gravida har obesitas (BMI > 30): Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling (se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet Rekommendationer).

Mät blodtrycket

Tidigt i graviditeten:

- Mät den gravidas blodtryck, för att upptäcka och behandla högt blodtryck och preeklampsi (havandeskapsförgiftning).
- Upprepa mätningen under graviditeten.

Ta urinprov

Tidigt i graviditeten: Ta urinprov från den gravida, för att upptäcka och behandla asymtomatisk bakteriuri och andra sjukdomar i urinvägarna.

Urinprovet kan analyseras med sticka för att upptäcka albumin, nitrit och protein. Gör alltid en urinodling om den gravida tidigare har haft njurbäckeninflammation, eller har ökad risk för det av andra skäl.

Kontrollera järndepåerna

Tidigt i graviditeten:

- Mät mängden ferritin i den gravidas blod, för att kontrollera järndepåerna och upptäcka järnbrist.
- Bedöm om den gravida behöver behandling.

Kontrollera hemoglobinet

Tidigt i graviditeten:

- Mät hemoglobinet i den gravidas blod, för att upptäcka blodbrist (anemi).
- Bedöm om den gravida behöver behandling.
- Upprepa mätningen under graviditeten.

Kontrollera sköldkörtelfunktionen

Tidigt i graviditeten: Kontrollera mängden tyroideastimulerande hormon (TSH) och fritt tyroxin i den gravidas blod, för att upptäcka och behandla låg eller hög ämnesomsättning.

Bestäm blodgrupp och erythrocytantikroppar

I graviditetsvecka 10–12:

- Bestäm den gravidas blodgrupp och kontrollera om det finns erythrocytantikroppar, för att förebygga eller behandla allvarlig sjukdom hos det väntade barnet vid behov.
- Om den gravida är RhD-negativ: Bestäm det väntade barnets *RHD*-genotyp, för att kunna förebygga anti-D-immunisering.

I graviditetsvecka 27–29:

- Upprepa kontrollen av erythrocytantikroppar.

Identifiera graviditetsdiabetes

Mät den gravidas blodsocker, för att upptäcka och behandla graviditetsdiabetes. Socialstyrelsen planerar att publicera ett arbete med metoder, gränsvärden och testning för graviditetsdiabetes före sommaren 2024.

Erbjud kompletterande screening med gynekologiskt cellprov

Vid behov: Erbjud cellprov enligt det nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om villkor för avgiftsfri screening (HSLF-FS 2019:14).

Erbjud tidigt ultraljud i vecka 12–13

I graviditetsvecka 12–13: Erbjud ultraljud för att

- konstatera att det väntade barnet lever
- datera graviditeten (mer tillförlitligt än i vecka 18–20)
- bestämma graviditetslängden – som utgångspunkt för senare bedömningar, till exempel beslut om induktion på grund av överburenhet

- upptäcka tvillinggraviditeter
- upptäcka vissa strukturella missbildningar
- stärka förutsättningarna för en optimal vård.

Observera: Barnmorskor och läkare behöver särskild certifiering för att utföra ultraljud. Det tidiga ultraljudet kan också ingå i en annan typ av fosterdiagnostik som den gravida har valt, till exempel KUB eller NIPT.

Ta prov för hiv

- Ta blodprov för hiv hos den gravida.
- Om den gravida har hiv: Ta ett uppföljande prov, och utför åtgärder för att minska risken för allvarliga hälsoeffekter på grund av virusöverföring till barnet, och för att främja den gravidas egen hälsa och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av hiv senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Ta prov för hepatit B

- Ta blodprov för hepatit B hos den gravida.
- Om den gravida har hepatit B: Ta ett uppföljande prov, och utför åtgärder för att hindra att viruset förs över till barnet, och för att främja den gravidas egen hälsa och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av hepatit B senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Hepatit B ökar risken för levercancer och andra leversjukdomar.

Ta prov för syfilis

- Ta blodprov för syfilis hos den gravida.
- Om den gravida har syfilis: Ta ett uppföljande prov, och erbjud den gravida behandling. Tidig behandling är avgörande för att förhindra allvarliga hälsoeffekter hos barnet till följd av överföring av bakterien. Behandlingen är också viktig för att främja den gravidas egen hälsa och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av syfilis senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Ta prov för rubellaimmunitet

- Ta blodprov för rubellaimmunitet – hos alla gravida eller en viss grupp, beroende på rutinerna i din region.
- Om den gravida inte är immun mot rubella: Erbjud vaccination efter graviditeten, för att minska risken för fosterskador vid framtida graviditeter.

