

# Graviditet, förlossning och tiden efter

Förslag till nationell plan 2026–2035

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2025-9-9715

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), september 2025

## Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Planen föreslås gälla för perioden 2026–2035.

Planen ska lägga grunden för ett mer strategiskt och systematiskt utvecklingsarbete i regionerna genom att ange en tydlig riktning för utvecklingen av vården. Målet är en jämlik vård som ges med samma kvalitet i hela landet.

Målgrupp för den nationella planen är i första hand nationella och regionala beslutsfattare. Förslaget vänder sig också till chefer och personal som arbetar i vårdkedjan och andra aktörer inom området.

Projektledare för regeringsuppdraget har varit utredaren Emma Lindgren som tillsammans med utredarna Ehline Larsson, Karin Källén, samt konsulten Jenny Halldén har utgjort projektets arbetsgrupp. Susanne Åhlund har medverkat som sakkunnig barnmorska. Emmelie Pettersén Ugglan har medverkat som juridiskt sakkunnig. Utredaren Nina Eklund har också bidragit i arbetet med den nationella planen.

Ansvarig enhetschef och projektägare har varit Maria State.

Förslaget till plan har tagits fram i dialog med en tvärprofessionell referensgrupp. Synpunkter har också inhämtats från andra aktörer verksamma inom området. Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till alla som bidragit till arbetet.

Björn Eriksson  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
Graviditets- och förlossningsvården håller hög medicinsk kvalitet, men viktiga utvecklingsområden kvarstår .....	5
Utvecklingen följs på flera sätt.....	8
Arbetet med att ta fram förslaget till nationell plan .....	8
<b>Inledning och bakgrund</b> .....	<b>9</b>
Så här har planen tagits fram och förankrats.....	9
Planen ska bidra till en mer jämlik vård.....	11
Planen ska stödja utveckling i vården .....	13
<b>Förslag till nationell plan</b> .....	<b>15</b>
Fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter.....	16
Fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård .....	30
Fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet .....	33
Förslag till hur utvecklingen ska följas upp .....	36
Tidsplan för implementering och uppföljning.....	39
<b>Fördjupad bakgrund och motivering till planens mål, delmål och insatser</b> .....	<b>41</b>
Fördjupning fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter	41
Fördjupning fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård .....	90
Fördjupning fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet .....	94
<b>Referenser</b> .....	<b>105</b>
<b>Deltagare i referensgruppen</b> .....	<b>113</b>
<b>Tillhörande bilagor som publiceras på webben</b> .....	<b>115</b>

## Sammanfattning

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter för perioden 2026–2035. Även neonatalvården omfattas av förslaget.

Planen ska lägga grunden för ett mer strategiskt och systematiskt utvecklingsarbete i regionerna genom att ange en tydlig riktning för utvecklingen av vården. Målet är en jämlik vård som ges med samma kvalitet i hela landet.

Målgrupp för den nationella planen är nationella och regionala beslutsfattare. Förslaget vänder sig också till chefer och personal som arbetar i vårdkedjan och till andra aktörer inom området.

## Graviditets- och förlossningsvården håller hög medicinsk kvalitet, men viktiga utvecklingsområden kvarstår

I internationell jämförelse har Sverige en mycket god och medicinskt säker vård i samband med graviditet och förlossning. Mödrahälsovården är väl utbyggd vilket främjar såväl den gravidas som det ofödda barnets hälsa. Mödrahälsovården kännetecknas också av hög personalkontinuitet där den gravida går på kontroller hos samma barnmorska under hela graviditeten. Mödra- och barnadödligheten i samband med förlossning är mycket låg i Sverige, som även anses ligga i framkant när det gäller neonatalvård. Många är också nöjda med vården de fått under graviditeten, förlossningen och i neonatalvården.

Samtidigt finns det områden där vården behöver förbättras. Planen bygger vidare på redan påbörjat utvecklingsarbete och fokuserar på delar i vården som bedöms vara prioriterade att fortsätta utveckla och stärka.

## Vi ger förslag på mål, delmål och insatser som kan stärka och utveckla vården

I planen presenterar vi tio övergripande mål och flera delmål som beskriver hur vården behöver utvecklas. Målen är strävansmål och planen uttrycker en viljeriktning för en önskvärd utveckling i vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter, inklusive neonatalvården.

Vi ger också förslag på insatser som kan bidra till att stärka vården, både nationella insatser och insatser på regional nivå. Målen och insatsförslagen sorterar under tre fokusområden:

1. En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter.
2. En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård.
3. En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet.

## Fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter

Vården behöver bli mer jämlik både mellan regioner och för olika grupper av gravida och födande. Vi har identifierat följande områden som prioriterade att fortsätta utveckla och stärka i vårdkedjan:

- Mödrahälsovården behöver i högra grad individanpassas och stärkas för de som har riskfaktorer och särskilda behov.
- Tillgången till fosterdiagnostik samt information och stöd vid fosterdiagnostik behöver förbättras och bli mer jämlikt.
- Det behövs ett utvecklat, mer tillgängligt och jämlikt erbjudande om föräldraskapsstöd till blivande föräldrar.
- Förlossningsvården behöver bli mer jämlik mellan regionerna och mer trygg och säker för alla födande oavsett bakgrund och individuella förutsättningar.
- Neontalvården behöver fortsatt utvecklas, bland annat genom att säkerställa att barn föds på rätt vårdnivå, minskade transporter till följd av platsbrist samt ökad familjecentrering, samvård och uppföljning.
- Eftervården för kvinnor som fött barn behöver fortsätta utvecklas genom strukturerad planering och uppföljning samt ökad tillgång till vård och stöd på rätt vårdnivå vid både fysiska och psykiska hälsoproblem.
- Regionerna behöver utveckla sitt arbete med att främja och stödja amning i hela vårdkedjan.

I förslaget till plan presenterar vi åtta övergripande mål, ett flertal delmål samt förslag till insatser som kan stödja utvecklingen mot en mer säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter.

## Fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård

Genom att utveckla kunskapsstyrningen och arbeta för en hög följsamhet till nationella riktlinjer och rekommendationer kan vården bli mer säker och regionala skillnader minska. Vi har identifierat följande områden som prioriterade för att uppnå en mer nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård i samband med graviditet, förlossning och tiden efter:

- Roll- och ansvarsfördelningen mellan de aktörer som tar fram kunskapsstöd på nationell nivå behöver bli tydligare.

- Nationella kunskapsstöd behöver i högre grad hänga samman och motstridiga budskap undvikas.
- Följsamheten till nationella riktlinjer och kunskapsstöd behöver öka.

För att möjliggöra detta behöver Regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter fortsätta stärka och utveckla sitt samarbete. Professions- och specialistföreningar behöver också involveras i arbetet. Nationella kunskapsstöd kan bli mer tillgängliga genom att samlas och göras tillgängliga på 1177. Alla regioner behöver ha en organisation för implementering av ny kunskap och stöd till implementering behöver stärkas.

I förslaget till plan presenterar vi ett övergripande mål och tre delmål samt förslag till insatser som kan stödja utvecklingen mot en mer nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård.

### Fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet

En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet är en förutsättning för att vården ska kunna utvecklas. För att möta vårdbehovet hos alla gravida och födande, där bland annat gravida med psykisk ohälsa, förlossningsrädsla eller med högt BMI har ökat, behöver andra yrkesgrupper än enbart barnmorskor och läkare involveras i högre grad, som till exempel dietister, psykologer och fysioterapeuter.

Vi har identifierat följande områden som prioriterade för att uppnå en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet:

- Regionerna behöver i högre grad säkerställa och erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling och möjlighet till specialisering för vårdens personal.
- Regionerna behöver utveckla goda förutsättningar att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens.
- Regionerna behöver skapa goda förutsättningar för den verksamhetsnära chefen att leda och utveckla verksamheten.

I förslaget till plan presenterar vi ett mål och tre delmål samt förslag till insatser som kan stödja utvecklingen mot en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet hos alla gravida, födande, nyfödda barn och nyblivna föräldrar.

## Utvecklingen följs på flera sätt

Utvecklingen mot planens mål och delmål föreslås följas upp regelbundet av Socialstyrelsen genom

- sammanställning och analys baserat på regionernas nulägesanalyser och redovisningar av insatser
- årlig regiondialog
- kvantitativ uppföljning genom indikatorer och andra uppföljningsmått<sup>1</sup>
- fördjupade tematiska analyser.

## Arbetet med att ta fram förslaget till nationell plan

Socialstyrelsen har tagit fram förslaget till nationell plan i dialog med en tvärprofessionell referensgrupp samt i dialog med andra berörda aktörer.

De utvecklingsbehov som lyfts i planen bygger på slutsatser och resultat i tidigare publicerade kartläggningar, utvärderingar och analyser, data och resultat från nationella register och Graviditetsenkäten samt utvecklingsbehov som har lyfts av referensgruppen och de andra aktörer verksamma inom området som Socialstyrelsen haft dialog med.

