

Förstärkta insatser för kvinnors hälsa

Uppföljning av regionernas insatser inom området mödrahälsovård, förlossningsvård och kvinnors hälsa 2025

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.

Artikelnummer: 2026-6-10271

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2026

Förord

Regeringen gav i januari 2024 Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp de insatser som regionerna vidtar med anledning av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025*.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvård och företrädare för professionen och patienter.

Utredaren Nina Eklund har varit projektledare och utredaren Charlotte Pihl har utgjort metodstöd. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	6
Socialstyrelsens uppdrag	11
Regionernas insatser och medelsanvändning 2025	14
Antal genomförda insatser	14
Regionernas ekonomiska redovisning	16
Fördelning av medel per insatsområde.....	17
Fördelning av medel över tid.....	19
Regionerna bedömer att många av insatserna har gett effekt	20
Effekter av vissa insatser är svåra att bedöma	22
Insatser per insatsområde	23
Mer sammanhållen vårdkedja	23
Stärkt och utvecklad eftervård	25
Ökad tillgång till aktuell kunskap	26
Stärkt kompetensförsörjning	28
En mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård.....	30
Utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa...32	
En god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning	34
Stärkt tillgänglighet till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygd och glesbygd	36
Regionernas nulägesanalyser	39
Insatserna riktar sig mot olika målgrupper	39
Hur regionerna påverkas av de minskande födelsetalen	40
Utmaningar som regionerna beskriver	40
Avslutande diskussion	44
Vad som följs upp och hur insatser beskrivs	44
Ekonomisk uppföljning och koppling till resultat.....	44
Jämförbarhet och långsiktig uppföljning.....	45
Satsningens effekter på kort och lång sikt.....	46

Referenser.....	47
Bilaga 1. Fördelning av medel	48
Bilaga 2. Procentuell fördelning av medel per region	49

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp de insatser som regionerna har genomfört i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025* mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Insatser inom området vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd ingår inte i denna redovisning.

Överenskommelsen omfattade totalt 1,56 miljarder kronor under 2025, och innehåller åtta utvecklingsområden inom vilka regionerna ska genomföra insatser som stödjer överenskommelsens inriktning.

Regionernas insatser och medelsanvändning

Överenskommelsens insatsområden

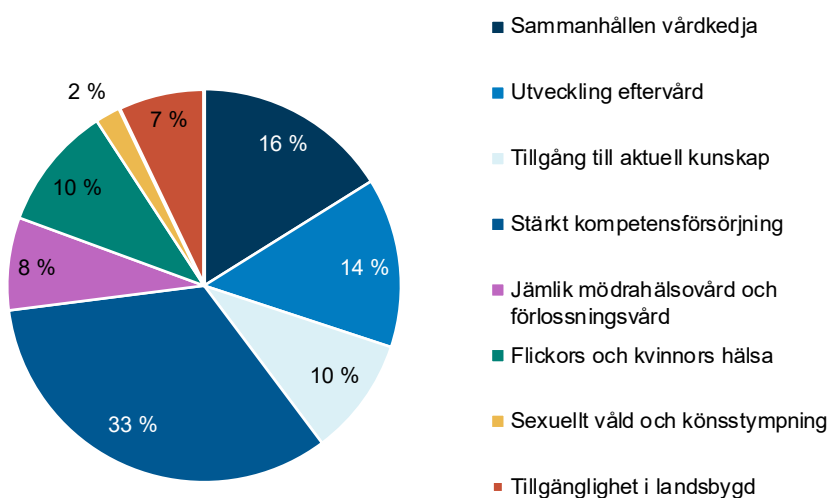
- Mer sammanhållen vårdkedja
- Stärkt och utvecklad eftervård
- Ökad tillgång till aktuell kunskap
- Stärkt kompetensförsörjning
- En mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård
- Utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa inklusive sexuell och reproduktiv hälsa och sjukdomar som främst drabbar kvinnor
- En god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning
- Särskilda insatser för att stärka tillgängligheten till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygd och glesbygd

Regionerna har under 2025 genomfört totalt 977 insatser med medel från överenskommelsen. Enligt Socialstyrelsens anvisningar ska regionerna redovisa högst fyra insatser per insatsområde, och sammanlagt har 169 insatser beskrivits närmare. Detta inkluderar både nya insatser och insatser som löper över flera år.

Samtliga regioner uppger att de har använt hela det tilldelade statsbidraget och 15 regioner har redovisat hur medlen fördelats mellan insatsområdena, se diagrammet nedan.

Fördelning av medel per insatsområde nationellt 2025

Samlad fördelning mellan insatsområdena i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Regionernas redovisningar av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på 15 regioners redovisningar.

Fördelningen av medel mellan insatsområdena har förändrats under perioden 2023–2025. Stärkt kompetensförsörjning, som tillkom 2024, är fortsatt största insatsområdet (30 procent 2024 och 33 procent 2025). Medel till utveckling av eftervård har mer än fyrdubblats, från 3 procent 2023 till 14 procent 2025, och även andelen till sammanhållen vårdkedja har ökat tydligt, från 8 till 16 procent 2024–2025, medan flickors och kvinnors hälsa ligger på 10 procent 2025 jämfört med 8 procent de två föregående åren. Samtidigt har andelen medel till tillgång till aktuell kunskap minskat från 20 till 10 procent, till jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård från 20 till 8 procent, och till särskilda insatser i landsbygd och glesbygd från 13 till 7 procent, medan området en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ligger kvar på en låg nivå och minskar från 3 till 2 procent. Förändringarna behöver tolkas försiktigt eftersom både indelningen av insatsområden och antalet regioner som redovisat fördelning mellan dessa har varierat över tid.

Regionerna bedömer att många av insatserna har gett effekt

En majoritet av insatserna bedöms ha lett till konkreta förbättringar under 2025. Sammantaget anger regionerna att 71 procent av de redovisade insatserna har gett resultat eller effekt. Andelen är högst inom särskilda insatser för landsbygd och glesbygd (83 procent), stärkt kompetensförsörjning (76 procent) och ökad tillgång till aktuell kunskap (75 procent). Här lyfts bland annat utbildningsanställningar, mentorskap, handledarutbildningar och team- och scenarioträning som åtgärder som bidragit till tryggare personal, mer stabil bemanning och stärkt patientsäkerhet. Inom mer sammanhållen vårdkedja och eftervård beskrivs förbättringar som nollseparation och mer familjecentrerad vård, tydligare vårdflöden och kontaktvägar, hem- och BB-hemma-lösningar samt stärkt omhändertagande vid bäckenbottenbesvär och amningssvårigheter. Inom utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa samt vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning beskriver regionerna att riktade utbildningar, förstärkta team och mottagningar samt tydligare vårdprocesser har förbättrat omhändertagandet, ökat tillgängligheten och gett bättre stöd till särskilt utsatta grupper.

Regionernas nulägesanalyser

Många regioner rapporterar att de minskade födelsetalen inte har inneburit ett minskat resursbehov. Tvärtom bedöms vårdtyngden ha ökat till följd av fler riskgraviditeter, fler igångsättningar, ökad psykisk ohälsa och ett utökat uppdrag inom eftervård och kvinnors hälsa. Flera regioner beskriver samtidigt att de, med färre födselar, i högre grad hinner med både den ordinarie vården och det ökade vårdbehovet samt implementering av nya arbetssätt, medan andra lyfter att färre förlossningar utmanar deras möjligheter att ge barnmorskestudenter och ny personal tillräcklig mängdträning. Regionerna ger uttryck för att de statliga medlen varit en förutsättning för att upprätthålla bemanning, utvecklingsarbete och kompetensförsörjningsinsatser, särskilt i glesbygd.

Utmaningar som regionerna beskriver

Regionerna rapporterar fem huvudsakliga utmaningar. Fyra återkommande områden framträder:

Kompetensförsörjning. Regionerna har svårt att rekrytera och behålla personal, särskilt i glesbygd, vilket ger små enheter, risk för ensamarbete och fortsatt beroende av hyrpersonal. Det försvårar möjligheten att uppfylla

nationella nyckeltal, till exempel en barnmorska per födande och förstärkt eftervård, och innebär att oerfarna medarbetare ibland får stort kliniskt ansvar tidigt.

Begränsade ekonomiska ramar. Flera regioner beskriver ansträngda budgetar och betonar att verksamheter och funktioner som byggts upp med medel från överenskommelserna är svåra att permanenta inom ordinarie ekonomiska ramar. Osäkerhet kring framtida finansiering försvårar långsiktiga beslut.

Behov av fördjupad kompetens och specialistkunskap. Vården blir mer komplex genom samsjuklighet hos gravida och fler barn inom neonatalvården, vilket ökar behovet av kontinuerlig fortbildning och teamträning, bland annat inom bäckenbottenhälsa, bristningsdiagnostik, amningsstöd, klimakterievård, sexuell och reproduktiv hälsa samt psykisk ohälsa. Samtidigt begränsar en ansträngd ekonomi och högt vårdtryck möjligheterna att avsätta tid för utbildning, handledning, verksamhetsförlagd utbildning och forskning.

Samverkan och ansvarsfördelning. Skillnader i organisationsstrukturer, journalsystem och remissrutiner gör det svårt att skapa ett sammanhållet flöde mellan mödrahälsovård, förlossning, BB, neonatalvård, barnhälsovård, primärvård och psykiatri. Det gäller särskilt för kvinnor med komplexa behov, som riskerar att hamna mellan vårdnivåer och vårdgivare, vilket gör behovet av gemensamma arbetssätt och strukturerade uppföljningskedjor stort.

Ojämlig vård. Kvinnor som är utrikesfödda, har psykisk ohälsa eller bor i glesbygd lyfts som grupper där vårdens utbud och arbetssätt inte alltid motsvarar behoven, och där resultat skiljer sig från övriga befolkningen. Regionerna beskriver svårigheter att nå dessa grupper med till exempel eftervårdsbesök och föräldraskapsstöd, samt språkliga och kulturella hinder genom begränsad tillgång till tolk, behov av kulturdoulor, språkanpassat material och utbildning i kulturförståelse.

Avslutande diskussion

Uppföljningarna av regionernas redovisningar visar att de statliga medlen använts för ett omfattande och varierat utvecklingsarbete. Mot denna bakgrund framträder tre områden där förutsättningarna för uppföljning av medel kan stärkas framöver.

- Regionerna beskriver insatser på olika sätt och med olika detaljnivå, vilket försvårar jämförelser samt analys av insatsernas måluppfyllelse.
- Flera regioner har inte redovisat hur medel fördelats mellan insatsområden, särskilt när satsningar integreras i ordinarie verksamhet

eller sträcker sig över flera delar av vårdkedjan, vilket begränsar möjligheten att koppla kostnader till resultat.

- Insatsområdena överlappar dessutom delvis och har justerats över tid, vilket försvårar avgränsning och långsiktig uppföljning.

Regionerna redovisar att de i stor utsträckning använt överenskommelsens medel för att hantera kända resurs- och kompetensbrister. På kort sikt har detta bidragit till ökad stabilitet och patientsäkerhet, men innebär också att en del av medlen i praktiken har använts för att förvalta befintliga verksamheter snarare än för mer genomgripande utveckling av nya arbetssätt och strukturer. Många regioner beskriver svårigheter att långsiktigt finansiera sådana insatser inom ordinarie budget, vilket ökar risken att förbättringar inte fullt ut integreras i den ordinarie strukturen utan förblir tidsbegränsade och mindre hållbara.

Sammantaget pekar detta på behov av gemensamma principer för hur insatser och kostnader ska beskrivas och följas upp, samt en starkare koppling till mål och indikatorer i nationella riktlinjer, planer, kvalitetsregister och patientenkäter. Det behövs också strategier för hur satsningens resultat kan bli permanenta och integreras i ordinarie verksamhet, så att utvecklingsarbetet kan bli mer långsiktigt och mindre beroende av tidsbegränsade statsbidrag. Detta kan även ge ett bättre underlag för lärande, styrning och prioritering i regionerna och tydligare förutsättningar för att bedöma om satsningen leder till förbättringar för flickors och kvinnors hälsa.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har i regeringsuppdrag (S2025/00314 (delvis)) ansvar att nationellt samordna, stödja och systematiskt följa upp arbetet för en stärkt mödrahälsovård, förlossningsvård, hälso- och sjukvård för flickors och kvinnors hälsa samt vård för personer som utsatts för sexuellt våld [1]. Som en del i detta uppdrag ska Socialstyrelsen följa upp insatser som regionerna har genomfört inom ramen för överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025*, som staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingick i december 2024 [2]. Uppföljningen ska redovisas till Regeringskansliet senast den 15 juni 2026 och utgör en del av delredovisningen av huvuduppdraget.

Regionerna ska redovisa vilka insatser som genomförts med stöd av tilldelade medel från överenskommelsen samt användning och förbrukning av medel för verksamhetsåret 2025. Vidare ska regionerna göra en nulägesanalys av tillståndet i mödrahälsovården och förlossningsvården samt beskriva de utmaningar som återstår.

Överenskommelsen omfattade totalt 1,56 miljarder kronor¹, varav 1,38 miljarder kronor² fördelades till regionerna efter befolkningens mängd och 150 miljoner kronor till regioner med stor andel befolkning på landsbygd (se bilaga 1). Därutöver avsattes 14 miljoner kronor till SKR för samordning och 10 miljoner kronor för insatser inom sällsynta hälsotillstånd. Insatser inom det sistnämnda området ingår inte i denna redovisning.

Genomförande av uppdraget

Denna rapport bygger på regionernas egna redovisningar av genomförda insatser. Socialstyrelsens uppdrag är att följa upp och sammanställa dessa redovisningar. Det ingår inte i uppdraget att utvärdera eller bedöma regionernas arbete, utan rapporten återger hur regionerna själva beskriver sina insatser, utmaningar och resultat. Regionerna lämnade sina redovisningar till Socialstyrelsen senast den 31 mars. Nytt för året är att regionerna ska redovisa fyra insatser per insatsområden i stället för samtliga genomförda insatser.

¹ 1 557 600 000 kronor.

² 1 383 600 000 kronor.

Regionernas redovisningar av insatser

Samtliga regioner har inkommit med redogörelser för sina insatser inom överenskommelsens olika utvecklingsområden med stöd av medlen. Regionerna har även besvarat frågor om tillståndet i mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården, och beskrivit om det finns regionala skillnader i vården och vilka utmaningar som återstår inom respektive insatsområde. Regionerna ombads redovisa hur de skapat förutsättningar för att berörda medarbetare ska ha god kännedom om Socialstyrelsens kunskapsstöd *Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet och vård på rätt nivå* [3] och *Nationella riktlinjer för graviditet, förlossningsvården, inbegripet eftervården* [4]. Regionerna ombads redovisa hur de arbetat vidare med den kompetensförsörjningsplan som de redovisade 2024. Slutligen har regionerna besvarat frågor om hur de fördelat medel från överenskommelsen.

Vad räknas som en insats och hur ska regionernas redovisningar tolkas?

Vad som räknas som en insats är varken definierat i överenskommelsen eller närmare fastställt i enkäten som skickades ut till regionerna. Varje region avgör därför själv vad som räknas som en insats. Det kan göra att antalet insatser skiljer sig åt mellan regionerna. Insatserna varierar både i omfattning och antal mellan regionerna.