Rubella ingår i det nationella barnvaccinationsprogrammet, så de flesta gravida har hittills varit vaccinerade. En ökande andel av befolkningen har dock inte deltagit i vaccinationsprogrammet. Många vaccinerade gravida saknar också påvisbara antikroppar. De blir erbjudna vaccin efter förlossningen på BB eller på vårdcentralen.

Det finns stor risk för allvarliga, irreversibla fosterskador om den gravida har en rubellainfektion de första 16 veckorna av graviditeten.

Ta prov för klamydia

- Ta prov för klamydia hos den gravida.
- Om den gravida har klamydia: Erbjud behandling för att främja hälsan hos den gravida och barnet, och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av klamydia senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Klamydia kan orsaka komplikationer under och efter förlossningen.

Ta prov för gonorré

- Ta prov för gonorré hos den gravida.
- Om den gravida har gonorré: Erbjud behandling för att främja hälsan hos den gravida och barnet, och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av gonorré senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Gonorré kan föras över till barnet vid förlossningen och orsaka allvarlig ögoninfektion.

Ta prov för multiresistenta bakterier

- Bedöm om den gravida riskerar att vara smittad av multiresistenta bakterier.
- Vid ökad risk: Ta prov för multiresistenta bakterier.
- Om den gravida har smittats av multiresistenta bakterier: Erbjud behandling för att förebygga allvarliga hälsoeffekter för den gravida och barnet, och för att hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av multiresistenta bakterier senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Bedöm risken för tuberkulos och ta prov vid behov

- Bedöm om den gravida riskerar att ha latent tuberkulos.
- Vid ökad risk: Ta prov för tuberkulos.

- Om den gravida har tuberkulos: Ta ställning till om det behövs behandling för att främja den gravidas hälsa och hindra att bakterien förs över till det nyfödda barnet.

Om den gravida har latent tuberkulos finns en ökad risk för aktiv sjukdom det första halvåret efter förlossningen. Då riskerar även det nyfödda barnet att smittas.

Andra trimestern

Erbjud ultraljud i vecka 18–20

I graviditetsvecka 18–20: Erbjud ultraljud för att

- undersöka barnets organ för att upptäcka allvarliga missbildningar och sjukdomar
- datera graviditeten, om det inte redan är gjort
- upptäcka tvillinggraviditeter, om det inte redan är gjort
- bestämma moderkakans läge.

Observera: Barnmorskor och läkare behöver särskild certifiering för att utföra ultraljud.

Fråga om våld

Fråga den gravida om erfarenheter av våld och våldsutsatthet. Samtala i enrum utan partner, medförälder eller andra närvarande. Det är viktigt att det finns en handlingsplan för att hantera om den gravida är utsatt för våld.

Frågorna kan ställas även tidigare i graviditeten, eller upprepat enligt en lokal rutin.

Samtala om fosterrörelser

Vid rutinbesöket omkring graviditetsvecka 24: Informera om fosterrörelser.

Auskultera fosterljud

Vid varje besök efter graviditetsvecka 24–25:

- Avlyssna barnets hjärtljud med dopplerultraljud.
- Om du upptäcker hjärtrytmrubbningar: Remittera för vidare bedömning.

Kontrollerna bekräftar också att barnet är vid liv.

Observera: Använd inte dopplerultraljud före vecka 18. Det kan påverka barnet negativt.

Kontrollera symfus-fundusmättet

Upprepade tillfällen efter graviditetsvecka 24–25:

- Kontrollera symfus-fundusmättet.
- Vid tecken på tillväxtavvikelse: Gör ett uppföljande ultraljud, för att kunna erbjuda åtgärder vid behov.

Erbjud föräldraskapsstöd

Erbjud föräldraskapsstöd, för att stärka förmågan att möta barnets behov och underlätta omställningen efter förlossningen.

Samtala om amning

Erbjud reflekterande samtal om erfarenheter, förväntningar och inställning till amning. Informera också om tillmatning och alternativ uppfödning, om den gravida inte kan eller vill amma. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).

Tredje trimestern

Bedöm fosterläget

Omkring graviditetsvecka 35–36:

- Kontrollera fosterläget, oftast genom yttre palpation.
- Vid sätesändläge eller andra avvikande lägen: Bedöm vad som behövs för att förebygga komplikationer.