Inom uppdraget har vi även gjort en analys av boendetyper och socioekonomiska faktorer i relation till kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Vi har också genomfört intervjuer med ett flertal regioner i syfte att ta del av exempel på hur regionerna arbetar med riktade insatser för att nå ut till och anpassa vården till olika målgrupper.

Planen utgår också från befintliga rekommendationer och kunskapsstöd som berör vården vid graviditet, förlossning och tiden efter samt neonatalvården. Till skillnad mot Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd inom området ger planen inte några nya rekommendationer om behandlingsåtgärder eller arbetssätt i vården. Däremot hänvisar vi till befintliga rekommendationer när det bedöms vara relevant för planens mål, delmål eller förslag till insatser.

---

<sup>1</sup> Den kvantitativa uppföljningen genom indikatorer och andra mått för uppföljning syftar till att följa utvecklingen mot målen i fokusområde 1. Indikatorerna och måtten baseras på registerdata och resultat från Graviditetsenkäten. Det finns inte registerdata för att följa utvecklingen mot målen i fokusområde 2 och 3. Dessa följs därför på andra sätt.

# Inledning och bakgrund

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen<sup>234</sup> tagit fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Även neonatalvården omfattas av förslaget.

Planen ska lägga grunden för ett mer strategiskt och systematiskt utvecklingsarbete i regionerna genom att ange en tydlig riktning för utvecklingen av vården. Målet är en jämlik vård som ges med samma kvalitet i hela landet

## Så här har planen tagits fram och förankrats

Socialstyrelsen har tagit fram förslaget till nationell plan i dialog med en tvärprofessionell referensgrupp<sup>5</sup> bestående av totalt 26 personer från 11 regioner.

I referensgruppen medverkade läkare och barnmorskor från mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård samt fostermedicin. Några var inriktade på amning, förlossningsrädsla eller förlossningsskador. Vidare medverkade fysioterapeuter med kompetens inom gynekologi, obstetrik och urologi, mödra- och barnhälsovårdspsykologer, en neonatolog och en barnsjuksköterska, samt en vårdutvecklare inom barnhälsovården. I slutet av rapporten redovisas samtliga deltagare i referensgruppen.

Socialstyrelsen har även haft återkommande dialoger med och inhämtat synpunkter från ordföranden för Svenska Barnmorskeförbundet, ordföranden för Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Vårdförbundets professionsanalytiker för barnmorskor samt samordnarna för kvinnohälsosatsningen inom Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Socialstyrelsen har också inhämtat synpunkter från nationellt programområde (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning och nationell arbetsgrupp för mödrahälsovården (NAG MHV). Synpunkter har inhämtats på utvalda delar från Svenska neonatalvårdsföreningen, nationellt

---

<sup>2</sup> Regeringsbeslut II:10, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för Förlossningsvården, 2023-01-26, S2023/00406 (delvis).

<sup>3</sup> Regeringsbeslut II:2, Ändring av uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för förlossningsvården, 2024-01-18, S2023/00406 (delvis).

<sup>4</sup> Regeringsbeslut II:9, Förlängd tid för uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för förlossningsvården, S2023/00406 (delvis).

<sup>5</sup> NPO kvinnosjukdomar och förlossning, NPO barn och unga, NPO rehabilitering samt Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet och SFOG nominerade deltagare till referensgruppen.

programområde (NPO) barn och unga, ett transdisciplinärt nätverk inom området perinatal mental hälsa, samt från myndigheten för familj rätt och föräldraskapsstöd.

Förslaget bygger på resultat och slutsatser i tidigare publicerade kartläggningar, utvärderingar och analyser, data och resultat från nationella register och Graviditetsenkäten samt utvecklingsbehov som har lyfts i dialoger med referensgruppen och andra aktörer verksamma inom området.

Planen utgår också från befintliga rekommendationer och kunskapsstöd som berör vården vid graviditet, förlossning och tiden efter samt neonatalvården. Till skillnad mot Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd inom området ger planen inte några nya rekommendationer och behandlingsåtgärder eller arbetssätt i vården. Däremot hänvisar vi till befintliga rekommendationer när det bedöms vara relevant för planens mål, delmål och förslag till insatser.

## Intervjuer om goda exempel på riktade insatser mot specifika målgrupper

Inom ramen för uppdraget att utveckla förslaget till nationell plan fick regioner och föreningar inkomma med goda exempel på anpassade och riktade insatser för att nå ut till och anpassa vården till olika målgrupper. Syftet var att få kunskap om hur regionerna arbetar regionalt och lokalt med riktade insatser till bland annat utrikesfödda, hbtqi-personer, personer med funktionsnedsättning, unga gravida eller socioekonomiskt utsatta, samt gravida och nyblivna mammor med psykisk ohälsa eller skadligt bruk och beroende. Totalt genomfördes 15 intervjuer med verksamheter i följande fem regioner: Stockholm, Skåne, Västerbotten, Västmanland och Sörmland.

## Analys av socioekonomiska faktorer påverkan på förlossningsutfall för mamma och barn

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen gjort en analys av boendetyper<sup>6</sup> och socioekonomiska faktorer i relation till kvinnors och barns hälsa efter förlossningen. Analysen omfattar de som födde barn åren 2013–2022. Resultatet visar att socioekonomiska faktorer, exempelvis kvinnans födelseland samt utbildningsnivå, har stor betydelse för förlossningsutfallet för både mamman och barnet [1]. Rapporten visar sammanfattningsvis att skillnader finns, och att de inte har förändrats nämnvärt sedan Socialstyrelsens tidigare rapport om socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossningen som publicerades 2016 och baserades på de som födde barn 1997–2014.

---

<sup>6</sup> Boendetyper har beaktats genom användande av boverkets klassificering av bostadsområden.

## Utveckling av indikatorer från befintliga register och Graviditetsenkäten

En bearbetning och analys av data från Medicinska födelseregistret, Graviditetsregistret, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ) och Graviditetsenkäten har gjorts med syfte att

- analysera nuläget i vården samt hur utvecklingen har sett ut över tid
- identifiera och analysera eventuella skillnader mellan regionerna och mellan olika grupper när det gäller både genomförande, utfall, resultat och patientupplevelse
- undersöka vilka indikatorer som är relevanta att föreslå för att följa utvecklingen i vården.

## Planen ska bidra till en mer jämlik vård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ges på lika villkor till alla, oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder, bostadsort eller utbildningsnivå. För att uppnå en jämlik vård är det avgörande att vården utformas med respekt för alla människors lika värde.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>7</sup> Vård på lika villkor innebär att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Därav följer bland annat att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård.<sup>8</sup> För att uppnå vård på lika villkor som möter individens behov kan det behövas anpassade och riktade insatser till olika grupper eller till enskilda gravida och födande.

I den nationella planen belyser vi skillnader på gruppnivå mellan olika kvinnor, till exempel baserat på den gravida eller födande kvinnans ålder, födelseland eller utbildningsnivå. Det kan handla om skillnader i hälsoutfall, hur vården upplevs, samt i vilken grad vården når ut till olika grupper, till exempel andel som går på eftervårdsbesök eller får stöd vid förlossningsrädsla. Syftet är att främja ökad kunskap samt verka för en mer jämlik vård.

I planen belyser vi också geografiska skillnader inom och mellan regioner. Det handlar om skillnader i arbetssätt och rutiner, hur den gravida och

---

<sup>7</sup> 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>8</sup> Prop 1981/82:97 s 27.

födande upplever kvalitet i vården beroende på bostadsregion, samt skillnader i medicinska utfall och resultat. Tillgången till vård och stöd skiljer sig mellan regionerna. Regionerna arbetar också i olika utsträckning med riktade insatser till särskilda målgrupper.

En god följsamhet till nationella riktlinjer och kunskapsstöd, samt utökad nationell samverkan och erfarenhetsutbyte inom och mellan regioner bidrar till en mer jämlik vård i hela landet.

## Grupper som behöver prioriteras i vården

Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar, personer med migrationserfarenhet, unga och unga vuxna, personer med funktionsnedsättning och hbtqi-personer har generellt en sämre sexuell och reproduktiv hälsa än övriga befolkningen och nås i lägre utsträckning av hälsofrämjande insatser. Folkhälsomyndighetens Nationella strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [2] lyfter fram dessa grupper som särskilt prioriterade i det nationella arbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Personer som tillhör dessa grupper kan dessutom ha erfarenhet av så kallad minoritetsstress och mikroaggressioner och därför uppleva ett lägre förtroende för samhällets institutioner, vilket kan leda till att de inte alls, eller i lägre utsträckning söker vård och stöd [2]. För att säkerställa tillgång till både förebyggande och behandlande insatser är det av stor vikt att insatserna utformas i samråd med patienten och utifrån dennes individuella förutsättningar.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra berörda aktörer har framför allt utrikesfödda med begränsade kunskaper i svenska respektive ensamstående lyfts upp som särskilt utsatta i vården i samband med graviditet och förlossning.