I enkäten har regionerna redovisat hur många insatser de genomförde inom ramen för överenskommelsen under 2025 samt lämnat beskrivningar av upp till fyra insatser per insatsområde. Uppgifterna om totalt antal insatser per region ger därmed en övergripande bild av omfattningen av regionernas utvecklingsarbete inom överenskommelsen, men bör tolkas som en indikation på omfattningen snarare än ett jämförbart mått mellan regioner.

De insatser som regionerna beskriver i enkäten utgör endast ett urval av det arbete som genomförts inom respektive insatsområde. Sammanställningen ger därmed främst underlag för att belysa övergripande inriktningar i utvecklingsarbetet. Den ger inte en heltäckande bild av samtliga insatser som genomförts inom överenskommelsen.

För de insatser som beskrivs har regionerna också angett om de riktats till särskilda målgrupper, hur de har följts upp och om de bedöms ha bidragit till resultat under 2025, inklusive minskade skillnader i vården mellan olika grupper av kvinnor. Dessa uppgifter speglar regionernas egna bedömningar av utfall och effekter och bör ses som en redovisning av hur regionerna själva värderar sitt arbete, inte som jämförbara effektmått mellan regioner.

Dialog med andra aktörer

I april 2025 förde Socialstyrelsen dialog med regionerna om deras nulägesanalyser av tillståndet i mödrahälsovården och förlossningsvården, med särskilt fokus på kompetensförsörjning. En del av dialogen handlade om regionernas behov av stöd och samordning från Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har även haft löpande dialog med regionerna om enkäten och för att kunna svara på deras frågor, om 2025 års redovisningar samt om huvuduppdraget (S2025/00314 (delvis)).

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen under 2025 haft dialog med SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, samt med närliggande uppdrag inom Socialstyrelsen.

Agenda 2030

Arbetet med att följa upp överenskommelsen knyter an till Agenda 2030 genom mål 3 *god hälsa och välbefinnande*, mål 5 *jämställdhet* och mål 10 *minskad ojämlikhet*.

Regionernas insatser och medelsanvändning 2025

Regionerna har under 2025 genomfört ett omfattande utvecklingsarbete med stöd av medlen i överenskommelsen, och samtliga tilldelade medel har tagits i anspråk. Samtidigt skiljer sig både antalet insatser och sättet att redovisa medelsanvändningen åt mellan regionerna. Nedan redovisas, utifrån regionernas egna uppgifter, hur många insatser som genomförts och hur medlen har fördelats mellan olika insatsområden och över tid.

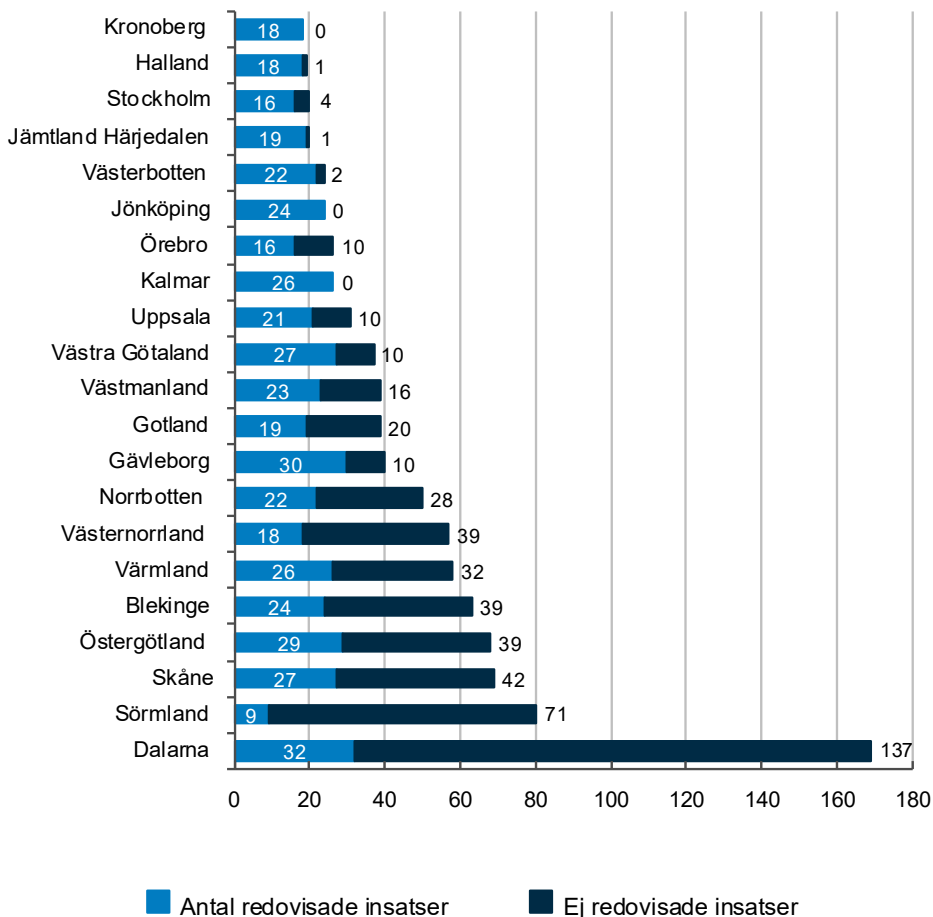
Antal genomförda insatser

Regionerna har redovisat att de genomfört totalt 977 insatser med medel från överenskommelsen 2025. Detta inkluderar både nya insatser och insatser som löper över flera år. Antalet insatser varierar mellan regionerna från 18 insatser i Kronoberg till 169 insatser i Dalarna³, se diagram 1. Antalet rapporterade insatser varierar också och tre regioner Kronoberg, Jönköping och Kalmar, rapporterade in samtliga insatser.

³ I rapporten används regionernas namn utan prefixet "Region" för att underlätta läsningen. Exempelvis skrivs Dalarna och Västerbotten i stället för Region Dalarna och Region Västerbotten.

Diagram 1. Antal genomförda insatser 2025

Antal genomförda och rapporterade insatser inom ramen för överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.

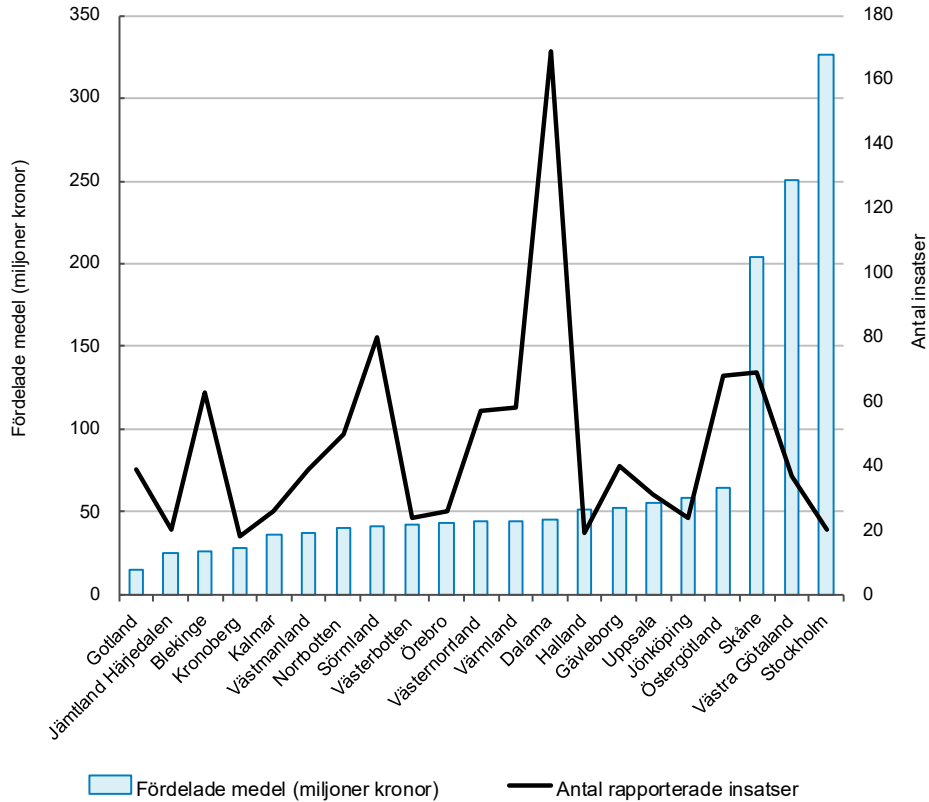


Källa: Regionernas redovisningar av insatser under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på samtliga regioners redovisningar.

Diagram 2 visar antal genomförda insatser i relation till fördelade medel per region. Antalet insatser är dock inte direkt jämförbart med hur mycket medel en region fått, eftersom regionerna definierar och avgränsar insatser på olika sätt. Regioner som redovisar färre insatser kan ha genomfört mer omfattande, breda satsningar, medan andra har valt att dela upp insatserna i flera mindre punktinsatser.

Diagram 2. Antal genomförda insatser i förhållande till fördelade medel 2025

Antal genomförda insatser i förhållande till fördelade medel inom ramen för överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på samtliga regioners redovisningar.

Regionernas ekonomiska redovisning

I redovisningarna till Socialstyrelsen för 2025 anger 15 regioner att de kan redovisa hur de har fördelat medlen från överenskommelsen mellan de olika insatsområdena, se bilaga 2 för fördelning av medel per region.

Några regioner beskriver att de har förstärkt insatserna med egna medel utöver statsbidraget. Skåne uppger till exempel att de har använt mer resurser till kompetensförsörjning än vad som tilldelats genom överenskommelsen, och Östergötland anger att de har satsat egna medel i nivå med statsbidraget på aktiviteter kopplade till överenskommelsen. Uppgifter om medfinansiering har inte efterfrågats i uppföljningen, och det är därför möjligt att fler regioner använder egna medel för att genomföra insatser inom ramen för överenskommelsen.

Blekinge, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Västra Götaland och Örebro⁴ har inte redovisat hur de utbetalda medlen har fördelats mellan insatsområdena. De uppger framför allt att många insatser sträcker sig över flera insatsområden och därför inte låter sig delas upp på ett tydligt sätt. I Jönköping och Västra Götaland har medlen integrerats i respektive kvinnokliniks ordinarie budget i stället för att öronmärkas per insatsområde. Kalmar beskriver att medlen har fördelats till flera olika verksamhetsområden såsom kvinnoklinik, rehabilitering, neonatalvård, primärvård och regional utvecklingsförvaltning, vilket ytterligare försvårar en uppdelning per insatsområde. Sammantaget bedömer regionerna att en sårredovisning per insatsområde inte skulle bli meningsfull eller tillförlitlig.

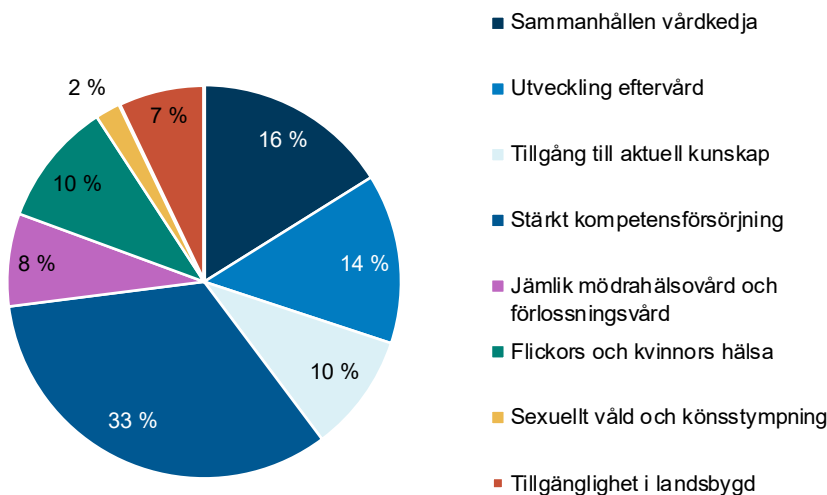
Fördelning av medel per insatsområde

Bland de regioner som kan redovisa fördelningen av medel framgår att en stor del av medlen används för att stärka kompetensförsörjningen (33 procent), se diagram 3. Därefter är de insatsområden som regioner lagt mest medel på mer sammanhållen vårdkedja (16 procent) och stärkt och utvecklad eftervård (14 procent). Regionerna avsätter en något mindre andel till insatsområdena ökad tillgång till aktuell kunskap (10 procent), liksom utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa (10 procent), medan en mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård står för 8 procent. Nationellt har 7 procent av medlen fördelats på stärkt tillgänglighet till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygd och glesbygd men det varierar mycket mellan regionerna hur mycket som lagts på insatsområdet. Det förekommer också att medel som beviljats för landsbygd redovisas under andra insatsområden, exempelvis när insatserna riktas till hälsocentraler i landsbygd och glesbygd för att stärka samverkan mellan primärvård och slutenvård, vilket Jämtland Härjedalen tydliggör i sin redovisning.

⁴ Samma sex regioner redovisade inte medel fördelat mellan insatsområden tidigare år.

Diagram 3. Fördelning av medel per insatsområde nationellt 2025

Samlad fördelning mellan insatsområdena i överenskommelsen En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025.



Källa: Regionernas redovisningar av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på 15 regioners redovisningar.

Ett återkommande mönster i redovisningarna är att överenskommelsens insatsområden delvis överlappar varandra. Regionerna beskriver att en insats ofta bidrar till flera insatsområden samtidigt, till exempel både stärkt kompetensförsörjning, mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård, och utveckling av eftervård. Det innebär att de ekonomiska uppgifterna per insatsområde behöver tolkas med viss försiktighet, eftersom de inte fångar hela bredden i regionernas insatser. Samtidigt skiljer sig insatsområdenas omfattning åt. Insatsområdet mer sammanhållen vårdkedja berör i princip alla som söker vård eller stöd under graviditet, förlossning och tiden efter förlossning, medan insatsområdet en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning avser en betydligt mindre patientgrupp. Sammantaget innebär detta att det är svårt att dra långtgående slutsatser om hur regionerna har prioriterat insatsområdena enbart utifrån de ekonomiska uppgifterna.

Av de regioner som kan redovisa hur medel har fördelats inom överenskommelsens olika insatsområden har en majoritet fördelat medel på samtliga insatsområden. Ett fåtal regioner har valt att inte fördela medel till insatsområdena stärkt och utvecklad eftervård, ökad tillgång till aktuell kunskap, en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning och stärkt tillgänglighet till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygd och glesbygd.

Fördelning av medel över tid

Fördelningen av medel mellan insatsområdena har förändrats under perioden 2023–2025, se diagram 4. Stärkt kompetensförsörjning, som tillkom i överenskommelsen 2024, utgjorde 30 procent respektive 33 procent 2024 och 2025 och är därmed fortsatt det största insatsområdet. Medel till utveckling av eftervård har mer än fyrdubblats under perioden, från 3 procent 2023 till 14 procent 2025, vilket tyder på en förstärkt prioritering av arbetet med kvinnors fysiska och psykiska hälsa efter graviditet och förlossning.

Jämfört med 2024 har andelen medel till sammanhållen vårdkedja ökat från 8 till 16 procent, och flickors och kvinnors hälsa ligger på 10 procent 2025, jämfört med 8 procent de två föregående åren.