Erbjud preventivmedelsrådgivning i sen graviditet

Ge råd om möjliga preventivmedel efter graviditeten. Oplanerad graviditet är möjligt även en kort tid efter förlossningen, och preventivmedelsrådgivningen ökar den gravidas möjlighet att göra ett informerat val om sin sexuella och reproduktiva hälsa.

Observera:

- Det är möjligt att sätta in en spiral vid ett kejsarsnitt.
- Det är möjligt att utföra sterilisering vid ett kejsarsnitt, om den gravida är över 25 år, enligt Socialstyrelsens föreskrifter om sterilisering (HSLF-FS 2016:6). Om den gravida är myndig men under 25 år ska ansökan prövas av Rättsliga rådet.
- Det är möjligt att sätta in en p-stav före hemgången från BB.

Eftervård

Erbjud tidig uppföljning under den första till andra veckan efter hemgången från BB

Erbjud tidig uppföljning: Följ upp förlossningen och den nyförlöstas hälsotillstånd strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från BB – vid flera tillfällen om det behövs. Ge råd, stöd och behandling utifrån den nyförlöstas behov. Ge också skriftlig information om vart den nyförlösta kan vända sig vid besvär. Följ till exempel upp

- fysisk och psykisk hälsa
- amningsstöd och stöd vid alternativ uppfödning
- övergången till föräldrskapet
- förlossningsbristningar, blödningar, infektioner, smärta och oro.

Erbjud eftervårdsbesök efter 6–16 veckor

Erbjud eftervårdsbesök 6–16 veckor efter förlossningen. Anpassa denna uppföljning till den nyförlöstas behov, och erbjud flera besök om det behövs. Följande bör ingå:

- Gå igenom förlossningen.
- Samtala om levnadsvanor.
- Mät blodtrycket, hemoglobinet i blodet och den nyförlöstas vikt.
- Erbjud preventivmedelsrådgivning och reproduktiv livsplan.
- Erbjud en gynekologisk undersökning, inklusive bedömning av bäckenbotten.
- Informera och instruera om bäckenbottenträning.
- Följ upp amningen eller den alternativa uppfödningen, och ge stöd vid behov.
- Följ upp den nyförlöstas psykiska hälsa.

Observera: Eftervårdsbesöket behöver vara fysiskt för att den gynekologiska undersökningen ska kunna utföras. Om fler besök erbjuds kan de ske digitalt eller via telefon vid behov.

Bilaga 3. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet. Alla indikatorer listas i tabell 1.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer i denna bilaga redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [45]. En indikator för god vård ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka
- ange en riktning, det vill säga ange om höga eller låga värden är eftersträvarvärda (när vi mäter något utan en sådan riktning använder vi uttrycket *centralt mått* i stället för indikator).

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter

Tabell 1. Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter

| Nr | Namn | Rekommendationens id |
|-----|--|----------------------|
| 1.1 | Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården | 2 |
| 1.2 | Uppföljning i specialiserad vård för riskbruk och beroende av alkohol eller narkotika under graviditeten och tiden efter | 2 |
| 2 | Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal | 3 ¹ |
| 3.1 | Rutiner för två utförare vid diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar | 6 |
| 3.2 | Bristningar vid förlossning bland förstföderskor | 6 |
| 4 | Kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas | 7 |
| 5 | Förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning i mödrahälsovården | 10 |
| 6.1 | Tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning | 11 |
| 6.2 | Personer med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning | 11 |
| 7 | Strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården efter förlossning | 12 |
| 8 | Besök på akutmottagning med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter | 6, 10, 12, 13 |
| 9.1 | Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården | 14 |
| 9.2 | Uppföljning i den specialiserade psykiatrin under graviditeten och tiden efter ² | 14 |

¹ Rekommendationen är hämtad från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas [10].

² Centralt mått.

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- [Rekommendationslista i Excelformat](#)
- [Kunskapsunderlag](#)
- [Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning](#)
- [Hälsoekonomiskt underlag](#)
- [Metodbeskrivning](#)
- [Metodbeskrivning för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning](#)
- [Fördjupad konsekvensanalys.](#)

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter.](#)

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/forlossningsvard.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Vi analyserar också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd, där vi också vänder oss till hälso- och sjukvårdspersonal.



Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2023: Graviditet, förlossning och tiden efter
(artikelnr 2023-12-8878) kan laddas ner på vår webbplats
www.socialstyrelsen.se/publikationer