En grundläggande förutsättning för gravida och födande med begränsade kunskaper i svenska är tillgång till auktoriserad sjukvårdstolk eller sjukvårdstolkning i de vårdkontakter där det finns behov av det. Det är avgörande för att de som har begränsade språkkunskaper i svenska ska kunna förstå information, vara involverade i besluten och kommunicera sina behov. För att möjliggöra god kommunikation och undvika stress är det också ofta nödvändigt att planera in längre mottagningsbesök för de med begränsade kunskaper i svenska. Det ger utrymme för både information och dialog, vilket stärker kvinnans möjlighet till delaktighet i sin egen vård.

## Det handlar om kvinnors och barns hälsa

Vården i samband med graviditet och förlossning berör utöver det väntade och nyfödda barnet framför allt kvinnor eftersom det är de som är gravida och föder barn. Det innebär att det framför allt är kvinnors hälsa som

påverkas både av vårdens utformning, samt dess kvalitet och eventuella utvecklingsbehov. I planen använder vi därför de könsspecifika begreppen kvinna och mamma. Vi varierar orden kvinna och mamma med begrepp som gravida, födande och nyförlösta i syfte att variera språket.

Vi är medvetna om att det finns gravida som varken identifierar eller definierar sig som kvinnor, och att mönster av familjebildning varierar. Inom gruppen gravida och födande finns också de som har man som juridiskt kön. Målen i förslaget till nationell plan omfattar alla som är gravida, födande eller har fött barn, oavsett juridiskt kön eller könsidentitet.

Vi undviker könsneutrala begrepp som ”individer som är gravida” eller ”personer som föder barn” eftersom det ger intrycket av att kön inte är relevant när vi belyser vårdkedjan vid graviditet, förlossning och tiden efter, trots att den primärt berör och påverkar kvinnors hälsa. Ett könsneutralt språk enligt ovan kan bidra till att osynliggöra det.

Däremot undviker vi att använda det könsspecifika begreppet pappa eftersom en partner eller medförälder till den som är gravid kan vara både en pappa och en mamma.

## Planen ska stödja utveckling i vården

Målgrupp för den nationella planen är i första hand nationella och regionala beslutsfattare. Förslaget vänder sig också till chefer och personal som arbetar i vårdkedjan och andra aktörer inom området.

Planen ska utgöra ett stöd för ett strategiskt och systematiskt förbättringsarbete i regionerna, och bland annat stödja beslutsfattare i regionerna att prioritera insatser som skapar förutsättningar för att utveckla vården under graviditet, förlossning och tiden efter, inklusive neonatalvården.

## Vi ger förslag på mål, delmål och insatser inom tre fokusområden

Förslaget till nationell plan vilar på Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

I planen ger vi förslag på mål och delmål för utvecklingen i vården. Målen är på en övergripande nivå och fokuserar på det långsiktiga resultatet som regionerna bör arbeta mot. Delmålen är på en mer konkret eller specifik nivå och beskriver viktiga steg på vägen för att nå det övergripande målet. Målen är strävansmål och planen uttrycker en viljeriktning för en önskvärd utveckling i vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter.

Vi ger även förslag på insatser på både nationell och regional nivå som vi bedömer kan stödja utvecklingen mot planens mål och delmål.

Målen och insatsförslagen sorterar under tre fokusområden:

1. En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter.
2. En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård.
3. En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet.

En nationellt samordnad kunskapsstyrning och en hållbar kompetensförsörjning (som belyses i fokusområde 2 och 3) bedöms vara avgörande för att vården ska kunna utvecklas mot en mer säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård (som belyses i fokusområde 1) för alla gravida, födande, nyblivna mammor och nyfödda barn. Fokusområde 2 och 3 utgör därmed både grundläggande förutsättningar och vägar framåt mot en stärkt och utvecklad vård.

## Planen bygger vidare på redan påbörjat utvecklingsarbete

Förslaget till nationell plan fokuserar på delar i vården som bedöms vara prioriterade att utveckla och stärka i samband med graviditet, förlossning och tiden efter. Merparten av de utvecklingsområden och mål som föreslås belyser områden där ett utvecklingsarbete redan pågår eller har påbörjats, och där det finns ett behov av att fortsätta utveckla och stärka arbetet.

I internationell jämförelse har Sverige en mycket god och medicinskt säker vård i samband med graviditet och förlossning. Mödrahälsovården är väl utbyggd, vilket främjar såväl den gravidas som det ofödda barnets hälsa. Andelen barn som dör innan eller i samband med förlossning har minskat, och mödradödligheten i samband med förlossning är fortsatt mycket låg i internationell jämförelse [3] [4]. Sveriges neonatalvård anses också ligga i framkant internationellt, särskilt när det gäller vården av för tidigt födda barn. Sverige har en hög överlevnad bland barn som föds mycket för tidigt [5].

För att kunna bevara goda resultat är det viktigt att det arbete som fungerar väl fortsätter att prioriteras av beslutsfattare i regionerna, och att förutsättningar för detta säkerställs och upprätthålls.

Samtidigt finns det också områden där vården behöver utvecklas och förbättras i syfte att uppnå en mer säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård.

Den nationella planen lägger fokus på utvecklingsbehov som bedöms viktiga att prioritera sett i ett nationellt perspektiv. Det kan således finnas utvecklingsområden som behöver prioriteras regionalt eller lokalt, men som inte belyses i planen.

## Förslag till nationell plan

I följande avsnitt presenterar vi planens tre fokusområden med övergripande mål, delmål och förslag till insatser som kan stödja utvecklingen, samt en kortfattad bakgrund och motivering.

Därefter presenterar vi förslag på hur utvecklingen ska följas upp, samt en tidsplan för implementering och uppföljning.

Efter det följer en fördjupad bakgrundsbeskrivning och motivering till planens mål, delmål och insatser inom respektive fokusområde.

Hälso- och sjukvården är i vissa avseenden redan skyldig att erbjuda sådant som omfattas av delmålen och förslagen till insatser nedan, som till exempel individuellt anpassad information eller att ha rutiner för att minimera vårdskador. Enligt SOSFS 2011:9 ska en vårdgivare också identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska även utarbeta och fastställa de rutiner som behövs.

På grund av de utvecklingsbehov som framkommit och de olikheter som finns mellan och inom regionerna ser Socialstyrelsen att det ändå finns skäl att i den nationella planen understryka behovet av att regionerna prioriterar dessa områden.

En del regioner har redan genomfört några av de insatser som föreslås medan andra inte har kommit lika långt. Eftersom regionerna har olika utgångsläge och olika förutsättningar behöver varje region göra en nulägesanalys i förhållande till planens mål och de insatser som föreslås, och planera sitt utvecklingsarbete utifrån den.

# Fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter

Fokusområde 1 innehåller mål, delmål och förslag till insatser för

- graviditeten
- förlossningen
- neonatalvården
- uppföljning efter förlossningen inklusive vård och stöd till kvinnor som fött barn.

Några av de föreslagna insatserna berör hela vårdkedjan och presenteras sist.

## Graviditeten

Mödrahälsovården behöver fortsätta utveckla och stärka sitt arbete med att identifiera medicinska och psykosociala riskfaktorer hos gravida och individanpassa vården. Särskilt fokus behöver ligga på att utveckla och stärka vården för gravida som har

- förlossningsrädsla
- graviditetsdiabetes
- obesitas
- psykisk ohälsa och psykisk sjukdom
- skadligt bruk och beroende
- utsatts för könsstympning eller våld.

Regionerna ska säkerställa att det finns skriftliga rutiner vid upptäckt av våldsutsatthet, som alla medarbetare känner till och arbetar efter.<sup>9</sup> Som stöd i arbetet finns Socialstyrelsens kunskapsstöd samt handbok om våld i nära relationer [6] [7].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd finns stöd till vården för såväl psykisk ohälsa som psykisk sjukdom i samband med graviditet och förlossning, skadligt bruk och beroende, könsstympning, obesitas samt förlossningsrädsla [8] [9] [10] [11]. Nationella riktlinjer för graviditetsdiabetes är under utveckling.

För att mödrahälsovården ska kunna stärka sitt förebyggande arbete behöver det finnas mottagare att samarbeta med och remittera till när andra aktörer

---

<sup>9</sup> 7 kap. 1–3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer.

behöver involveras. De som har behov av andra vårdkontakter än barnmorskan i mödravården behöver få stöd att samordna dem. Enligt patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Det innebär att den gravida ska göras delaktig i planering av den egna vården. Förlängda besökstider och anpassad information kan ibland behövas för att alla ska kunna göras delaktiga. Anpassade och riktade insatser kan också behövas för att vården ska nå ut till alla gravida oavsett födelseland, utbildningsnivå, ålder eller andra individuella förutsättningar.

Det finns behov av att utveckla och stärka förebyggande insatser och behandling med stöd av fysioterapeut till de som har behov av detta under graviditeten. I Socialstyrelsens dialoger har behov av mer formaliserad samverkan mellan barnmorskemottagningar och vårdgivare som tillhandhåller fysioterapi framförts.