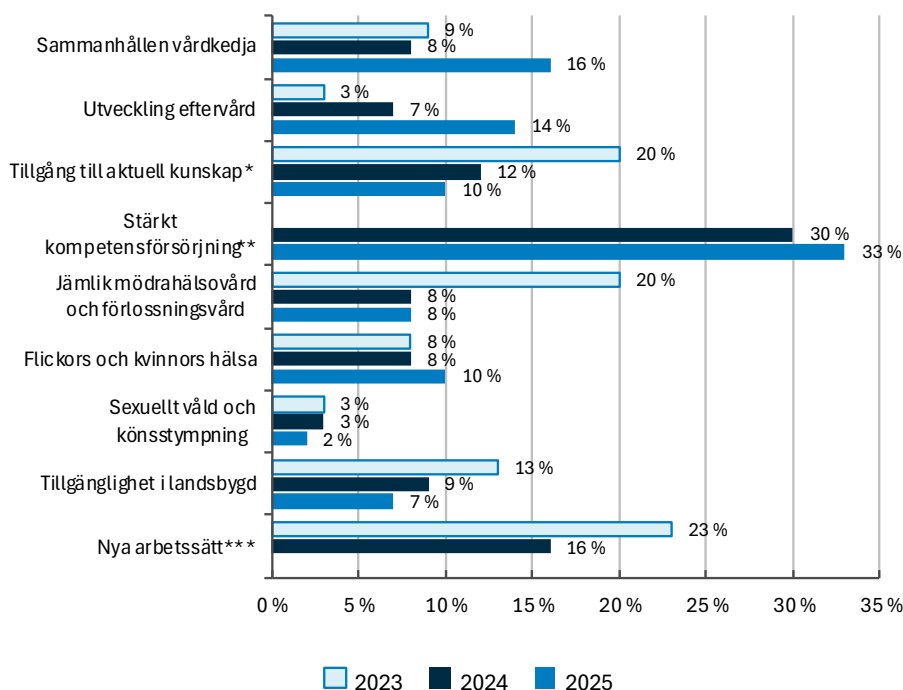
Samtidigt har andra insatsområden fått en minskad andel av medlen. Andelen medel som redovisas för tillgång till aktuell kunskap (tidigare utveckling av relevant kompetens) har minskat från 20 procent 2023 till 12 procent 2024 och 10 procent 2025. Insatser för en mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård omfattade 20 procent av medlen 2023 men ligger därefter på 8 procent både 2024 och 2025. Även medlen till särskilda insatser för tillgänglighet i landsbygd och glesbygd har minskat något över tid, från 13 procent 2023 till 9 procent 2024 och 7 procent 2025. Området en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning står likt föregående år för en liten del av de redovisade medlen och har minskat från 3 procent 2023–2024 till 2 procent 2025. Trots att EU år 2024 antog direktiv (EU) 2024/1385⁵ om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer, med skärpta krav på hälso- och sjukvårdens stöd till dessa grupper, har inga medel ännu tydligt omfördelats till insatsområdet.

Tolkningen av förändringarna mellan åren behöver göras med viss försiktighet. Dels har indelningen av insatsområden förändrats över tid, stärkt kompetensförsörjning tillkom 2024 och insatsområdet nya arbetssätt ingår inte längre från och med 2025. Dels baseras sammanställningen på ett varierande antal regioner som har redovisat hur de har fördelat medel mellan insatsområdena under de tre åren, vilket innebär att resultaten inte ger en heltäckande bild av hur samtliga medel i överenskommelsen har fördelats mellan insatsområdena.

⁵ Direktiv (EU) 2024/1385 om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer ställer gemensamma minimikrav på bland annat hälso- och sjukvården, gällande tillgång till medicinsk, psykologisk och rättsmedicinskt inriktad vård för personer som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning. För Sverige innebär detta att vården behöver arbeta mer systematiskt med att identifiera våldsutsatthet, säkerställa tydliga vårdvägar och likvärdig tillgång till insatser i hela landet samt stärka utbildning och kompetens hos berörda yrkesgrupper inför genomförandet senast 2027.

Diagram 4. Förändring i fördelning av medel per insatsområde 2023–2025

Fördelning av medel mellan insatsområdena över tid i överenskommelserna för 2023–2025.



* Insatsområdet hette tidigare utveckling av relevant kompetens.

** Insatsområdet stärkt kompetensförsörjning tillkom i överenskommelsen 2024.

*** Nya arbetssätt var inte ett insatsområde i överenskommelsen 2025.

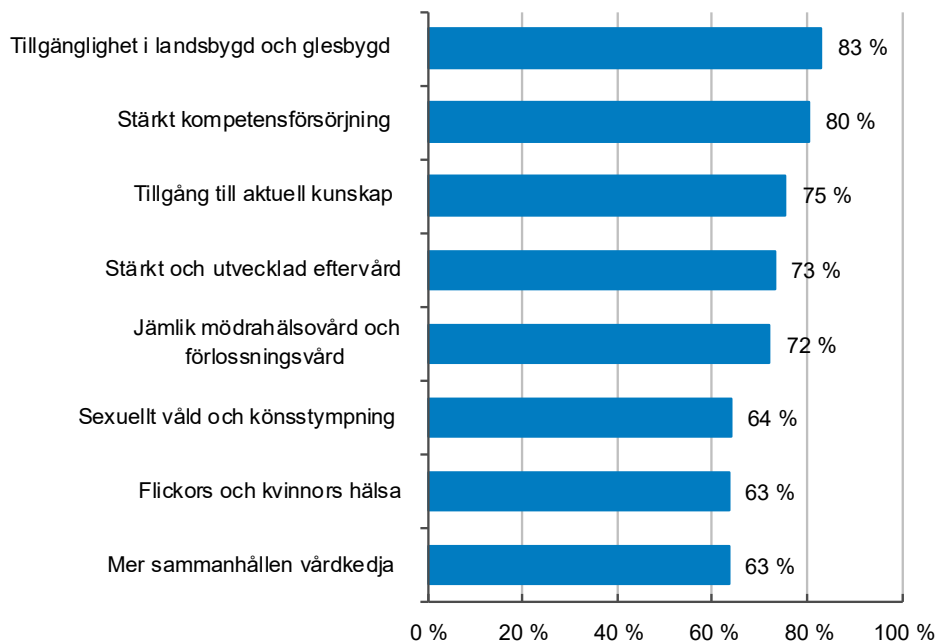
Källa: Regionernas redovisningar av fördelning av medel på respektive insatsområde under Verksamhetsåren 2023, 2024 och 2025. Sammanställningen baseras på 12, 14 respektive 15 regioners redovisningar.

Regionerna bedömer att många av insatserna har gett effekt

Regionerna bedömer att en majoritet av de redovisade insatserna har lett till konkreta förbättringar under 2025, och rapporterar att 71 procent av insatserna inom flera områden gett positiva resultat eller effekter jämfört med 2024, se diagram 5. Det område som rapporterades ha högst andel insatser med resultat eller effekter var tillgänglighet i landsbygd och glesbygd (83 procent). Blekinge och Gotland rapporterar att bibehållna barnmorskemottagningar är avgörande för nära vård, medan Västerbotten och Gävleborg lyfter digitala lösningar och mottagningar i glesbygd som ett sätt att säkra jämlik tillgång till vård.

Diagram 5. Andel insatser som har bedömts ge resultat eller effekt per insatsområde

Diagrammet visar andelen insatser inom respektive insatsområde som bedömts ha gett resultat eller effekt under 2025. Bedömningen baseras på regionernas egna uppgifter.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på samtliga regioners redovisningar.

Stärkt kompetensförsörjning (80 procent) och tillgång till aktuell kunskap (75 procent) bedömes också ge effekt. Dalarna och Jönköping lyfter utbildningsanställningar, mentorsprogram och återkommande team- och scenarioträning som skäl till tryggare personal och full bemanning. Flera regioner beskriver breda utbildningsinsatser inom exempelvis bäckenbottenvård, amning och psykisk ohälsa. Dalarna och Kronoberg redogör för strukturerad CTG-utbildning⁶. Vidare redogör Jönköping och Örebro om riktade utbildningsdagar om psykisk ohälsa.

För insatsområdena jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård (72 procent), sexuellt våld och könsstympning (64 procent), mer sammanhållen vårdkedja samt flickors och kvinnors hälsa (båda 63 procent) ser regionerna också effekter, om än i något lägre grad. Östergötland lyfter att en satsning om barnmorskor på vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden har lett till att fler kvinnor får efterkontroll, hjälp med preventivmedel och cellprovtagning. Norrbotten anger att barnmorskeresurser på en lågröskelmottagning ökar tillgängligheten för socioekonomiskt utsatta kvinnor. Halland, Gävleborg och Kronoberg lyfter

⁶ CTG (kardiotocografi) är en metod för att övervaka fostrets hjärtljud och livmoderns sammandragningar under graviditet och förlossning.

olika satsningar på utvecklade arbetssätt och mottagningar för personer som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning, och i Skåne och Västra Götaland framhålls traumamottagning, kulturtolk och ett särskilt resursteam som viktiga för ett mer sammanhållet och jämlikt stöd till målgruppen.

Effekter av vissa insatser är svåra att bedöma

Flera regioner uppger att det ännu inte går att bedöma om insatserna har lett till någon effekt. Vanligast är att insatserna är nya eller fortfarande pågår, till exempel nya schemamodeller, utbildnings- och informationsinsatser samt utvecklingsprojekt som teamfödelse, vattenfödelse, kulturdoulor och satsningar på unga kvinnors menstruationshälsa. Tiden har varit för kort för att se förändringar i tillgänglig statistik, såsom Graviditetsregistret eller Graviditetsenkäten, eller att insatserna ännu bara genomförts i pilotform. Samtidigt har inte alla insatser följts upp ännu. Regionerna rapporterar att 44 procent av 2025 års insatser har följts upp, 23 procent är föremål för pågående uppföljning och 17 procent planeras att följas upp. Endast 15 procent har inte följts upp eller planeras inte att följas upp. För de insatser där uppföljning ännu inte genomförts, både de 17 procent där uppföljning planeras och de 15 procent där uppföljning varken genomförts eller planeras, anger några regioner att skälet är att insatserna är nya eller ännu inte fullt ut implementerade.

En annan återkommande förklaring till att regionerna inte har redovisat effekten av vissa insatser är att flera av insatserna är etablerade sedan tidigare. I dessa fall bedöms insatserna ha betydelse över tid, men någon tydlig förändring mellan 2024 och 2025 kan inte påvisas. Det gäller exempelvis nollseparation och teamträning inom obstetrik och neonatologi i Västmanland samt HemNeo-verksamheten i Västernorrland, där effekterna främst syns jämfört med perioden före införandet. Strukturerat omhändertagande vid sexuellt våld beskrivs i Västmanland och Örebro som ett pågående utvecklingsarbete snarare än en ny insats.

Insatser per insatsområde

Detta kapitel ger en samlad översikt över hur regionerna har arbetat inom överenskommelsens insatsområden under 2025. För varje insatsområde redovisas centrala inriktningar i utvecklingsarbetet, exempel på genomförda insatser samt regionernas egna bedömningar av resultat och kvarstående behov.

Mer sammanhållen vårdkedja

Insatsområdet mer sammanhållen vårdkedja har som mål att vårdkedjan under graviditet, förlossning och tiden efter ska vara sammanhållen och samordnad med god personalkontinuitet. Samtliga regioner har redovisat minst en insats inom området. De redovisade insatserna handlar framför allt om familjecentrerad vård och nollseparation⁷, teambaserade och multiprofessionella arbetsätt, förstärkt samordning i vårdkedjan, integrering av psykosociala insatser samt användning av digitala lösningar för att binda ihop vårdens olika delar.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet mer sammanhållen vårdkedja omfattar bland annat:

- Förbättrad samordning och tydligare vårdflöden genom samordningsfunktioner och utvecklade arbetsätt i vårdkedjan.
- Mer familjecentrerad vård med minskad separation mellan mor och barn, inklusive ökad användning av hud-mot-hud och samvård.
- Stärkt psykosocialt stöd och bättre möjligheter att tidigt identifiera och hantera psykisk ohälsa under och efter graviditet.
- Höjd kompetens och ökad trygghet hos personal genom gemensamma utbildningar och scenarioträning som stärker teamarbetet mellan enheter.
- Förbättrad tillgänglighet och mer jämlik vård genom samordnade mottagningar, satsningar i glesbygd och digitala kontaktvägar.

Nollseparation och familjecentrerad vård

Flera regioner arbetar med nollseparation och familjecentrerad vård där förälder och barn vårdas tillsammans oavsett vårdnivå. Gävleborg beskriver sitt arbete med insatsen *Nyfödd sammanhållen familj*⁸, som syftar till att

⁷ Nollseparation innebär att nyfödda barn och deras föräldrar inte ska separeras efter födseln, utan vårdas tillsammans (samvård) även vid behov av neonatalvård. Syftet är att bibehålla en sammanhållen familj, främja anknytning, amning och minska stress för både barn och förälder genom tidig hud-mot-hudkontakt.

⁸ Inom kvinnosjukvården och neonatalvården i Gävleborg har gemensam länsövergripande träffar etablerats som en del av arbetet med Nyfödd sammanhållen familj (NSF). Syfte med dessa möten är erfarenhetsutbyte samt att stärka och samordna implementeringen av gemensam samvård.

minska separationen mellan mor och barn, öka hud-mot-hudkontakten och skapa en mer sammanhållen, familjecentrerad vård oavsett vårdnivå. Kalmar och Västra Götaland utvecklar samverkan mellan förlossningsvård, neonatalvård och operationsverksamhet för att möjliggöra nollseparation. Västerbotten och Västmanland rapporterar att färre barn separeras från modern i samband med födseln. Utveckling av teambaserade och multiprofessionella arbetssätt lyfts också i flera regioner, som exempel kan nämnas Östergötland som arbetar med teambaserat arbetssätt på förlossningskliniker och psykosociala team inom mödrahälsovården, gemensam scenarior träning mellan kvinnoklinik och barnklinik i Jönköping samt nationell instruktörsutbildning i modellen CEPS⁹ med återkommande intern teamträning inom förlossning, neonatalvård och anestesi i Västernorrland.

Förstärkt samordning och strukturer

För att hålla ihop vårdkedjan har regionerna infört funktioner för samordning och utvecklat strukturer. Dalarna lyfter funktioner som samordningsbarnmorska, verksamhetsutvecklare och kommunikatör för mödrahälsovården som centrala i arbetet med att binda samman vårdens olika delar, medan Halland beskriver organisationsutveckling och patientsäkerhetssamordnare som stöd för tydliga vårdflöden. I Västmanland har man genomfört ett regionövergripande analysarbete av hela vårdkedjan och förslag har tagits fram för utveckling av arbetssätt och uppdragsförflyttning mot närsjukvårdsnivå. Flera regioner integrerar också insatser för psykisk hälsa som en del av en mer sammanhållen vårdkedja, exempelvis i Gävleborg genom direktkonsultation mellan barnmorska och psykolog, i Västmanland med program för psykosocial bedömning under graviditet och tvärprofessionella konsultteam, psykosociala insatser till blivande och sköra familjer i nära samarbete med barnhälsovården på Gotland och utveckling av perinatalt psykiatriskt samverkansteam i Västra Götaland.

Digitala lösningar som stöd

Digitala lösningar rapporteras som stöd både för patienter och vårdpersonal i arbetet med en mer sammanhållen vårdkedja. Västra Götaland erbjuder en digital föräldrautbildning, Norrbotten erbjuder informationsfilmer om förlossning, BB och tiden efter för att ge gravida likvärdig information oavsett bostadsort, och Västernorrland har utvecklat ett digitalt flöde för

⁹ CEPS är en modell för avancerad simulering av ett brett spektrum av situationer inom sjukvården. Det är ett redskap för att för att förbättra patientsäkerhet och vårdkvalitet samtidigt som den ökar tryggheten för både patient, anhörig och personal.

koloskopibilder vid cellförändringar för säkrare och mer enhetliga bedömningar samt underlättad uppföljning av kvinnor med cellförändringar.