Erbjudandet om fosterdiagnostik är ojämlikt mellan regionerna, trots nationella rekommendationer och riktlinjer om fosterdiagnostik som tagits fram av NPO kvinnosjukvård och förlossning inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård [12]. Erbjudandet om fosterdiagnostik behöver bli mer jämlikt i hela landet och information och stöd vid fosterdiagnostik behöver också förbättras. Socialstyrelsen bedömer att det bör utredas om det finns behov av och förutsättningar att bilda ett nationellt kompetenscenter för fosterdiagnostik. I Socialstyrelsens dialoger har förslag om detta lyfts i syfte att förbättra information och stöd i samband med fosterdiagnostik. Ett kunskapscenter skulle bland annat kunna ha uppdraget att ta fram stöd- och utbildningsmaterial om fosterdiagnostik på olika språk och tillhandahålla genetisk vägledning och utveckla beslutsstöd till blivande föräldrar.

Många föräldrar önskar mer förberedelse inför den första tiden som förälder [13] [14] [15] [16]. Föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården är ojämlikt i landet och behöver stärkas och utvecklas för att bättre möta behoven hos blivande föräldrar. Ett nationellt föräldraskapsstödsprogram, med förslag till upplägg och stödjande material för både individuellt stöd och stöd i grupp, bedöms kunna stödja utvecklingen mot ett mer jämlikt och kvalitets säkrat erbjudande om föräldraskapsstöd till blivande föräldrar. Socialstyrelsen bedömer även att det finns behov av att ta fram ett nationellt informations- och stödmaterial på olika språk och för olika målgrupper som görs tillgängligt på en nationell plattform. Syftet är att ge likvärdig och kvalitetssäkrad information till blivande föräldrar om både graviditet, förlossning, amning, återhämtning och läkning efter graviditet och förlossning samt föräldraskap.

Andelen som ammar minskar, enligt Socialstyrelsens nationella amningsstatistik [17]. Mödrahälsovården bör påbörja arbetet med att stödja och främja amning redan under graviditeten genom att erbjuda information,

förberedelse och reflekterande samtal till alla blivande föräldrar, i enlighet med rekommendationer i Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8].

### Förslag till mål och delmål för graviditeten

Mål	Delmål
Mål 1. Mödrahälsovården identifierar medicinska och psykosociala riskfaktorer, uppmärksammar individuella förutsättningar och behov och erbjuder individuellt anpassad och personcentrerad vård och stöd till alla gravida.	Delmål 1.1 Medicinska och psykosociala riskfaktorer samt behov av stöd identifieras tidigt och löpande under graviditeten.
	Delmål 1.2. Alla gravida som behöver särskilda insatser till följd av medicinska eller psykosociala riskfaktorer erbjuds personcentrerad vård, stöd och uppföljning.
	Delmål 1.3. Alla gravida får tillräcklig och individuellt anpassad information om den egna vården och görs delaktiga i planering och beslut.
	Delmål 1.4 Gravida får möjlighet till stöd och behandling för att förebygga och behandla graviditetsrelaterade fysiska besvär.
Mål 2. Alla blivande föräldrar har tillgång till likvärdig information och stöd som möter behovet inför och efter fosterdiagnostik.	Delmål 2.1 Alla gravida får samma erbjudande om fosterdiagnostik oavsett var i landet de bor.
	Delmål 2.2 Alla blivande föräldrar får tillräcklig information för att kunna göra informerade val om fosterdiagnostik.
	Delmål 2.3 Blivande föräldrar får tillräckligt stöd från vården vid misstänkt eller konstaterad fosteravvikelse, särskilt inför och efter beslut om att fortsätta respektive avbryta graviditeten.
Mål 3. Alla blivande föräldrar erbjuds ett tillgängligt och behovsanpassat föräldraskapsstöd under graviditeten.	Delmål 3.1 Alla blivande föräldrar erbjuds föräldraskapsstöd som följer ett nationellt upplägg och program.

---

Delmål 3.2

Blivande föräldrar erbjuds deltagande i digitalt eller fysiskt föräldraskapsstöd i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.

---

Delmål 3.3

Alla blivande föräldrar får reflekterande samtal och förberedande information om amning under graviditeten.

---

## Förslag till insatser som kan stödja utvecklingen med fokus på graviditeten

### Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att

- ett nationellt föräldraskapsstödsprogram tas fram som kan användas i mödrahälsovården och bidra till ett mer jämlikt och kvalitetssäkrat föräldraskapsstöd till blivande föräldrar
- ett nationellt informations- och stödmaterial på olika språk och för olika målgrupper tas fram och görs tillgängligt på en nationell plattform i syfte att ge likvärdig och kvalitetssäkrad information till blivande föräldrar om graviditet, förlossning, amning, återhämtning och läkning efter graviditet och förlossning samt föräldraskap
- behov av och förutsättningar att bilda ett nationellt kunskapscenter för fosterdiagnostik utreds.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna

- säkerställer att besökstiden hos barnmorskan anpassas utifrån behov samt att riktade insatser erbjuds till gravida med särskilda behov, där gravida med begränsade språkkunskaper i svenska är en grupp som särskilt behöver prioriteras
- säkerställer att det finns tillgång till stöd och behandling för gravida med förlossningsrädsla, psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, psykiska sjukdomstillstånd samt skadligt bruk och beroende, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för att erbjuda reflekterande samtal om amning till alla blivande föräldrar, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter

- utvecklar och stärker tillgången till förebyggande insatser och behandling för gravida med graviditetsrelaterade fysiska besvär, till exempel genom att utveckla former för samverkan mellan barnmorskemottagningar och vårdgivare och verksamheter som tillhandhåller fysioterapi
- säkerställer att gravida med obesitas erbjuds kombinerad levnadsvanebehandling i syfte att stödja en hälsosam viktutveckling under graviditeten och hälsosamma levnadsvanor under och efter graviditeten, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas
- säkerställer att erbjudandet om fosterdiagnostik följer nationella rekommendationer.

För att stödja utvecklingen mot en stärkt och utvecklad vård vid graviditet bedömer Socialstyrelsen att det även behövs kompetenshöjande insatser för vårdpersonalen, se fokusområde 3.

## Förlossningen

För att öka förutsättningarna för en trygg förlossning och positiv förlossningsupplevelse behöver alla födande få information och göras delaktiga under förlossningen. En lugn och trygg miljö, närhet och stöd är viktigt både för den födandes upplevelse av trygghet och för förlossningens framåtskridande [18]. Alla födande bör erbjudas kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas tills förlossningen är över, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [9].

Risken för komplikationer och negativa förlossningsutfall skiljer sig på gruppnivå mellan olika grupper av kvinnor, bland annat beroende av mammans födelseort och utbildningsnivå [1]. Mer behöver göras för att individanpassa vården och säkerställa att det finns förutsättningar för alla födande att uttrycka sina behov till vårdpersonalen och tillgodogöra sig den information som ges.

Det är viktigt att säkerställa rätt bemanning och kompetens för att bedöma, diagnostisera och suturera förlossningsbristningar [9] [8]. Det kan minska risken för komplikationer, såsom att stygn går upp eller att kvinnan drabbas av infektioner efter förlossningen. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör två utförare involveras vid diagnostisering av förlossningsbristningar [9] och enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd bör det även vara två utförare som hjälps åt för att suturera bristningar grad 2, 3 och 4. Det behöver finnas möjlighet att involvera läkare vid behov [8] [9].

Att det är viktigt att främja tidig hud-mot-hudkontakt mellan mamman och barnet lyfts i både den nationella amningsstrategin [19] och i Tio steg som

främjar amning [20] som är ett gemensamt kunskapsstöd från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket. Även i Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter finns en rekommendation om tidig hud-mot-hudkontakt [8] samt i ett kunskapsstöd från NPO Barn och Unga inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård [21]. Fler nyblivna föräldrar behöver uppmuntras och stödjas till hud-mot-hudkontakt med barnet direkt efter och under de första timmarna efter förlossningen för att stödja och främja amning, men också för att främja en god anknytning mellan barn och föräldrar. Vården behöver också säkerställa att nyblivna föräldrar erbjuds möjlighet till samtal om förlossningsupplevelsen innan familjen lämnar sjukhuset eller när föräldrarna har kommit hem, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8]. Vårdpersonalen behöver ha tid avsatt för detta.

Det finns skillnader mellan och inom regioner som rör både arbetssätt, patientupplevelse och medicinska utfall inom förlossningsvården [22] [23]. Ökad nationell samverkan och erfarenhetsutbyte mellan förlossningskliniker kan minska omotiverade skillnader inom förlossningsvården. I Socialstyrelsens dialoger har flera framfört att det finns behov av att bilda ett nationellt nätverk för förlossningsvården motsvarande det nationella nätverk som regionerna redan har för mödrahälsovården.<sup>10</sup> Ett nationellt nätverk för förlossningsvården bedöms kunna bidra till att stärka samverkan och erfarenhetsutbyte mellan förlossningskliniker och minska skillnader i förlossningsvården både inom och mellan regioner.

Att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för handläggning av normalförlossning bedöms också kunna bidra till att stödja utvecklingen mot en mer jämlik förlossningsvård och minska variationer mellan förlossningsklinikerna. Det kan också bidra till att höja kvaliteten och förbättra kvinnors upplevelse av förlossningen.

## Förslag till mål och delmål för förlossningen

Mål	Delmål
Mål 4. Förlossningsvården är trygg och säker för alla födande.	Delmål 4.1 Alla födande och deras eventuella partner eller medförälder får tillräcklig och individanpassad information och görs delaktiga i beslut under förlossningen när det är relevant och möjligt.

<sup>10</sup> I dag finns en etablerad nationell samverkan genom ett nationellt nätverk inom mödrahälsovården där samordnande barnmorskor, vårdutvecklande mödra- och barnhälsovårdpsykologer och mödrahälsovårdsläkare ingår. Förslag har lyfts om att även fysioterapeuter bör ingå i nätverket.

Delmål 4.2 Alla födande erbjuds kontinuerligt stöd av barnmorska under förlossningen.
Delmål 4.3. Negativa förlossningsutfall, komplikationer och vårdskador minimeras för alla mammor och barn.
Delmål 4.4 Alla nyförlösta får stöd till omedelbar och oavbruten hud-mot-hudkontakt med barnet efter förlossningen.
Delmål 4.5 Alla nyblivna föräldrar erbjuds möjlighet till samtal om förlossningsupplevelsen.

## Förslag till insatser som kan stödja utvecklingen med fokus på förlossning

### Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att

- ett nationellt kunskapsstöd för handläggning av normalförlossning tas fram i syfte att stödja utvecklingen mot en mer jämlik förlossningsvård av hög kvalitet
- nationell samverkan och erfarenhetsutbyte inom förlossningsvården utvecklas och stärks, till exempel genom att ett nationellt nätverk bildas för förlossningsvården, motsvarande det nationella nätverk som redan finns för mödrahälsovården.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna

- anpassar barnmorskebemanning på förlossningsklinikerna så att kontinuerligt stöd av barnmorska under förlossningens aktiva fas kan erbjudas till alla födande, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner som tillämpas på regionens förlossningskliniker för två utförare vid diagnostisering och suturering av bristningar efter förlossning, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner som tillämpas på regionens förlossningskliniker för att stödja omedelbar och oavbruten hud-mot-hudkontakt mellan mamman och barnet direkt efter förlossningen, i

enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter

- tar fram och implementerar skriftliga rutiner samt avsätter tid på regionens förlossningskliniker för att erbjuda samtal om förlossningsupplevelsen till alla nyblivna föräldrar, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter.

## Neonatalvården

Vården av för tidigt födda och/eller sjuka barn inom neonatalvården är komplex och barnen med sin fysiska omognad löper ökad risk att drabbas av kritiska tillstånd. Gravida som riskerar att föda för tidigt och barn som är i behov av högspecialiserad vård behöver transporteras till de centraliserade universitetsklinikerna innan eller efter födelsen [24] [25]. Andelen barn som fötts på rätt nivå vid olika gestationsåldrar, det vill säga på sjukhus med optimal kapacitet för vård av mamma och barn under och efter förlossning, varierar mellan regionerna [26]. En viktig förutsättning för en centralisering av vården är en väl utvecklad transportorganisation och samverkan inom och mellan var och en av de sex sjukvårdsregionerna [24].

Det förekommer även att barn transporteras till andra sjukhus till följd av platsbrist som orsakas av bristande tillgång till läkare och specialistsjuksköterskor inom neonatalvården [26]. Det är viktigt att regionerna arbetar för att antalet transporter på grund av platsbrist i neonatalvården minimeras.

I fall då även mamman behöver medicinsk vård efter förlossningen är det viktigt att säkerställa att barnet och mamman samvårdas, i enlighet med Socialstyrelsens nationella rekommendationer avseende vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer [27]. Klinikerna behöver därmed kunna erbjuda samvårdsplatser där mamma och barn vårdas tillsammans som en enhet.

Föräldrar bör göras delaktiga i omvårdnaden av barnet och ges stöd till hudmot-hudvård, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer [27]. Vården ska säkerställa att vårdnadshavarna får individuellt anpassad information, bland annat om barnets hälsotillstånd och vårdförloppet.<sup>11</sup> Barn som vårdats inom

---

<sup>11</sup> Enligt 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska patienten få information om bl.a. sitt hälsotillstånd och det förväntade vård- och behandlingsförloppet. När patienten är ett barn ska enligt 3 kap. 3 § patientlagen informationen även ges till barnets vårdnadshavare. Enligt 3 kap. 6 § patientlagen ska informationen också anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

neonatalvården behöver följas upp, både barn som tillhör högriskgruppen<sup>12</sup> och de som inte gör det [27]. För detta krävs tillgång till personal med rätt kompetens och uppdraget att genomföra uppföljningen. I Socialstyrelsens dialoger har experter inom området lyft att uppföljningen av barn som har vårdats i neonatalvården behöver förbättras.

Det är också viktigt att mamman ges möjlighet till uppföljning av sin egen hälsa. I Socialstyrelsens dialoger har experter lyft att mammor vars barn vårdats eller har vårdats i neonatalvården har ökad risk att ”falla mellan stolarna”, särskilt i de fall då neonatalvården av barnet pågår under en längre tid.

### Förslag till mål och delmål för neonatalvården

Mål	Delmål
Mål 5. En säker, trygg och barn- och familjecentrerad neonatalvård för alla barn och deras familjer.	Delmål 5.1 Antalet transporter på grund av platsbrist i neonatalvården minimeras.
	Delmål 5.2 Förutsättningarna optimeras för barnet vid hotande förtidsbörd eller vid behov av högspecialiserad neonatalvård.
	Delmål 5.3 Låg förekomst av vårdskador och komplikationer i neonatalvården.
	Delmål 5.4 Föräldrar ges möjlighet till närvaro och individuellt anpassad information under tiden barnet vårdas i neonatalvården.
	Delmål 5.5 Samvård erbjuds barn och mammor.
	Delmål 5.6 Neonatalvården främjar amning genom att stödja mammans bröstmjölksproduktion under hela vårdtiden.
	Delmål 5.7 Uppföljningen av barn som vårdats inom neonatalvården och samtidigt ingår i högriskgruppen stärks genom samordnade multidisciplinära arbetssätt och administrativt stöd.

<sup>12</sup> Barn som tillhör högriskgruppen är barn som föds före 28 veckor, föds lätta för tiden med viktavvikelse, barn med morfologisk hjärnskada, hjärnskada orsakad av syrebrist och/eller hypotermibehandling, barn med annan svår neonatal encefalopati, CNS infektion och svår sjuklighet med respiratorisk eller cirkulatorisk svikt och/eller multiorganpåverkan [87].

## Förslag till insatser som kan stödja utvecklingen med fokus på neonatalvården

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna

- utvecklar och säkerställer samverkan mellan kliniker i handläggning av gravida med hotande förtidsbörd, transport av gravida med hotande förtidsbörd och transport av för tidigt födda och sjuka nyfödda barn
- utvecklar och säkerställer uppföljning och samverkan nationellt för de barn som har vårdats inom neonatalvården som tillhör riskgruppen
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för uppföljning av barn som vårdats inom neonatalvården, samt säkerställer att personal med rätt kompetens finns tillgänglig och samlad för att genomföra uppföljningen
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan förlossningen och BB, neonatalvården och barnhälsovården<sup>13</sup>
- utvecklar och säkerställer tillgång till vårdplatser samt samvårdsplatser inom neonatalvården vid samtliga sjukhus som bedriver förlossningsvård
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för uppföljning av mammans hälsa när barnet vårdas inom neonatalvården.

## Uppföljning efter förlossning samt vård och stöd till kvinnor som fött barn

Nyblivna mammor upplever inte att de gjorts delaktiga i planering av sin eftervård i tillräcklig utsträckning. Information och planering bör börja redan under graviditeten och fortsätta efter förlossningen, i enlighet med rekommendationer i Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8]. Det är viktigt att alla får information om uppföljningstillfällen och görs delaktiga i sin egen planering inför eftervårdsperioden. Som nämnts tidigare ställer patientlagen krav på att hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.<sup>14</sup> För de som behöver uppföljning eller stöd utöver det som erbjuds till alla behöver en individuell planering för detta tas fram. Det är särskilt

---

<sup>13</sup> Enligt 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Häri ingår att möjliggöra samverkan med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

<sup>14</sup> 5 kap. 1 § patientlagen.

viktigt för nyblivna mammor med tidigare eller pågående psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom respektive skadligt bruk och beroende [8].

Många nyblivna föräldrar vet inte vart de ska vända sig vid fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossningen [22]. Information om detta behöver förbättras. Amningsstödet behöver också utvecklas och vara tillgängligt både på sjukhuset och när familjen har kommit hem [8]. För att uppnå målen i den nationella planen behöver regionerna även tydligt informera om var stöd för amning och vård vid bröstkomplikationer finns innan familjen skrivs ut från sjukhuset.