Stärkt och utvecklad eftervård

Insatsområdet har som mål att alla kvinnor ska erbjudas vård och stöd efter graviditet och förlossning utifrån individuella förutsättningar och behov. Samtliga regioner har redovisat minst en insats inom insatsområdet. De redovisade insatserna handlar framför allt om tidig uppföljning efter förlossning, utvecklade modeller för eftervård i hemmet, stärkta vårdvägar vid bäckenbottenbesvär och förlossningsskador, förstärkt amningsstöd samt familjecentrerad eftervård inom neonatalvården.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet stärkt och utvecklad eftervård omfattar bland annat:

- Ökad tydlighet och tillgänglighet i eftervården genom ”en väg in”, tidig kontakt (till exempel telefonuppföljning 2–3 veckor efter förlossning) och hänvisningskortor som gör att kvinnor vet vart de ska vända sig vid fysiska och psykiska besvär.
- Stärkt omhändertagande vid förlossningsskador och bäckenbottenproblem efter förlossning genom tydligare vårdkedjor, utvecklade arbetsmodeller och multiprofessionella team, vilket innebär att fler kvinnor uppmärksammas, remitteras och får riktad behandling.
- Förbättrat amningsstöd och ökad amningsfrekvens genom samordnade amningsstrategier, gemensamma utbildningsinsatser och särskilda amningsmottagningar, inklusive stöd i hemmet via BB hemma-modeller.
- Mer familjecentrerad eftervård i neonatalvården genom samvård, hemsjukvårdsinsatser och strukturerad vårdhandledning, vilket kortar vårdtider och stärker föräldrarnas delaktighet och trygghet.
- Ökad patientsäkerhet genom strukturerad bedömning av kvinnans fysiska och psykiska mående, utvecklade arbetssätt för perinealskydd¹⁰ samt förbättrade resultat i register och enkäter. Samtidigt har det ännu gått för kort tid för att bedöma om insatserna påverkat vissa indikatorer, såsom andelen bristningar grad 3–4.

Vidareutvecklad kontakt efter förlossning

Flera regioner har infört eller vidareutvecklat tidig uppföljning efter förlossning, ofta via barnmorska. Syftet är att tidigt identifiera fysiska och psykiska besvär, exempelvis amningsproblem, smärta eller tecken på

¹⁰ Perinealskydd är en teknik där barnmorskan eller läkaren använder sina händer för att stötta vävnaderna i mellangården (perineum) under förlossningen. Syftet är att bromsa barnets framfödande, ge vävnaden tid att töjas och minska risken för allvarliga bristningar.

psykisk ohälsa, och vid behov tidigarelägga eftervårdsbesök eller initiera stödinsatser (till exempel kontakt med kurator, psykolog eller läkare). I vissa regioner kopplas detta till målsättningen att alla kvinnor ska få ett tidigt uppföljningssamtal inom två till tre veckor efter förlossning. I några regioner tydliggörs vårdvägar med hänvisningskartor och ”en väg in” till eftervården.

BB hemma eller hembesök hos nyförlösta har byggts ut eller prövats i ett flertal regioner. Syftet är att erbjuda eftervård i hemmet för mor och barn, avlasta vårdplatser och samtidigt öka tryggheten för familjerna. Blekinge, Halland, Stockholm, Västmanland och Västra Götaland redovisar sådana insatser. Inom neonatalvården rapporterar flera regioner utvecklingsarbete kring hemvård eller permission samt nollseparation och samvård mellan mor och barn, med fokus på att organisera eftervården så att familjen kan vara tillsammans även efter utskrivning från förlossningen.

Bäckenbottenvård och amning prioriteras

Bäckenbottenvård är ett annat prioriterat område där ett stort antal regioner har stärkt omhändertagandet genom att inrätta eller vidareutveckla multiprofessionella bäckenbottenteam, genomföra utbildningsinsatser i bristningshantering och perinealskydd samt förbättra remissvägar och patientflöden. I flera fall beskrivs målet vara att säkerställa att kvinnor med kvarstående besvär efter förlossning eller komplicerade skador får rätt vård i rätt tid och av rätt profession.

Amning lyfts av många regioner som ett prioriterat ämne vid val av insatser. Utbildning och kompetensutveckling har genomförts brett, med målet att skapa en enhetlig kunskapsgrund och ett samordnat stöd i hela vårdkedjan. Förstärkta amningsmottagningar eller särskilt amningsstöd tidigt efter förlossning har även finansierats genom överenskommelsens medel. Region Gävleborg har genomfört en gemensam utbildningsinsats om amning för personal inom mödrahälsovård, förlossning, BB, neonatalvård och barnhälsovård vilket har lett till en samordnad amningsstrategi i länet. Några regioner har dessutom utvecklat specifika rutiner, digitala plattformar eller samlade dokumentportaler för att säkerställa likvärdig information och uppföljning

Ökad tillgång till aktuell kunskap

Insatsområdet ökad tillgång till aktuell kunskap tillkom i överenskommelsen för 2025 och målet för insatsområdet är att stärka förutsättningarna att arbeta utifrån befintliga riktlinjer och kunskapsstöd samt utveckla kompetensen i mödrahälsovården och förlossningsvården för att tillgodose kvinnors olika behov. 19 av 21 regioner har redovisat minst en insats inom insatsområdet. De redovisade insatserna handlar framför allt om spridning och implementering av Socialstyrelsens kunskapsstöd och nationella riktlinjer,

revidering av lokala rutiner och basprogram samt organisatoriska anpassningar i linje med riktlinjerna.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet ökad tillgång till aktuell kunskap omfattar bland annat:

- Höjd kompetens och trygghet hos barnmorskor, läkare och övrig personal genom återkommande utbildningar och handledning, vilket ger säkrare och mer enhetlig handläggning.
- Mer likvärdig kvalitet i mötet med gravida genom gemensamma arbetssätt för exempelvis alkohol- och drogscreening, psykisk ohälsa, obesitas och abortvård, med mer konsekvent och evidensbaserad rådgivning.
- Stärkta tvärprofessionella arbetssätt kring komplexa tillstånd, såsom bäckenbottenbesvär och långvarig smärta, vilket möjliggör helhetsbedömningar och ökad kontinuitet i vårdprocessen.
- Förbättrade resultat i vissa indikatorer, bland annat minskad cervixcancerincidens, ökad upplevd kvalitet på amningsstöd och ökad täckningsgrad vid screening.
- Ökad delaktighet och trygghet för både patienter och personal genom att fler har uppdaterad kunskapsnivå och samma grund att utgå ifrån.

Kunskapsstyrning sker via interna strukturer

Regionernas redovisningar visar att de nationella riktlinjerna och kunskapsstödet *Graviditet, förlossning och tiden efter* sprids via etablerade interna strukturer. I många regioner sker detta inom kunskapsstyrningen, exempelvis genom regionala och lokala programområden som bevakar nya underlag och för in dem i klinikernas utvecklingsarbete. Utöver detta sprids information till berörda medarbetare via arbetsplatsträffar, lednings- och sektionmöten, interna utbildningsdagar samt genom nyhetsbrev, introduktionsprogram och mentorskap i några regioner.

De nationella kunskapsstöden ligger till grund för lokala förändringar

De flesta regioner använder kunskapsstöden som grund vid framtagning och revidering av lokala rutiner, basprogram och promemorior (PM). Flera regioner arbetar också med organisatoriska förutsättningar i linje med riktlinjerna, till exempel en födande per barnmorska i aktiv fas samt två bedömare och två suturerande vid bristningar, vilket rapporterats av Västernorrland och Jämtland Härjedalen.

Vissa regioner har genomfört eller planerar att genomföra gap-analyser mot riktlinjerna för att identifiera brister och prioritera förbättringsområden bland annat i Örebro, Stockholm och Västmanland. Samlat visar

redovisningarna att alla regioner har påbörjat arbetet med att sprida och använda Socialstyrelsens kunskapsstöd och nationella riktlinjer, men att omfattning och grad av systematik varierar.

Stärkt kompetensförsörjning

Insatsområdet har som mål att den långsiktiga kompetensförsörjningen av barnmorskor och andra professioner ska säkras. Av 21 regioner uppger 20 att de genomfört en eller flera insatser inom området under 2025. Två typer av insatser dominerar, dels kompetensutveckling för personal, dels personal- och resursförstärkning, vilka förekommer i 18 respektive 19 av de 20 regioner som genomfört insatser. Flera av insatserna har tagits fram i linje med de rekommendationer som Nationella vårdkompetensrådet lämnat om kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården [5], liksom de särskilda kompetensförsörjningsplaner som regionerna tog fram 2024.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet stärkt kompetensförsörjning omfattar bland annat:

- Bättre bemanning och minskat beroende av hyrpersonal i flera regioner, bland annat genom utbildningstjänster och betald utbildning som bidrar till en mer långsiktig och robust kompetensförsörjning.
- Tryggare personal och ökad patientsäkerhet genom förlängd introduktion, mentorskap, rotationstjänster och riktade kompetenshöjande insatser, vilket också gör arbetsgivaren mer attraktiv.
- Förbättrad arbetsmiljö genom förstärkt bemanning och administrativt stöd, minskad stress och tydligare ansvarsfördelning, samt bättre möjligheter att genomföra grunduppdrag, kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbete.
- Höjd utbildnings- och handledningskapacitet genom handledarutbildningar och strukturerade introduktionsprogram, vilket stärker kvaliteten i klinisk utbildning och underlättar mottagandet av studenter och nyanställda.
- Effektivare resursutnyttjande genom kompetensväxling och utvecklade arbetssätt (till exempel parvård, uppgiftsväxling¹¹ och förbättrad planering), vilket ger bättre utnyttjande av resurser, ökad tillgång till ultraljud och bibehållen vårdkapacitet trots reducerad användning av tillfälliga bemanningslösningar.

¹¹ Uppgiftsväxling innebär att arbetsuppgifter flyttas mellan olika personalkategorier för att bättre matcha kompetens med uppgift. Syftet är att effektivisera vården, korta köer, avlasta bristyrken och höja kompetensen hos övrig personal.

Vanliga insatser är utbildningstjänster och vidareutbildning

Bland de vanligaste insatserna inom kompetensutveckling märks utbildningstjänster, vidareutbildning för barnmorskor, handledarutbildning, mentorskapsprogram för nyanställda samt specialistutbildningar.

Satsningarna är i första hand inriktade på att stärka barnmorskekompetensen, inklusive ultraljudskompetens, samt att utbilda fler barnsjuksköterskor och andra specialistsjuksköterskor, både genom vidareutbildning av sjuksköterskor och riktad kompetensutveckling för personal på barnmorskemottagningar, ultraljudsmottagningar och barnavårdscentraler.

Ökad grundbemanning och rotationstjänster är återkommande inslag

Inom personal- och resursförstärkning är utökad grundbemanning och rotationstjänster återkommande inslag. Nio regioner redovisar insatser som direkt syftar till att anställa barnmorskor. Insatserna varierar i form men har gemensamt att de riktar ekonomiska resurser till att trygga tillgången på barnmorskor i verksamheten. Jönköping och Kalmar har infört utbildningsanställningar respektive VUB-tjänster (vidareutbildning med lön) för blivande barnmorskor, vilket innebär att regionen avlönar personal under utbildningstiden. I Jämtland Härjedalen och Norrbotten erbjuds studiebidrag för studier till barnmorska. Västerbotten kombinerar betald specialistutbildning med en höjd grundlön för personal inom dygnet-runtvård. Även Östergötland har genomfört en insats i form av lönesatsning för barnmorskor. Skåne, Västernorrland och Västra Götaland redovisar insatser i form av förstärkt barnmorskebemanning, vilket innefattar utökade tjänster och andra bemanningssatsningar vid förlossningsenheterna.

Två regioner lyfter insatser med rotationstjänster mellan flera verksamheter, vilket innebär att personal tjänstgör växelvis på olika enheter. Gävleborg har initierat rotationstjänster inom flera verksamhetsområden, inom förlossningsvård och mödrahälsovård för att säkerställa barnmorskekompetens året runt, med särskilt fokus på sommarmånaderna, samt inom neonatalvård och kvinnosjukvård för att långsiktigt trygga tillgången till rätt kompetens. Även Värmland anger säkerställande av rotationstjänster som en insats inom kompetensförsörjning.

Flera insatser är påbörjade sedan tidigare

I redovisningarna för 2025 framgår att flera insatser bygger vidare på arbete som påbörjats tidigare år, till exempel långvariga mentorsprogram,

utbildningsanställningar och riktade kompetenshöjande insatser inom särskilda delar av vårdkedjan. Dessutom används medel på bemanning för att möjliggöra genomförandet av grunduppdraget samt utvecklings- och kompetensutvecklingsinsatser.

Regionernas arbete med kompetensförsörjningsplaner

Utöver de konkreta insatser som beskrivs ovan har regionerna under 2025 arbetat vidare med kompetensförsörjningsplanerna som togs fram under 2024. Regionernas redovisningar visar att kompetensförsörjningsplanerna i huvudsak har börjat användas i det löpande arbetet, men genomförandet sker i olika takt och omfattning.

Flera regioner anger att planerna har integrerats i befintliga processer för kompetensförsörjning och verksamhetsplanering. I exempelvis Halland, Skåne och Västra Götaland omsätts planen inom ramen för regionernas ordinarie kompetensförsörjningsarbete och ligger till grund för förvaltningarnas egna planer. Västernorrland har inrättat ett regionalt kompetensråd som utgår från den övergripande planen och som ska samordna insatser och prioriteringar. Jönköping har tagit fram en handlingsplan för implementering av kompetensförsörjningsplanen på kvinnoklinikerna, med konkreta insatser som pilotprojekt för karriärmodell för barnmorskor, utökad rotation och fortsatt satsning på utbildningsanställningar. Gotland lyfter fastställda bemanningstal för alla yrkeskategorier och aktiva rekryteringsinsatser i linje med planen. Blekinge beskriver genomförda utbildningsinsatser, bland annat akademisk specialtjänstgöring för barnmorskor, som en del i genomförandet.

Samtidigt framgår att kompetensbrist, framför allt på barnmorskor och läkare, i några regioner försvårar arbetet. Jämtland Härjedalen och Kalmar anger att planen i begränsad utsträckning har kunnat användas eftersom grundläggande bemanning inte är uppnådd.

En mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård

Insatsområdet har som mål att ojämlikheter mellan grupper av kvinnor i mödrahälsovården och förlossningsvården ska minska. Samtliga 21 regioner redovisar insatser inom området. De redovisade insatserna handlar framför allt om att stärka språklig och kulturell tillgänglighet, hälsolitteracitet¹²,

¹² Hälsolitteracitet innebär förmågan att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information samt att förhålla sig kritisk till information som kommuniceras.

förbättra vården i socioekonomiskt utsatta områden och glesbygd, utveckla stöd till kvinnor med psykisk ohälsa och förlossningsrädsla samt att skapa mer likvärdiga arbetssätt och informationsstrukturer i hela vårdkedjan.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet en mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård omfattar bland annat:

- Bättre identifiering och stöd till kvinnor med särskilda behov genom strukturerade bedömningsverktyg, stödmaterial för samtal om psykisk ohälsa, riktade arbetssätt för psykosociala riskgrupper samt förstärkta insatser kring levnadsvanor för kvinnor med övervikt eller obesitas, vilket bland annat rapporterats leda till minskad viktuppgång under graviditet.
- Ökad tillgänglighet och mer jämlik vård för grupper som tidigare haft sämre tillgång, exempelvis genom satsningar i socioekonomiskt utsatta områden, förstärkta paramedicinska resurser, digitala kontaktvägar inklusive digitala ungdomsmottagningar samt kulturdoulor och kulturtolk.
- Fler kvinnor som nås av efterkontroll, preventivmedelsrådgivning och cellprovtagning, samt tryggare abortvård med kortare väntetider och färre outnyttjade tider.
- Stärkt delaktighet och trygghet genom översatt och enhetlig patientinformation, kontinuerlig kontakt med ”egen” barnmorska och arbetssätt som minskar separation mellan mor och barn.
- Mer likvärdig kunskapsnivå och arbetssätt i verksamheterna genom återkommande gemensamma utbildningar och fördelning av resurser utifrån vårdbehov.
- Ökad nöjdhet bland patienter och personal genom tryggare omhändertagande vid förlossningsrädsla och förlossningsskador, tydligare uppföljningskedjor och mer strukturerade arbetssätt i hela vårdkedjan.

Språklig och kulturell tillgänglighet

Flera regioner arbetar med att stärka språklig och kulturell tillgänglighet. Gävleborg har översatt patientinformation inom mödrahälsovård och förlossningsvård till fler språk, Västernorrland har översatt information vid avvikande ultraljud och Dalarna använder *Care to Translate*¹³ för tolkstöd. I Stockholm och Västra Götaland används kulturdoula vid förlossning eller kulturtolk vid vårdbesök för att stödja kvinnor med annan språklig och kulturell bakgrund, vilket är exempel på att stärka hälsolitteraciteten. Vidare utreder Uppsala möjligheten att anskaffa könsceller med olika etniskt ursprung för att minska köer inom den reproduktiva vården för personer med vissa etniska ursprung.

¹³ Care to Translate är en digital översättningstjänst för hälso-och sjukvård som används för att underlätta kommunikation mellan vårdpersonal och patienter på olika språk.

Stärkt vård i socioekonomiskt utsatta områden och glesbygd

Insatser för att stärka vården i socioekonomiskt utsatta områden och i glesbygd förekommer också. Kalmar har hälsokoordinatorer som ger stöd i utsatta områden och i Östergötland har barnmorskor anställts på vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Andra insatser syftar till att förbättra tillgänglighet och kontinuitet i hela vårdkedjan, bland annat genom familjecentraler, digitala kontaktvägar och förstärkt bemanning.

Psykisk hälsa uppmärksammas

En del regioner lyfter insatser kopplade till psykisk hälsa. Gävleborg har inlett ett strukturerat samverkansarbete mellan familjecentral, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomsjukvård och barnhälsovården för kvinnor med psykisk ohälsa under och efter graviditet. I Blekinge och Värmland erbjuds utbildning i metoden *Föda utan rädsla*¹⁴. Gotland utbildar barnmorskor i kognitiv beteendeterapi för att de ska kunna ge stöd till kvinnor med förlossningsrädsla och Halland har insatser för att stärka vården för gravida med förlossningsrädsla.

Utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa

Insatsområde har som mål att hälso- och sjukvården ska anpassas till flickors och kvinnors olika förutsättningar och vårdbehov till exempel genom ökad kompetens och tydliga vårdkedjor. Samtliga regioner har redovisat insatser inom insatsområdet under 2025. De redovisade insatserna handlar framför allt om att stärka vården vid gynekologiska sjukdomar och smärttillstånd, förbättra tillgången till prevention och tidig upptäckt samt utveckla ett mer sammanhållet livsloppsperspektiv på flickors och kvinnors hälsa.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa omfattar bland annat:

- Förbättrad prevention genom välfungerande vårdkedjor, utökad screening med självprovtagning samt riktade insatser för HPV vaccination.
- Förbättrat stöd till kvinnor med gynekologisk cancer och andra kroniska tillstånd genom kontaktsjuksköterskor och förstärkt bemanning, vilket stärker både trygghet och arbetsmiljö.

¹⁴ Föda utan rädsla är en metod för att minska stress och rädsla under förlossning för den födande.

- Kortare väntetider och minskat behov av inneliggande vård vid gynekologiska ingrepp, samt ökad tillgång till gynekologisk vård på primärvårdsnivå.
- Stärkt omhändertagande vid endometriosis och andra gynekologiska tillstånd genom utvecklade team, tydligare strukturer och kompetenshöjning.
- Ökad kompetens och bättre stöd inom klimakterievård och prekonceptionell hälsa. Utbildningsinsatser har gett personalen verktyg för mer personcentrerade samtal och strukturerade arbetssätt.
- Förbättrade förutsättningar för flickor och kvinnor i utsatta situationer genom satsningar på ungdomsmottagningar, lågtröskelverksamheter och användning av SEXIT-formulär¹⁵ för tidig upptäckt av våldsutsatthet.

Särskilda funktioner för kroniska gynekologiska tillstånd

Regionerna beskriver satsningar på vård vid bland annat endometriosis, vulvodyni, bäckenbottenbesvär, överaktiv blåsa, gynekologisk cancer och klimakterierelaterad hälsa. Ett återkommande inslag är utveckling av särskilda funktioner och team för dessa kroniska tillstånd, till exempel multiprofessionella team, endometriosis- och vulvateam samt kontaktsjuksköterskor inom gynekologisk cancer och endometriosis. Flera regioner förstärker också klimakterievården genom utbildning av personal, inrättande eller planering av klimakteriemottagningar och riktade insatser för att uppmärksamma klimakteriets betydelse för kvinnors hälsa och arbetsliv. Därutöver satsar regionerna på ökad kapacitet för gynekologisk kirurgi, bland annat genom polikliniska operationsmottagningar och utvecklad hysteroskopiverksamhet, i syfte att korta väntetider och minska behovet av inneliggande vård. Tillsammans bidrar dessa särskilda funktioner till mer sammanhållna vårdprocesser och bättre stöd för flickor och kvinnor med långvariga gynekologiska besvär.

Prevention och tidig upptäckt har stärkts

Prevention och tidig upptäckt utgör en central del av arbetet. I sju av 21 regioner beskrivs omfattande insatser för att förebygga livmoderhalscancer genom riktad HPV-vaccination, förstärkt cellprovskontroll, självtest för HPV och dysplasiutbildning¹⁶ till personal. Några regioner rapporterar att de uppnått eller närmar sig målnivåer för ”utrotning” av livmoderhalscancer genom hög täckningsgrad för screening och vaccination och riktade insatser

¹⁵ Samtal om sexuell hälsa och erfarenhet av våld.

¹⁶ Dysplasi innebär onormal utveckling eller förändring av celler och vävnad, ofta som ett förstadium till cancer.

för att nå kvinnor som uteblir från screening. Även inom sexuell hälsa i vidare mening har preventionen stärkts. Örebro rapporterar självprovtagning för klamydia och gonorré, Jönköping rapporterar satsningar på preventivmedelsrådgivning och Blekinge har genomfört en satsning på abortvård.

Stärkta insatser för unga kvinnors hälsa

Insatser för unga och ett livsloppsperspektiv på kvinnors hälsa återkommer i flera redovisningar. Fem regioner har valt att redovisa insatser för att stärka ungdomsmottagningar, särskilt i glesbygd, bland annat genom skolbaserade besök och informationsinsatser om menshälsa, preventivmedel och undersökningar. Digitala lösningar har utvecklats eller anpassats för att underlätta kontakt med ungdomsmottagningar. Samtidigt betonas prekonceptionell rådgivning¹⁷ inom mödrahälsovården och ökad kompetens i primärvården om kvinnosjukdomar, för att kvinnor ska få stöd och bedömning i olika skeden av livet. Flera regioner lyfter även sexologiutbildning, HBTQI-diplomering och utbildning i våldsutsatthet som viktiga delar i att stärka bemötande och innehåll i vården.

En god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning

Insatsområdet har som mål att vården för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska vara tillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad. Av redovisningarna framgår att 18 av 21 regioner har redovisat minst en insats inom insatsområdet. Redovisningarna visar att insatserna inom området framför allt har inriktats på att stärka kompetens, skapa tydligare vårdstrukturer och förbättra samverkan kring personer som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet sexuellt våld och könsstympning omfattar bland annat:

- Ökad kompetens och trygghet hos personal genom utbildningar om sexuellt våld, könsstympning och hedersrelaterat våld, vilket stärker bemötandet och handläggningen av målgruppen.
- Mer systematiskt arbete med att identifiera våldsutsatthet, bland annat genom förstärkta rutiner för att ställa frågor om våld och könsstympning samt att dokumentera svaren.

¹⁷ Prekonceptionell rådgivning är hälsofrämjande samtal och medicinsk rådgivning till kvinnor som planerar graviditet, ofta via barnmorska.

- Tydligare vårdvägar och mer sammanhållna vårdprocesser, med uppdaterade rutiner och vårdprogram som underlättar samverkan mellan olika verksamheter och externa aktörer.
- Förbättrad tillgänglighet och patientsäkerhet genom specialiserade mottagningar och multiprofessionella team för personer som utsatts för könsstympning eller sexuella övergrepp.
- Bättre stöd och utfall för utsatta grupper, exempelvis genom gruppbehandling för unga flickor som utsatts för sexuellt våld, samt insatser som gör att fler flickor och kvinnor i riskzon uppmärksammas och får adekvata insatser.

Kompetenshöjande insatser för personal

Av de 18 regioner som redovisat insatser har man i 17 genomfört kompetenshöjande insatser för personalen. Det omfattar utbildningar om sexuellt våld, våld i nära relationer, hedersrelaterat våld, strypsex, könsstympning och spårsäkring¹⁸. Flera regioner beskriver också klinik- och temadagar där externa aktörer, såsom lärosäten, gymnasieskolor eller kvinnojourer, har medverkat. Flera regioner beskriver riktade utbildningar till barnmorskor, personal i mödrahälsovård, ungdomsmottagningar, kvinnosjukvård och akutmottagningar, liksom återkoppling på arbetsplatsträffar för att förankra ny kunskap i ordinarie verksamhet.

Utveckling av nya mottagningar och vårdprocesser

Flera regioner har arbetat med att utveckla nya mottagningar och vårdprocesser. Exempelvis Kronoberg och Uppsala har inrättat mottagningar som riktar sig till könsstympade kvinnor. Skåne har utvecklat en traumamottagning med regionalt uppdrag för personer utsatta för sexuella övergrepp, medan Västmanland arbetar med ett strukturerat omhändertagande vid både akuta sexuella övergrepp och vid medicinsk och psykosocial uppföljning. I Västra Götaland utvecklar man en samlad våldtäktmottagning där hela patientprocessen ska hållas ihop, och Stockholm har ett kunskapscentrum och en akutmottagning för sexuellt våldsutsatta som stödjer övriga vårdgivare. I Östergötland har vårdprocessprogrammet kring könsstympning reviderats. Vidare beskriver Gävleborg och Uppsala utveckling av vårdprocesser och flöden för patienter utsatta för sexuellt våld och könsstympning.

¹⁸Spårsäkring är en medicinsk och kriminalteknisk undersökning som syftar till att identifiera, dokumentera och säkra biologiska spår (t.ex. DNA, sperma, saliv, blod) och andra bevis från en person som utsatts för ett misstänkt sexualbrott.

Samverkan sker med externa aktörer

Samverkan i vårdkedjan och med externa aktörer är ett framträdande tema i flera regioner. I Dalarna sker ett nära samarbete med polisen samt samverkan med barnkliniken kring vårdprogram för barn som utsatts för sexuella övergrepp. Kalmar har en överenskommelse med länets kvinnojourer om att förebygga våld i ungas relationer och sexuellt våld. Gävleborg lyfter utvecklingsarbete inom familjehälsa, mödrahälsovård, kvinnosjukvård och barnsjukvård tillsammans med andra aktörer för att stärka vården för flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning eller sexuellt våld. Uppsala samarbetar med Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) i utvecklingen av flöden för patienter utsatta för sexuellt våld. Blekinge har genomfört föreläsningss dagar för studenter och elever från Blekinge Tekniska Högskola och gymnasieskolor tillsammans med kvinnokliniken, och Örebro arbetar med föreläsningar om hedersrelaterat våld på SFI (svenska för invandrare) samt insatser mot våld i nära relation.

Systematiska frågor om våldsutsatthet inom kvinnohälsovården

Som en del av ett mer strukturerat arbetssätt arbetar flera regioner med att systematiskt ställa frågor om våldsutsatthet inom mödrahälsovården. Exempelvis Gävleborg redovisar hög genomförandegrad av screening för våldsutsatthet vid inskrivning i mödrahälsovården och Halland har förstärkt arbetet med att systematiskt ställa frågor om våld, inklusive könsstympning, inom kvinnohälsovården.

Stärkt tillgänglighet till mödrahälsovården och förlossningsvården på landsbygd och glesbygd

Insatsområdet har som mål att tillgången till en personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård ska vara god oavsett var i landet kvinnan bor. Inom ramen för överenskommelsen har regeringen avsatt 150 miljoner kronor för utvecklingsinsatser i regioner med stor andel befolkning på landsbygd för att det finns fortfarande stora utmaningar i förlossningsvården avseende tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård¹⁹. 19 av 21 regioner har redovisat minst en insats inom insatsområdet. De redovisade insatserna handlar framför allt om att säkerställa närvaro av

¹⁹ Budgetpropositionen 2025.

mödrahälsovård på mindre orter, minska konsekvenserna av långa avstånd genom digitala lösningar och stärka hela vårdkedjan för gravida och nyförlösta i landsbygds- och glesbygdsområden.

Regionernas rapporterade resultat inom insatsområdet särskilda insatser för landsbygd och glesbygd omfattar bland annat:

- Bibehållen och förstärkt närvaro av barnmorskemottagningar och gynekologiska mottagningar i mindre orter, vilket minskar resbehovet och ger en mer nära och jämlik vård.
- Förbättrad tillgänglighet genom patienthotell, lokala BB-återbesök, förstärkt bemanning och tillfälliga bemanningslösningar som minskar sårbarheten och gör det möjligt att upprätthålla mödrahälsovård och förlossningsnära vård i glesbygd.
- Ökad användning av digitala lösningar och fler distanskontakter, utan att de fysiska besöken minskar, vilket tolkas som att fler kvinnor nås av vård.
- Förbättrad arbetsmiljö och kapacitet genom resursförstärkning, utökad kompetens, utökade öppettider och färre nyinskrivna gravida per barnmorska, vilket ger mer utrymme för eftervård och psykisk hälsa.
- Minskad slutenvård och stärkt egenvård genom insatser som gör det möjligt för nyförlösta kvinnor att följa upp exempelvis blodtryck i hemmet samt ökad tillgång till vaccinationer och amningsstöd via vårdcentraler och mottagningar nära hemmet.

Insatser för att behålla barnmorskemottagningar

Ett återkommande tema är att behålla eller förstärka barnmorskemottagningar på mindre orter. Blekinge använder medel för att hålla barnmorskemottagningarna i Sölvesborg och Olofström öppna och Gotland har utöver att förstärka finansieringen av barnmorskemottagningarna i Slite och Hemse även förstärkt läkarbemanningen, vilket uppges ha ökat tillgängligheten för vård inom obstetrik och gynekologi. I Kalmar arbetar regionen för att bibehålla mödrahälsovården på familjecentraler i glesbygdsområden och erbjuder egenmonitorering av blodtryck så att gravida kvinnor slipper resa långt för kontroller. Kronoberg, Jönköping, Norrbotten och Västmanland lyfter olika former av tillfällig eller inhyrd bemanning av barnmorskor, gynekologer och läkare på mindre enheter och förlossningskliniker för att upprätthålla tillgänglighet och kontinuitet i glesbygd.