Det är också viktigt att säkerställa att det finns skriftlig information på olika språk om fysisk och psykisk återhämtning efter graviditet och förlossning. När ett barn dör i magen under graviditeten eller kring födseln är det av allra största vikt att säkerställa ett gott omhändertagande och stöd [28] [29].

Strukturerad uppföljning för alla som fött barn efter att familjen lämnat sjukhuset behöver fortsätta utvecklas och stärkas. Förlossningskliniker som saknar rutiner för strukturerad uppföljning av mammans allmäntillstånd och amning behöver ta fram det. Klinikerna behöver även säkerställa att förlossningsbristningar (grad 1–4) och klipp i mellangården följs upp innan hemgång eller vid ett återbesök, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [9]. Mödrahälsovården behöver fortsätta utveckla och säkerställa att alla som fött barn följs upp under den första till andra veckan efter att familjen kommit hem samt vid det senare eftervårdsbesöket i mödrahälsovården, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer [9]. Kvinnor som har haft havandeskapsförgiftning löper en ökad risk för långvariga hälsoproblem så som hjärt- och kärlsjukdomar inklusive högt blodtryck och hjärtinfarkt [30] [31]. I Socialstyrelsens dialoger har experter lyft att dessa kvinnor idag inte följs upp på ett strukturerat sätt i primärvården. Socialstyrelsen föreslår att behovet av att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för uppföljning av de som haft havandeskapsförgiftning utreds. Ett nationellt kunskapsstöd kan stödja en utveckling mot mer strukturerad och jämlik uppföljning av patientgruppen i regionerna.

För att undvika glapp i vårdkedjan är en tydlig rollfördelning och överlämning mellan kvinnosjukvården, mödrahälsovården och barnhälsovården nödvändig. Alla regioner behöver säkerställa hög tillgänglighet till bedömning, vård och behandling på rätt vårdnivå för kvinnor som fött barn. I takt med att mödrahälsovården får en mer uttalad och stärkt roll som första instans för bedömning av vårdbehov som inte är akuta [9] kan mödrahälsovårdens bemanning samt tillgång till läkare behövas ses över. En sådan utveckling går i linje med utvecklingen mot en god och nära vård.

## Förslag till mål och delmål för uppföljning, vård och stöd till kvinnor som fött barn

Mål	Delmål
<p>Mål 6. Alla får strukturerad och personcentrerad planering och information inför eftervårdsperioden.</p>	<p>Delmål 6.1 Alla som fött barn har en individuell eftervårdsplanering och görs delaktiga i planering och beslut om den egna eftervården.</p>
	<p>Delmål 6.2 Alla som fött barn vet vart de ska vända sig vid fysiska och psykiska hälsoproblem som kan uppstå efter förlossningen och för att få amningsstöd.</p>
<p>Mål 7. Alla nyblivna föräldrar får strukturerad uppföljning och individpassad information och stöd.</p>	<p>Delmål 7.1 Alla nyblivna föräldrar får information och stöd som möter deras behov under vårdtiden på sjukhus oavsett om de vårdas på BB, patienthotell eller neonatalvårdsavdelning.</p>
	<p>Delmål 7.2 Alla som fött barn får strukturerad uppföljning efter att de kommit hem från sjukhuset och stöd utifrån sina individuella behov.</p>
<p>Mål 8. Hög tillgänglighet till bedömning, behandling och stöd på rätt vårdnivå vid fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossningen samt vid amningsrelaterade komplikationer.</p>	<p>Delmål 8.1 Det är lätt att komma i kontakt med och få vårdbehov bedömda i mödrahälsovården för alla som fött barn.</p>
	<p>Delmål 8.2 Alla som ammar eller önskar amma får amningsstöd i den utsträckning de behöver, samt bedömning, vård och behandling vid amningsrelaterade problem och bröstkomplikationer.</p>
	<p>Delmål 8.3 Alla som fött barn säkerställs bedömning, behandling och rehabilitering vid fysiska besvär efter förlossning.</p>
	<p>Delmål 8.4 Alla nyblivna mammor med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom säkerställs stöd och vård efter förlossningen utifrån behov.</p>
	<p>Delmål 8.5 Alla föräldrar och syskon får ett gott omhändertagande vid perinatal död.</p>

## Insatser som kan stödja utvecklingen med fokus på uppföljning efter förlossning samt vård och stöd till kvinnor som fött barn

### Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att

- behov av att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för uppföljning av de som haft havandeskapsförgiftning utreds.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna<sup>15</sup>

- utvecklar och implementerar skriftliga rutiner i berörda verksamheter inom både mödrahälsovården och förlossningsvården för att erbjuda en individuell eftervårdsplanering som påbörjas under graviditeten och ses över efter förlossningen, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- tydliggör roll- och ansvarsfördelningen mellan kvinnosjukvården, mödrahälsovården och andra aktörer i vården efter förlossning
- tar fram och implementerar klinisknära skriftliga rutiner för att strukturerat följa upp mammans hälsotillstånd och amning vid återbesök på sjukhuset eller i samband med hembesök
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för att följa upp alla förlossningsbristningar (grad 1–4) och klipp i mellangården innan hemgång, vid återbesök på sjukhuset eller i samband med hembesök, i enlighet med Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för uppföljning i mödrahälsovården under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhuset för alla kvinnor som fött barn, i enlighet med Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter
- säkerställer ett psykosocialt och psykologiskt omhändertagande samt kontinuitet i vården för familjer som förlorat ett barn eller vid andra allvarliga tillstånd hos det nyfödda barnet eller mamman, i enlighet med Socialstyrelsen nationella kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd

---

<sup>15</sup> Notera att vårdgivare i enlighet med 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9 redan idag är skyldiga att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt utarbeta och fastställa de rutiner som behövs.

- säkerställer att det finns möjlighet till samtal och stöd för vårdpersonal efter att ett barn eller en mamma avlidit, i enlighet med Socialstyrelsen nationella kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd.

## Förslag till insatser som berör hela vårdkedjan

En del förslag till insatser berör hela vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter. Vi presenterar de förslagen i följande avsnitt.

Befolkningens behov av en personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrhälsovård och förlossningsvård som är säker och bygger på bästa tillgängliga kunskap ska tillgodoses oavsett var i landet man bor. Avståndet till närmaste förlossningsklinik har ökat i ett antal regioner i norra och mellersta Sverige sedan 2010 [3]. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att analysera om det behöver utvecklas nya arbetssätt för att säkerställa tillgänglighet och patientsäkerhet på landsbygd och i glesbygd i samband med graviditet och förlossning. Vi föreslår därför en utredning om detta. Socialstyrelsen bedömer att en sådan utredning bör innefatta både att kartlägga hur vården är organiserad, vilka utmaningar och hinder som finns, samt hur gravida, födande och nyblivna föräldrar bosatta på landsbygd och i glesbygd upplever vården och vad som kan bidra till ökad trygghet. Socialstyrelsen bedömer även att det finns behov av att fortsätta stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig graviditets- och förlossningsvård i glesbygd och på landsbygd, till exempel genom riktade statsbidrag.

En förutsättning för en säker vård med hög kontinuitet i hela vårdkedjan är samverkan och överrapportering mellan samtliga aktörer som är involverade i vården. Regionerna behöver ha skriftliga rutiner och etablerade arbetssätt som säkerställer detta.

Ett annat utvecklingsområde som berör hela vårdkedjan är att främja och stödja amning. Det är viktigt att regionerna säkerställer följsamhet i hela vårdkedjan till kunskapsstödet Tio steg som främjar amning som har tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har förslag om bildandet av ett nationellt kompetenscentrum om amning lyfts i syfte att samla kompetens och forskning inom området. Socialstyrelsen föreslår att behov av och förutsättningar att bilda ett nationellt kompetenscentrum om amning utreds. Kompetenscentret kan bedriva forskning samt samla och sprida kunskap om amning till vårdpersonal och föräldrar.

## Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att

- en kartläggning och analys görs av vården i samband med graviditet och förlossning på landsbygden och i glesbygd i syfte att få ökad kunskap

om hur vården är organiserad, utmaningar och hinder för en tillgänglig och säker vård samt hur gravida och nyblivna mammor upplever vården

- utvecklingen mot mer tillgänglig graviditets- och förlossningsvård på landsbygd och i glesbygd stöds genom att möjliggöra särskilda insatser för att stärka och utveckla tillgänglighet i vården, till exempel genom riktade statsbidrag
- behov av och förutsättningar att bilda ett nationellt kunskapscenter för amning utreds i syfte att samla kompetens och forskning inom området.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen i riktning mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna

- tar fram och implementerar skriftliga rutiner för samverkan<sup>16</sup>, information och överrapportering mellan mödrahälsovården, förlossnings- och BB-vården, neonatalvården, barnhälsovården, primärvården, psykiatrin och socialtjänsten för gravida och nyblivna mammor med psykiska besvär och psykisk sjukdom och/eller skadligt bruk och beroende
- tar fram och implementerar skriftliga verksamhetsnära rutiner i syfte att stärka följsamhet i hela vårdkedjan till Tio steg som främjar amning som är ett kunskapsstöd från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket

## Fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård

Vården vid graviditet, förlossning och tiden efter ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>17</sup> Genom att utveckla kunskapsstyrningen och arbeta för en god följsamhet till nationella riktlinjer och rekommendationer kan regionala skillnader minska och vården bli mer säker.