Digitala lösningar utvecklas för att minska effekten av långa avstånd

Flera regioner utvecklar digitala lösningar. Sörmland använder digitala vårdbesök och ronder och uppger att antalet distanskontakter har ökat utan att de fysiska besöken minskat, vilket regionen tolkar som att fler kvinnor nås. Uppsala har infört digitala besök för ökad tillgänglighet, men uppger att tekniken för de digitala besöken inte är tillräckligt god för distanskontakter och att telefonkontakter fortsatt används i större utsträckning. Västerbotten har utvecklat digital ungdomsmottagning och digital föräldrautbildning i södra Lappland och i Västra Götaland har man infört bokningsbara digitala vårdmöten på amningsmottagningen samt egenmonitorering av blodtryck efter förlossning. Regionerna lyfter att dessa lösningar minskar behovet av resor och underlättar för kvinnor som bor långt från närmaste mottagning.

Stärkt graviditetsvårdkedja

En rad insatser syftar till att stärka hela graviditetsvårdkedjan i landsbygdsområden. Dalarna har bland annat patienthotell med barnmorskebemanning för gravida med lång resväg samt BB-återbesöksmottagning i glesbygd. Västerbotten beskriver hur deras insatser med digital vård och riktade insatser i södra Lappland varit avgörande för att återöppna förlossningskliniken i Lycksele och för att stärka samarbetet mellan mödrahälsovård, barnhälsovård, sjukstugor och förlossningsvården. Västernorrland har arbetat med ökad tillgänglighet till barnmorska i Ådalen och Västra-området, vilket bidragit till att föräldrar inte måste åka längre sträckor till Sundsvall eller Örnsköldsvik för besök hos barnmorska.

Regionernas nulägesanalyser

Regionerna har redovisat en nulägesanalys där de beskriver tillståndet i mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården, hur insatserna inom överenskommelsen bedöms ha påverkat vården, samt hur de minskade födelsetalen påverkar verksamheterna och vilka utmaningar som kvarstår.

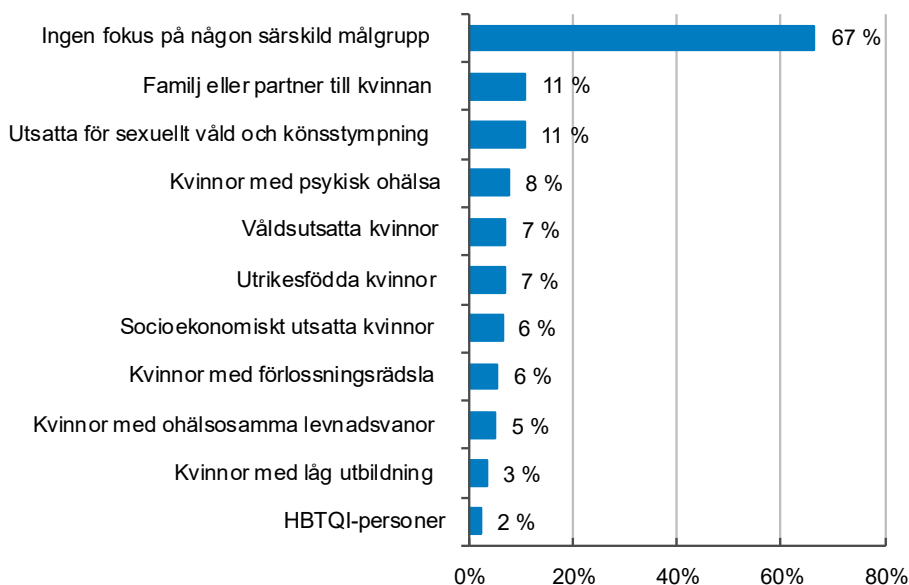
Redovisningarna speglar regionernas egna bedömningar och erfarenheter och ska inte tolkas som en utvärdering av vårdens kvalitet. Syftet med kapitlet är i stället att ge en samlad bild av hur regionerna själva beskriver målgrupper, effekter och kvarstående svårigheter, och därigenom belysa gemensamma mönster och områden där det finns särskilda utvecklingsbehov.

Insatserna riktar sig mot olika målgrupper

För 2025, liksom 2024, är majoriteten av de redovisade insatserna generella och inte riktade mot en specifik målgrupp. Vanligast förekommande insatser var de som riktades till särskilda grupper, familjer eller partner till gravida/födande samt till kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning, se diagram 6.

Diagram 6. Andel insatser som riktades mot olika målgrupper

Diagrammet visar andelen redovisade insatser som riktades till respektive målgrupp under 2025. En insats kan riktas till flera målgrupper.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser under verksamhetsåret 2025. Sammanställningen baseras på samtliga regioners redovisningar.

Hur regionerna påverkas av de minskande födelsetalen

År 2025 föddes 97 491 barn i Sverige, vilket är en minskning med 1 procent jämfört med föregående år [6]. I likhet med tidigare år redovisar en majoritet av regionerna att de minskade födelsetalen i huvudsak inte har lett till ett minskat resursbehov i mödrahälsovården och förlossningsvården, eftersom vårdtyngden bedöms ha ökat. Fler riskgraviditeter, ökad psykisk ohälsa, fler induktioner, längre vårdtider och utökade uppdrag, bland annat fler eftervårdsbesök och insatser inom gynekologisk hälsa, lyfts som bidragande faktorer till den ökade vårdtyngden. De minskade födelsetalen rapporteras samtidigt ha underlättat implementeringen av nya riktlinjer och kunskapsstöd.

Jämtland Härjedalen, Norrbotten och Västernorrland lyfter att färre födslar skapar utmaningar för kompetensutvecklingen. Färre förlossningar och minskade patientvolymen innebär att möjligheter till praktisk färdighetsträning och kompetensutveckling fördröjs för barnmorskestudenter och nyutbildade barnmorskor i regionerna. Det tar längre tid att uppnå nödvändig mängdträning och att bli trygg i yrkesrollen, vilket bidrar till svårigheter att upprätthålla bred kompetens vid mindre förlossningsenheter.

Utmaningar som regionerna beskriver

Flera regioner lyfter att statliga medel är en förutsättning för att upprätthålla en säker och jämlik mödrahälsovård, förlossningsvård och hälso- och sjukvård för kvinnor. Detta gäller särskilt regioner med stora geografiska avstånd och liten befolkning, där det är kostsamt att bedriva likvärdig vård i glesbygd och där riktade statsbidrag är avgörande för att kunna bemanna verksamheterna och leva upp till nationella krav.

Kompetensförsörjning är en genomgående utmaning

Svårigheter med kompetensförsörjning framträder som den enskilt största utmaningen. Regionerna beskriver svårigheter med att rekrytera och behålla personal, med särskilt stor sårbarhet i glesbygd. Norrbotten lyfter att svårigheter med rekrytering förstärks av stor konkurrens med andra branscher, exempelvis gruvnäringen, och att regionens stora yta och liten befolkning ger små enheter med risk för ensamarbete. Västerbotten beskriver liknande utmaningar, med svårigheter att bemanna små kliniker och höga kostnader för att bedriva vård i glesbygd.

Sörmland och Västernorrland rapporterar en generationsväxling med många erfarna barnmorskor som är nära pensionsålder. Gävleborg, Jönköping, Norrbotten och Värmland beskriver ett fortsatt beroende av hyrpersonal och arbetar bland annat med rotationstjänster för att hantera kompetensutmaningen. Utmaningar med kompetensförsörjningen påverkar möjligheten att uppfylla nationella nyckeltal, såsom en barnmorska per födande i aktiv förlossning och förstärkt eftervård, samt ökar risken att oerfarna medarbetare får ta stort kliniskt ansvar tidigt.

Brist på personalresurser anges av en majoritet av regionerna inom insatsområdena mer sammanhållen vårdkedja, stärkt kompetensförsörjning samt särskilda insatser för landsbygd och glesbygd. Här blir beroendet av långsiktig finansiering, möjligheten att bemanna både större och mindre enheter och att erbjuda hållbara arbetsscheman särskilt tydligt.

Begränsade ekonomiska ramar skapar osäkerhet

Flera regioner lyfter att statliga medel är en förutsättning för att upprätthålla en säker och jämlik mödrahälsovård, förlossningsvård och hälso- och sjukvård för kvinnor. Detta gäller särskilt regioner med stora geografiska avstånd och liten befolkning, där det är kostsamt att bedriva likvärdig vård i glesbygd och där riktade statsbidrag är avgörande för att kunna bemanna verksamheterna och leva upp till nationella krav.

Ett återkommande behov är långsiktigt ekonomiskt stöd kopplat till stärkt kompetensförsörjning. Flera regioner beskriver att de statliga medlen under flera år har använts för att finansiera bemanning inom kvinnosjukvård, mödrahälsovård och förlossningsvård. Utan dessa medel bedömer regionerna att det inte är möjligt att upprätthålla en säker vård, kompetensutveckling, handledning och bemanning i hela vårdkedjan. Behovet av nationellt stöd knyts tydligt till insatsområdet stärkt kompetensförsörjning och till möjligheterna att genomföra regionernas kompetensförsörjningsplaner.

Många satsningar har byggts upp med medel från överenskommelserna, och i flera fall, till exempel på Gotland och i Norrbotten, framgår att funktioner och verksamheter som tillkommit med stöd av statsbidrag är svåra att göra permanenta när den ordinarie budgeten är ansträngd. Flera regioner uttrycker osäkerhet kring hur verksamheter och arbetssätt som visat goda resultat ska finansieras när de riktade medlen minskar eller upphör, samtidigt som många har ett generellt budgetunderskott. Detta bedöms försvåra möjligheten att långsiktigt säkra bemanning, handledning, kompetensutveckling och utvecklingsarbete i hela vårdkedjan.

Ekonomiska begränsningar lyfts särskilt inom insatsområdena stärkt kompetensförsörjning, ökad tillgång till aktuell kunskap, utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa samt vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning.

Behov av kompetens och specialistkunskap

Utöver det generella personalbehovet beskriver regionerna också ett brett behov av fördjupad kompetens och specialistkunskap. Vården av gravida och nyförlösta kvinnor blir mer komplex i takt med att fler har samsjuklighet och fler barn vårdas inom neonatalvården. Regionerna lyfter behov av kontinuerlig fortbildning och teamträning inom bland annat bäckenbottenhälsa, bristningsdiagnostik, amningsstöd, klimakterievård, sexuell och reproduktiv hälsa samt psykisk ohälsa.

Primärvårdens roll betonas särskilt när det gäller exempelvis smärttillstånd, mensrelaterade besvär och klimakteriebesvär. Samtidigt beskriver flera regioner att ansträngd ekonomi och högt vårdtryck begränsar möjligheterna att avsätta tid för utbildning, handledning, verksamhetsförlagd utbildning och forskning, vilket försvårar implementeringen av nya nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

Behovet av ökad kompetens lyfts framför allt inom insatsområdena stärkt kompetensförsörjning, ökad tillgång till aktuell kunskap, utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa samt vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning.

Bättre samverkan och tydligare ansvarsfördelning

Behovet av bättre samverkan inom vårdkedjan återkommer i flera redovisningar. Skillnader i organisationsstrukturer, journalsystem och remissrutiner gör det svårt att skapa ett sammanhållet flöde mellan mödrahälsovård, förlossning, BB, neonatalvård, barnhälsovård, primärvård och psykiatri. Det gäller särskilt kvinnor med komplexa behov, som riskerar att hamna mellan vårdnivåer och huvudmän.

Regionerna beskriver behov av tydligare ansvarsfördelning, gemensamma arbetssätt och strukturerade uppföljningskedjor, men framhåller att det är resurs- och tidskrävande att bygga upp sådana strukturer. Utmaningar kopplade till samverkan lyfts särskilt inom insatsområdena mer sammanhållen vårdkedja, utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa samt en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning.

Ojämlik tillgång till vård fortsatt övergripande problem

Ojämlik tillgång till vård beskrivs som ett övergripande problem. Faktorer som födelseland, psykisk ohälsa och geografi lyfts som omständigheter där vårdens utbud och arbetssätt inte alltid motsvarar patienternas behov, och där resultaten fortsatt skiljer sig från övriga befolkningen.

Regionerna beskriver svårigheter att nå dessa grupper med olika insatser, exempelvis eftervårdsbesök och föräldraskapsstöd. Flera lyfter språkliga och kulturella hinder, såsom begränsad tillgång till tolk, behov av kulturdoulor, språkanpassat material och utbildning i kulturförståelse, för att vården ska bli tillgänglig och likvärdig i praktiken.

Utmaningar med ojämlikhet lyfts särskilt inom insatsområdena en mer jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt särskilda insatser för landsbygd och glesbygd, men knyter också an till arbetet med sexuellt våld, könsstympning och flickors och kvinnors hälsa i ett bredare perspektiv.

Insatsområden och utmaningar hänger ihop och överlappar varandra

Indelningen i insatsområden ger en struktur för redovisningen, men både insatser och utmaningar skär ofta genom flera områden. En och samma svårighet, till exempel personalbrist, ekonomiska begränsningar, bristande samverkan eller ojämlik tillgång till vård, kan påverka flera delar av vårdkedjan samtidigt och därför beskrivas under olika insatsområden. På motsvarande sätt kan det som i redovisningarna benämns som ”behov av ökad kompetens” i praktiken handla om en kombination av ekonomi-, samverkans- och jämlikhetsfrågor.

Samtidigt skiljer sig både insatsområdena och de utmaningar som knyts till dem åt i omfattning. Mer sammanhållen vårdkedja berör till exempel en stor del av graviditetsvårdkedjan och många vårdgivare, medan en god vård för personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning avser en mindre men särskilt utsatt målgrupp. På samma sätt är brist på personalresurser en bred systemutmaning som påverkar de flesta insatsområden, medan språkliga barriärer och behov av kulturdoulor eller språkanpassat material gäller en mer avgränsad del av patientgruppen.

Sammantaget innebär detta att både insatsområdena och utmaningar är delvis överlappande och olika stora. Det försvårar direkta jämförelser mellan områden, liksom möjligheten att entydigt knyta en viss utmaning eller ett visst resultat till ett enskilt insatsområde.

Avslutande diskussion

Uppföljningarna av överenskommelserna 2023–2025 visar att regionerna genomför ett omfattande och varierat utvecklingsarbete med stöd av medel från överenskommelsen. Mot denna bakgrund framträder tre områden där förutsättningarna för uppföljning kan stärkas framgent inom ramen för Socialstyrelsens bredare uppdrag att nationellt samordna, stödja och följa upp detta område. En mer ändamålsenlig uppföljning kan samtidigt ge ett bättre underlag för lärande, styrning och prioritering i regionerna samt skapa tydligare förutsättningar för att bedöma om satsningen leder till avsedda förbättringar för flickors och kvinnors hälsa.

Vad som följs upp och hur insatser beskrivs

Regionerna rapporterar insatser på olika sätt och med olika detaljnivå, vilket gör det svårt att jämföra och analysera insatsernas inriktning och måluppfyllelse. Socialstyrelsen kan, i dialog med regionerna, ge tydligare vägledning om hur insatser bör avgränsas, beskrivas och kopplas till mål och indikatorer.