---

<sup>16</sup> Enligt 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Här ingår att möjliggöra samverkan med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

<sup>17</sup> Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

En gemensam avsiktsförklaring och viljeriktning har tagits fram av de myndigheter som ingår i rådet för styrning med kunskap<sup>18</sup> och regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Avsiktsförklaringen ska bidra till att kunskap sprids och tillämpas, resultat följs upp och ny kunskap skapas i en sammanhållen kedja. De mål och insatser som föreslås för en nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård och som vi presenterar i nästa avsnitt går i linje med avsiktsförklaringen [32].

För att möjliggöra utveckling mot en mer nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård är det viktigt att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de aktörer som tar fram kunskapsstöd så att befintlig och ny kunskap kommer till användning. Information behöver samordnas och motstridiga rekommendationer undvikas. Samarbete med professions- och specialistföreningar behöver fortsätta stärkas.

Socialstyrelsen planerar att fortsätta utveckla och stärka stödet för implementering av nya kunskapsstöd. Inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, behöver det också finnas en tydlig struktur och rutiner för mottagande, spridning och implementering av befintlig och ny kunskap. I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer verksamma inom området, har det lyfts som betydelsefullt att det i varje region finns minst ett centralt samordnande mödrahälsovårdsteam bestående av barnmorska, läkare, psykolog, dietist och fysioterapeut med ett uttalat uppdrag och mandat att stödja spridning och implementering av ny kunskap i mödrahälsovården, samt att det vore önskvärt att motsvarande team även utvecklas inom förlossningsvården.

### Förslag till mål och delmål för en nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård

Mål	Delmål
Mål 9 Vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.	Delmål 9.1 Det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning som efterlevs och samverkan mellan de aktörer som tar fram kunskapsstöd för vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården.

<sup>18</sup> I rådet för styrning med kunskap ingår Socialstyrelsen tillsammans med E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Delmål 9.2

Kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter samt för neonatalvården är lätt tillgängliga, hänger samman och presenteras på ett sätt som passar målgrupperna.

Delmål 9.3

Följsamheten är hög till nationella riktlinjer och kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården.

## Förslag till insatser som kan stödja utvecklingen mot en nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård

### Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål bedömer Socialstyrelsen att det är viktigt att Socialstyrelsen, andra berörda myndigheter och berörda nationella programområden (NPO) inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård fortsätter att

- stärka och utveckla sitt samarbete rörande arbetssätt, roll- och ansvarsfördelning när nationella kunskapsstöd tas fram för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården
- utveckla arbetssätt för att i hög grad involvera berörda professions- och specialistföreningar och sekundära målgrupper, såsom patientgrupper, i arbetet med att utveckla kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården
- tydliggöra syften och målgrupper för nationella kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården, samt förtydligar hur dessa hänger ihop och säkerställer att inte motstridiga rekommendationer ges
- stödja utvecklingen mot att samla och tillgängliggöra nationella kunskapsstöd på 1177 och att arbetet inkluderar kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål bedömer Socialstyrelsen att det är viktigt att regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

- fortsätter utveckla en tydlig struktur och rutiner för mottagande, spridning, utbildning och implementering av befintlig och ny kunskap på både regional och lokal nivå för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter och för neonatalvården.

## Fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet

För att kunna erbjuda god vård vid graviditet, förlossning och tiden efter behöver regionerna arbeta för en hållbar kompetensförsörjning. Det handlar om att analysera kompetensbehov, säkerställa möjlighet till kompetensutveckling, att rekrytera och behålla kompetent personal samt se över hur medarbetares tid och kompetens används.

Det är fler gravida än tidigare som har behov av utökad uppföljning och stöd under graviditeten och efter förlossningen, till exempel på grund av högt BMI, graviditetsdiabetes, förlossningsrädsla eller psykisk ohälsa. För att kunna erbjuda en god vård behöver olika yrkesgrupper från olika verksamheter involveras i vården. Exempelvis behöver tillgång till läkare i mödrahälsovården stärkas. Tillgång till fysioterapeuter med vidareutbildning inom obstetrik, gynekologi och urologi behöver förbättras i flera regioner. Fysioterapeuter föreslås också ingå i de centrala mödrahälsovårdsteamerna och finnas tillgängliga och ge konsultativt stöd till annan vårdpersonal inom mödrahälsovården om graviditetsrelaterade fysiska besvär. Vidare behöver barnmorskebemanning och kompetens på BB säkerställas för att möta vårdbehovet hos nyblivna mammor och nyfödda barn och stödja och främja amning. Tillgång till språk- och kulturtolkar behöver också förbättras.

Vårdpersonal behöver ges möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning i samtliga regioner och verksamheter. Några exempel på områden som bedöms vara prioriterade att höja kompetensen inom är amning, perinatal psykisk hälsa, fosterdiagnostik, obesitas, skadligt bruk och beroende, våld och sexuellt våld, könsstympning samt bemötande och omhändertagande av familjer i kris i samband med graviditet och förlossning. För att möta gemensamma utmaningar inom vården mer effektivt föreslår Socialstyrelsen att nationellt samordnade utbildningsinsatser för vårdpersonal utvecklas. Samordnade utbildningsinsatser kan bidra till att utjämna skillnader i både kompetens och arbetssätt och därmed bidra till en mer jämlik vård. Ett förslag är att utbildningar och utbildningsmaterial tas fram och samlas på Kunskapsguiden. Kunskapsguiden är en webbplats som samlar kunskapsstödande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Kunskapsguiden samlar publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer, checklistor och andra kunskapsstödande produkter för de som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Här kan nationellt framtaget utbildningsmaterial samlas som kan användas i regionerna och på arbetsplatser och stödja fortbildning för personal i vården vid graviditet, förlossning och tiden efter.

I dialogerna med referensgruppen och andra aktörer har även lyfts att det behöver finnas utökade möjligheter att fördjupa eller specialisera sig, bland annat i ultraljud för barnmorskor och läkare, neonatologi för sjuksköterskor, perinatal psykisk hälsa för de som arbetar med bedömning, vård och behandling av patientgruppen, samt i obstetrik, gynekologi och urologi för fysioterapeuter. Socialstyrelsen föreslår därför att möjlighet till fördjupning och specialisering utvecklas genom lärosätena inom prioriterade områden.

Med målet att kunna behålla och rekrytera kompetent personal är det viktigt att regionerna kan erbjuda bra introduktionsprogram och stöd från erfarna kollegor till nya medarbetare, samt en positiv arbetsmiljö och hållbar arbetsbelastning för alla som arbetar i vården [33] [34]. Arbets sättet en födande i aktiv förlossning per barnmorska bedöms bidra till såväl ökad attraktivitet för barnmorskeyrket som ökad trygghet för den födande [34]. Gemensamma nationella riktvärden för antal gravida per barnmorska i mödrahälsovården, antal mammor och barn per barnmorska på BB och antal föräldrar/barn per specialistutbildad sjuksköterska i neonatalvården, kan bidra till en jämnare belastning och mer jämlik vård mellan och inom regioner.

Förutsättningarna för de verksamhetsnära cheferna i vården kan också stärkas, bland annat genom att säkerställa att det finns stödstrukturer samt ledarskapsprogram för verksamhetsnära chefer [33].

### Förslag till mål och delmål för en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet

Mål	Delmål
Mål 10. Alla regioner har tillgång till tillräckligt med vårdpersonal med rätt kompetens och multiprofessionella team som möter vårdbehovet hos gravida, födande och nyblivna mammor och barn.	Delmål 10.1 Samtliga regioner säkerställer och erbjuder löpande kompetensutveckling samt möjlighet till specialisering för vårdens personal i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.
	Delmål 10.2 Samtliga regioner har goda förutsättningar att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens i berörda verksamheter.
	Delmål 10.3 Samtliga regioner har goda förutsättningar för den verksamhetsnära chefen att leda och utveckla verksamheten i mödrahälsovården, förlossningsvården och neonatalvården.

## Förslag till insatser som kan stödja utvecklingen mot en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet

### Nationella utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att

- nationellt samordnade utbildningsinsatser och utbildningsmaterial utvecklas för vårdpersonal inom prioriterade områden i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter och samlas på en digital nationell webbplats så som Kunskapsguiden
- möjlighet till fördjupning eller specialisering utvecklas genom lärosätena inom prioriterade områden
- gemensamma nationella riktvärden tas fram, som tar hänsyn till vårdtyngd, för:
  - antal gravida/mammor/barn per barnmorska i mödrahälsovården
  - antal mammor/barn per barnmorska i BB-vården
  - antal föräldrar/barn per specialistutbildad sjuksköterska i neonatalvården.