Ekonomisk uppföljning och koppling till resultat

Vissa regioner har uppgett att de inte kan redovisa hur de har fördelat medel mellan överenskommelsens insatsområden, särskilt när insatserna integreras i ordinarie budget eller sträcker sig över flera delar av vårdkedjan. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter i sin slutrapport att det även förekommer uppfattningen bland regionföreträdare att medel från satsningen används för att täcka upp underskott i andra verksamheters budgetar [7]. För att Socialstyrelsen ska kunna analysera om och hur statliga medel bidrar till mätbara förändringar i vård och omsorg behöver regionerna redovisa kostnader på ett sätt som gör det möjligt att koppla insatser till utfall. I kommande statsbidrag finns det möjlighet att ställa minimikrav i anvisningarna på hur kostnader ska redovisas, även för tvärgående insatser. Det stärker också regionernas egna förutsättningar att själva följa upp användningen av medlen, se resultat och styra mot de insatser som är mest kostnadseffektiva. På sikt kan detta också underlätta för regionernas prioritering i omställningen från kortsiktiga projekt till mer långsiktigt hållbara arbetssätt och resultat.

Jämförbarhet och långsiktig uppföljning

Indelningen av insatsområden har justerats under satsningens gång och flera av dem överlappar till sin natur. Figur 1 illustrerar hur tre av insatsområdena, tillgång till aktuell kunskap, stärkt kompetensförsörjning samt jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård, skär genom övriga insatsområden. Det innebär att redovisade medel och insatser inom dessa respektive insatsområden inte går att avgränsa på ett tydligt sätt. Därmed begränsas möjligheten att följa förändringar över tid och skilja på effekter av statsbidragen från andra förändringar som genomförs. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har rapporterat liknande slutsatser, att målen i överenskommelserna sällan är tidsatta eller mätbara, vilket gör det svårt att avgöra om de är realistiska och om de uppnåtts. Myndigheten lyfter också att justeringar i mål och uppföljningsramar mellan åren ytterligare minskar förutsägbarheten och försvårar analyser av utvecklingen över tid [7].

Figur 1. Tvärgående och avgränsade insatsområden i överenskommelsen

Figuren åskådliggör att tillgång till aktuell kunskap, stärkt kompetensförsörjning och jämlik mödrahälsovård- och förlossningsvård är övergripande dimensioner som skär genom övriga insatsområden.



Källa: Förstärkta insatser för kvinnors hälsa Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024.

För återkommande satsningar på prioriterade områden är det angeläget att uppföljningen i högre grad knyts till uppsatta mål och indikatorer. Det kan vara sådana mål och indikatorer som ingår i nationella riktlinjer, den nationella planen för graviditet, förlossning och tiden efter, samt etablerade kvalitetsregister och patientenkäter. SKR har utvecklat arbetet i denna riktning, bland annat genom att utveckla Graviditetsenkäten, ta fram regionala analysunderlag och genomföra dialogturnéer som kopplat lokala data till förbättringsarbete. Socialstyrelsen har goda förutsättningar att ta arbetet vidare på nationell nivå, bland annat genom att vidareutveckla gemensamma principer för hur insatser kan följas upp och hur resultaten används.

Satsningens effekter på kort och lång sikt

Regionernas redovisningar visar att de i stor utsträckning har använt medel från överenskommelsen för att hantera kända resurs- och kompetensbrister i mödrahälsovården, förlossningsvården och hälso- och sjukvården för kvinnor. Både storstadsregioner och glesbefolkade regioner med stora geografiska avstånd har använt medlen för att säkerställa bemanning och en grundläggande tillgänglighet. På kort sikt har detta bidragit till ökad stabilitet och patientsäkerhet. Samtidigt innebär det att en del av medlen i praktiken har använts för att förvalta befintliga verksamheter, i stället för att utveckla nya arbetssätt och strukturer i större omfattning. Den bilden överensstämmer väl med de slutsatser som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har rapporterat. De lyfter bland annat att satsningen saknar en långsiktig plan för att göra resultaten permanenta och att det finns en risk för långsiktiga problem med budgetbalansen samt ett regionalt beroende av statliga medel för att finansiera verksamheten [8]. Myndigheten noterar även att osäkerheten i framtida finansiering i vissa fall leder till att regionerna premierar kortsiktiga insatser framför långsiktigt utvecklingsarbete [7].

Flera insatser som finansierats genom överenskommelsen, till exempel kompetensförsörjningsplaner, multiprofessionella team, strukturerade vårdprocesser samt systematiskt arbete med kunskapsstöd och riktlinjer, har dock potential att ge bestående effekt även om satsningen upphör. Många regioner beskriver dock svårigheter att långsiktigt finansiera sådana insatser inom ordinarie budget. Det innebär en risk att förbättringar inte fullt ut integreras i den ordinarie strukturen, utan i stället förblir tidsbegränsade och därmed mindre hållbara. För att motverka detta behövs tydliga strategier för hur satsningens resultat kan permanentas och integreras i regionernas ordinarie verksamhet.

Referenser

- [1] Socialdepartementet, ”Uppdrag att nationellt samordna, stödja och följa upp arbetet för en stärkt mödrahälsovård, förlossningsvård, hälso- och sjukvård för flickors och kvinnors hälsa och vård för personer som har utsatts för sexuellt våld,” 2025.
- [2] Socialdepartementet, ”Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa och inriktning för vård och behandling av sällsynta hälsotillstånd 2025,” 2024.
- [3] Socialstyrelsen, ”Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå,” 2022.
- [4] Socialstyrelsen, ”Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter,” 2025.
- [5] Nationella vårdkompetensrådet, ”Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården,” 2023.
- [6] Statistiska Centralbyrån, ”Födda i Sverige,” [hämtad 13 april 2026]. Tillgänglig på: https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/#born_last_year. Hämtad den 13 april 2026.
- [7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Bortom BB? - Uppföljning av satsningen på flickors och kvinnors hälsa,” 2026.
- [8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa,” 2023.

Bilaga 1. Fördelning av medel

Fördelning av medel till regionerna för verksamhetsåret 2025

Fördelning av medel till regionerna utifrån överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.

Region	Fördelning enligt befolkningsmängd	Fördelning enligt landsbygds-satsning	Total
Stockholm	323 028 233	3 868 224	326 896 457
Uppsala	53 280 768	2 065 373	55 346 141
Sörmland	39 431 229	2 006 222	41 437 451
Östergötland	61 778 681	2 652 735	64 431 416
Jönköping	48 335 447	10 153 654	58 489 101
Kronoberg	26 587 587	1 820 283	28 407 870
Kalmar	32 202 286	4 058 190	36 260 476
Gotland	7 971 898	7 501 503	15 473 401
Blekinge	20 565 537	5 682 573	26 248 110
Skåne	186 686 560	17 784 650	204 471 210
Halland	45 077 947	5 886 436	50 964 383
Västra Götaland	231 709 749	18 924 325	250 634 074
Värmland	37 048 285	7 524 008	44 572 293
Örebro	40 313 365	3 308 009	43 621 374
Västmanland	36 765 609	801 646	37 567 255
Dalarna	37 424 532	7 811 709	45 236 241
Gävleborg	37 200 143	14 995 290	52 195 433
Västernorrland	31 575 381	12 354 238	43 929 619
Jämtland Härjedalen	17 343 191	7 503 287	24 846 478
Västerbotten	36 787 042	5 756 912	42 543 954
Norrbotten	32 486 530	7 540 733	40 027 263
Totalt	1 383 600 000	150 000 000	1 533 600 000

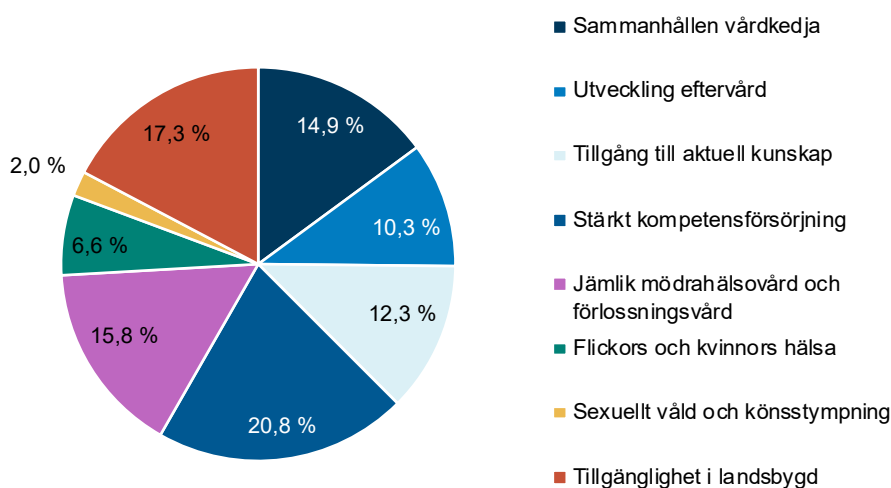
Källa: Överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.

Bilaga 2. Procentuell fördelning av medel per region

Denna bilaga innehåller en sammanställning av 15 regioners fördelning av medel över de olika insatsområdena i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.

Diagram 7. Region Dalarnas fördelning av medel mellan insatsområden

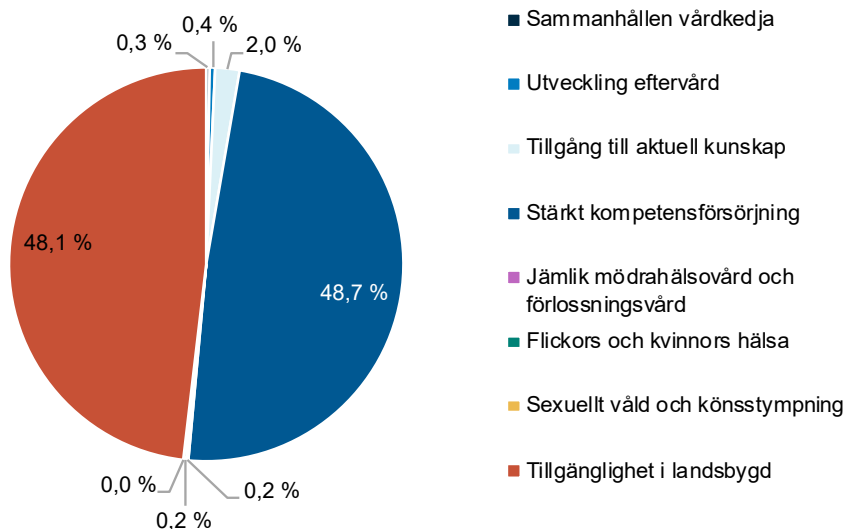
Fördelning av Region Dalarnas medel inom respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Dalarnas redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 8. Region Gotlands fördelning av medel mellan insatsområden

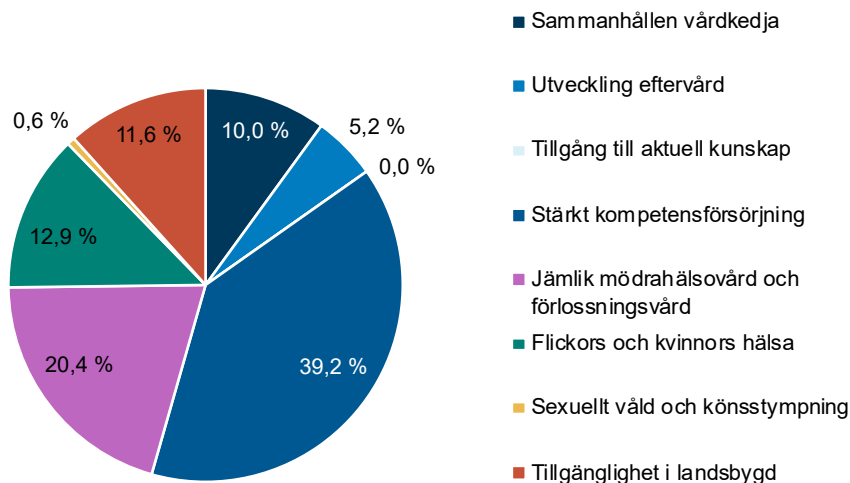
Fördelning av Region Gotlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Gotlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 9. Region Hallands fördelning av medel mellan insatsområden

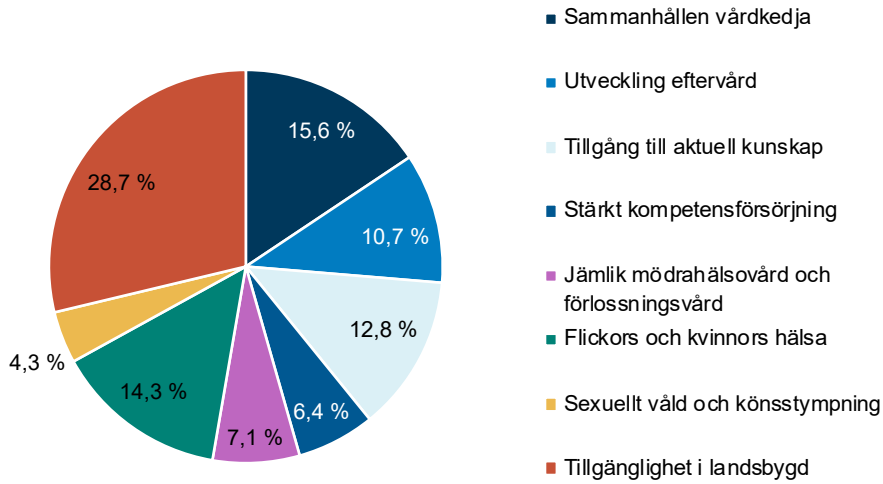
Fördelning av Region Hallands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Hallands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 10. Region Gävleborgs fördelning av medel mellan insatsområden

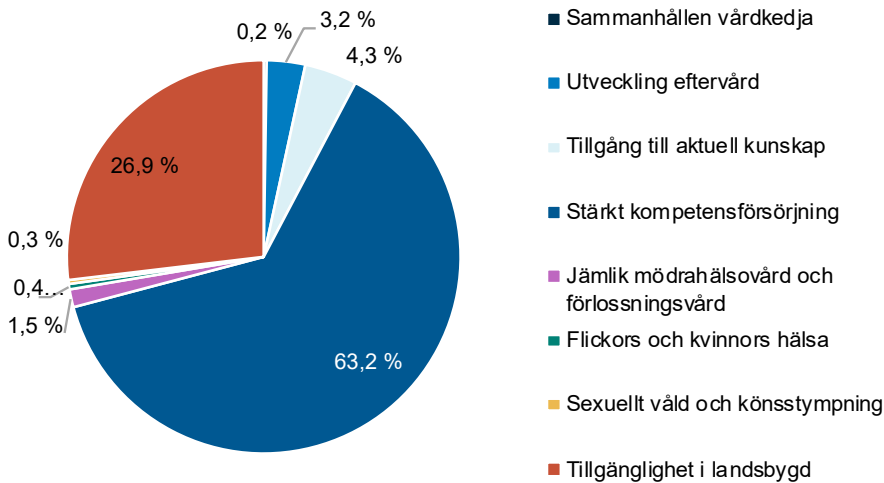
Fördelning av Region Gävleborgs fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Gävleborgs redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 11. Region Jämtland Härjedalens fördelning av medel mellan insatsområden

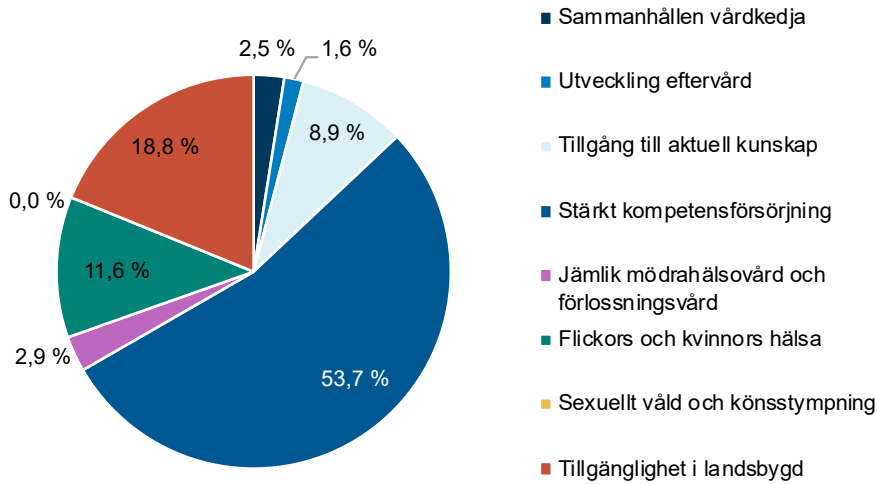
Fördelning av Region Jämtland Härjedalens fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Jämtland Härjedalens redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 12. Region Norrbottens fördelning av medel mellan insatsområden

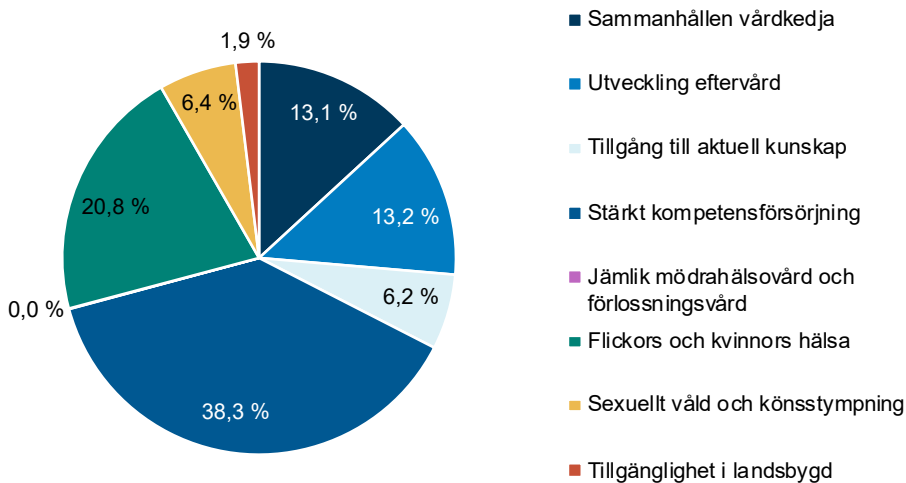
Fördelning av Region Norrbottens fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Norrbottens redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 13. Region Skånes fördelning av medel mellan insatsområden

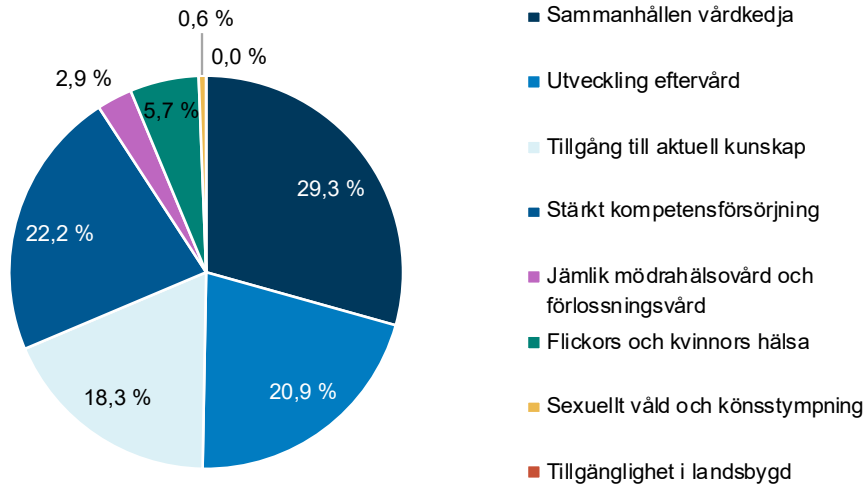
Fördelning av Region Skånes fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Skånes redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 14. Region Stockholms fördelning av medel mellan insatsområden

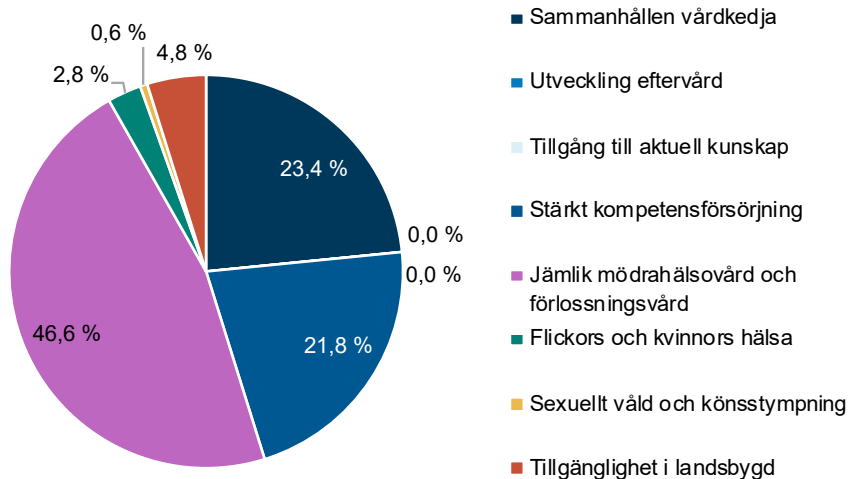
Fördelning av Region Stockholms fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Stockholms redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 15. Region Sörmlands fördelning av medel mellan insatsområden

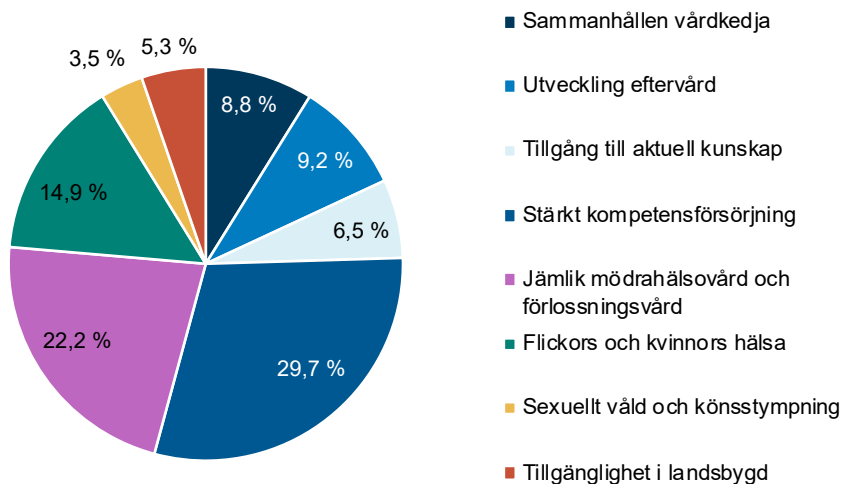
Fördelning av Region Sörmlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Sörmlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 16. Region Uppsalas fördelning av medel mellan insatsområden

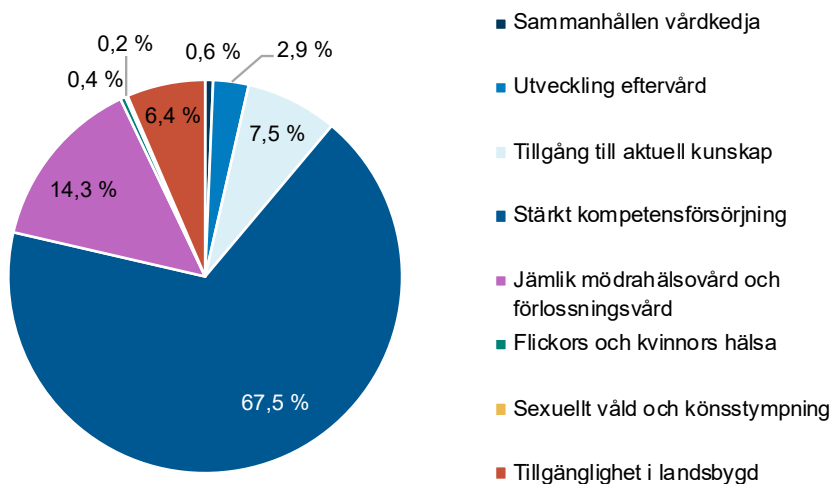
Fördelning av Region Uppsalas fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Uppsalas redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 17. Region Värmlands fördelning av medel mellan insatsområden

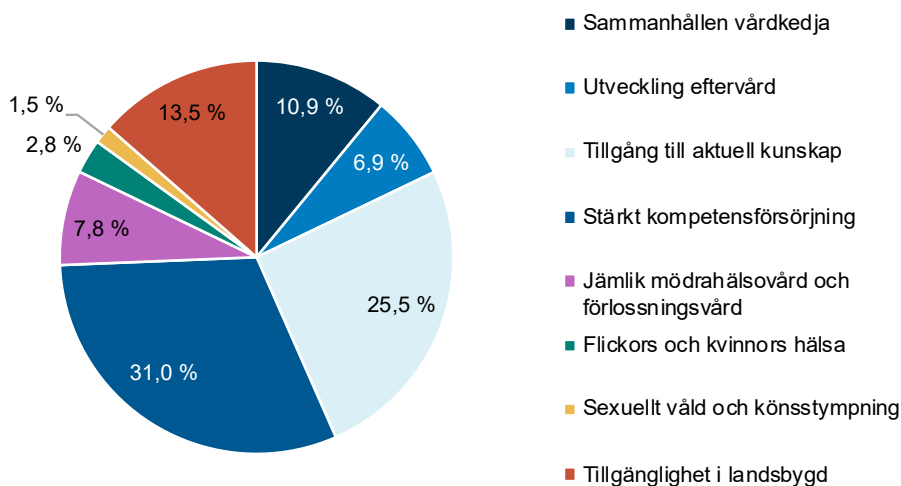
Fördelning av Region Värmlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Värmlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 18. Region Västerbotten fördelning av medel mellan insatsområden

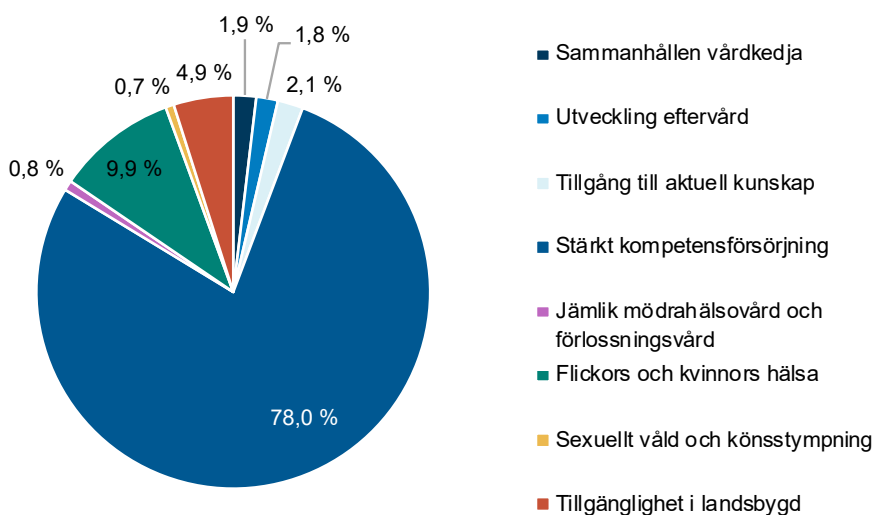
Fördelning av Region Västerbotten fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Västerbotten redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 19. Region Västernorrlands fördelning av medel mellan insatsområden

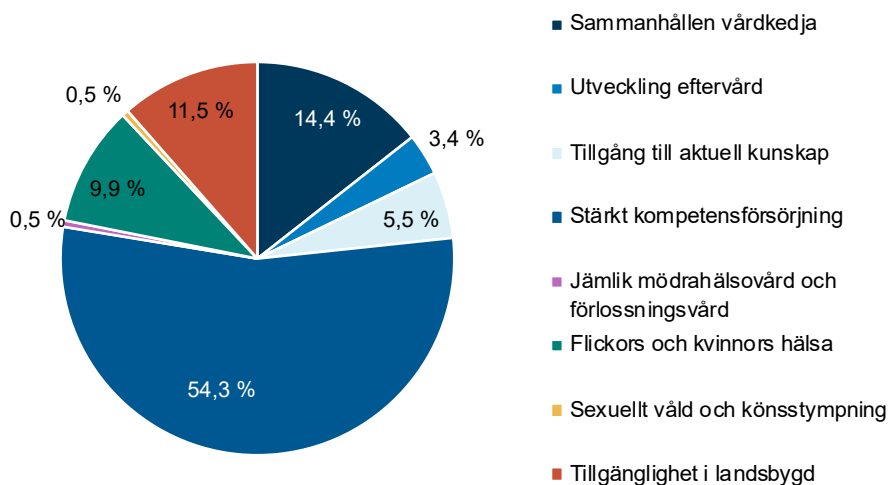
Fördelning av Region Västernorrlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Västernorrlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 20. Region Västmanlands fördelning av medel mellan insatsområden

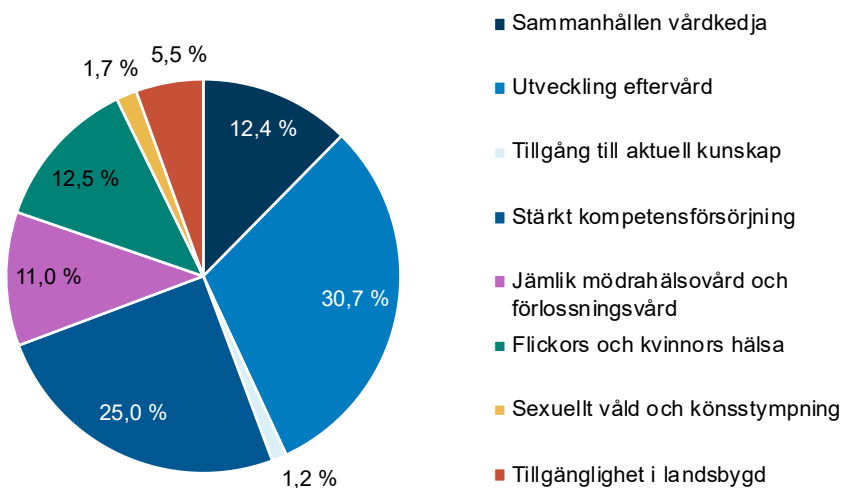
Fördelning av Region Västmanlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Västmanlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.

Diagram 21. Region Östergötlands fördelning av medel mellan insatsområden

Fördelning av Region Östergötlands fördelning av medel över respektive insatsområde i överenskommelsen *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2025*.



Källa: Region Östergötlands redovisning av fördelning av medel på respektive insatsområde under verksamhetsåret 2025.



Förstärkta insatser för kvinnors hälsa (artikelnr 2026-6-10271)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.