### Regionala utvecklingsförslag

I syfte att stödja utvecklingen mot planens mål föreslår Socialstyrelsen att regionerna

- utvecklar och säkerställer systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för vårdens personal inom områden som är relevanta för verksamheten
- utvecklar tillgång till konsultativt stöd av fysioterapeut för barnmorskor i mödrahälsovården
- stärker tillgången till läkare i mödrahälsovården så att den anpassas till verksamhetens behov där alltför gravida har riskfaktorer och sjukdomar och tillstånd som innebär behov av läkarbedömning
- anpassar barnmorskebemanningen i förlossningsvården efter arbetssättet en födande i aktiv förlossning per barnmorska
- tar fram och implementerar introduktions- och mentorskapsprogram för nyanställda i mödrahälsovården, förlossningsvården och neonatalvården i syfte att säkerställa att de får bra introduktion och stöd från erfarna kollegor
- utvecklar och säkerställer stödstrukturer för verksamhetsnära chefer, till exempel för HR, bemanning och ekonomi, i syfte att möjliggöra för chefer att fokusera på sitt arbete rörande ledarskap och utveckling av den patientnära verksamheten
- utvecklar ledarskapsprogram för verksamhetsnära chefer som inkluderar ledning och utveckling av den patientnära verksamheten.

## Förslag till hur utvecklingen ska följas upp

Utvecklingen mot planens mål och delmål föreslås följas upp regelbundet av Socialstyrelsen genom

- sammanställning och analys baserat på regionernas nulägesanalyser och redovisningar av insatser
- årlig regiondialog
- kvantitativ uppföljning genom indikatorer och andra uppföljningsmått
- fördjupade tematiska analyser.

## Regionernas egna analyser och redovisningar

Ett sätt att följa utvecklingen är genom regionernas egna analyser av nuläget i vården samt redovisningar av hur regionen har arbetat för att utveckla vården i den riktning som planen föreslår.

Socialstyrelsen har sedan 2023 haft i uppdrag att följa upp de insatser som regionerna vidtagit med anledningen av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovården och förlossningsvård samt förstärka insatser för kvinnors hälsa*. I enlighet med överenskommelsen har regionerna haft i uppdrag att årligen redovisa en nulägesanalys av tillståndet i mödrahälsovården och förlossningsvården samt de insatser som har genomförts med stöd av medlen från överenskommelsen.

Socialstyrelsen föreslår att regionernas implementering av den nationella planen följs upp på motsvarande sätt. Det behöver dock finnas möjlighet för regionerna att ansöka om statsbidrag som stöd för implementering av planen för att Socialstyrelsen ska kunna ställa krav på att regionerna årligen redovisar till myndigheten hur långt de har kommit och vilka insatser de har genomfört för att utveckla vården i förhållande till planens mål och delmål.

## Årlig dialog med regionerna

Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen genom att samla regionerna till en regiongemensam årlig dialog om nuläget och utvecklingen i vården. Dialogerna syftar dels till att följa regionernas arbete med att implementera den nationella planen och utveckla vården. Dialogerna är också ett tillfälle för regionerna att lyfta utmaningar och för Socialstyrelsen att fånga upp om det finns behov av utökad nationellt stöd från myndigheten. Ytterligare ett syfte är att främja lärande och erfarenhetsutbyte mellan regionerna, samt att dela och sprida goda exempel.

Socialstyrelsen bedömer att det är värdefullt att ha dialoger med både beslutsfattare och de som befinner sig närmare verksamheten. Vid dialogerna är det därför önskvärt att olika aktörer från regionerna deltar, både från ledning och styrning och från mer verksamhetsnära positioner, till exempel chefer, verksamhetsutvecklare och samordnare.

## Kvantitativ uppföljning genom indikatorer och andra uppföljningsmått

Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen i vården genom en bredd av indikatorer och andra uppföljningsmått i syfte att kunna beskriva och analysera utvecklingen i vården utifrån flera perspektiv, både utifrån patientupplevelsen, medicinska utfallsmått och genom att spegla vårdens aktiviteter.

Samtliga föreslagna indikatorer baseras på data i Graviditetsenkäten eller befintliga register i syfte att inte belasta regionerna med ny datainsamling när planen följs upp. Indikatorerna och de andra uppföljningsmåtten redovisas i sin helhet i bilaga 1.

Uppföljningen genom indikatorer och andra mått för uppföljning syftar till att följa utvecklingen mot målen i fokusområde 1. Det finns inte registerdata för att följa utvecklingen mot målen i fokusområde 2 och 3. Dessa följs därför på andra sätt.

## Utvecklingsindikatorer

I planen föreslås även utvecklingsindikatorer. Detta gäller indikatorer som vore önskvärda att följa men där det i nuläget saknas data både i befintliga register och i Graviditetsenkäten för att kunna göra det. För att kunna följa utvecklingen avseende utvecklingsindikatorerna krävs att data tillgängliggörs genom att registren respektive Graviditetsenkäten utvecklas. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utveckla Graviditetsenkäten. Arbetet som leds av SKR påbörjades under våren 2025 och beräknas vara färdigt under hösten [35].

## Andra uppföljningsmått för att följa utvecklingen

Inom några av planens utvecklingsområden är det av intresse att följa upp aspekter där höga eller låga värden inte är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet, det vill säga mått som saknar en önskad riktning. Det kan även vara mått som är svåra för vården att påverka. Måttet faller då inte inom ramverket för en indikator. Dessa mått redovisar vi istället som ”andra uppföljningsmått”. De saknar en angiven riktning eller är svåra att påverka, men bedöms vara viktiga att följa upp och bevaka över tid för att följa utvecklingen i vården och vårdens jämlikhet.

## Datakällor för att följa utvecklingen i vården

Följande datakällor föreslås för att följa utvecklingen i vården

- Dödsorsaksregistret
- Graviditetsenkäten
- Graviditetsregistret
- Läke-medelsregistret
- Medicinska födelseregistret (MFR)
- Patientregistret (PAR)
- Svenska barnhälsovårdsregistret (BHVQ).
- Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ)

Det är avgörande att bevara och fortsätta utveckla de olika registren för att kunna fortsätta följa utvecklingen i vården.

## Redovisningsnivåer

Socialstyrelsen kommer som regel att följa indikatorerna och måtten och redovisa dem på både nationell och regional nivå, samt i en del fall även fördelat på klinik. I varierande grad kommer Socialstyrelsen även att följa och redovisa en del av indikatorerna och måtten nedbrutet på till exempel den gravida, födande eller nyförlösta kvinnans födelse-land, ålder, utbildningsnivå eller familjesituation<sup>19</sup> i syfte att följa utvecklingen mot en mer jämlik vård.

## Fördjupade tematiska analyser

Socialstyrelsen kan komma att genomföra fördjupade tematiska analyser som ett komplement till den indikatorbaserade uppföljningen. Till exempel kan det vara aktuellt för att ta reda på hur vården fungerar och upplevs av en viss målgrupp.

Graviditetsenkäten är en viktig källa för att följa utvecklingen i vården utifrån ett patientperspektiv, men eftersom andelen som besvarar Graviditetsenkäten är låg för vissa grupper kan det behövas kompletterande analyser. De fördjupade analyserna kan göras med hjälp av såväl kvantitativa som kvalitativa metoder. Det kan till exempel innefatta att göra fördjupade analyser av hur ensamstående kvinnor, samkönade par samt kvinnor från olika delar av världen upplever vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter.

---

<sup>19</sup> Med familjesituation avses om den gravida är sammanboende med barnets fader, ensamstående eller har en annan familjesituation.

## Graviditetsenkäten som källa för att följa utvecklingen i vården

Graviditetsenkäten är frivillig att besvara och består av tre olika delar som kan besvaras av den som

- är gravid kring graviditetsvecka 25
- födde barn för åtta veckor sedan
- födde barn för ett år sedan.

Syftet är att fånga gravida och nyblivna mammors upplevelser av sin hälsa och erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och året efter förlossning.

Svarsfrekvensen för Graviditetsenkäten är mellan 52 och 57 procent, beroende på enkät del. Den första enkäten som besvaras i graviditetsvecka 25 har högst svarsfrekvens och den tredje enkäten som besvaras ett år efter förlossningen har lägst svarsfrekvens.

Förstföderskor besvarar enkäten i högre utsträckning än omföderskor. Svarsfrekvensen varierar även med den svarandes ålder, utbildningsnivå och födelse land.

Möjligheten att följa den gravida och födandes upplevelse av vården under graviditet och förlossning är begränsad för de grupper som besvarar Graviditetsenkäten i lägre utsträckning, såsom gravida under 20 år och utrikesfödda, framför allt från Afrika söder om Sahara, norra Afrika och Mellanöstern. För dessa grupper är det däremot möjligt att i stället följa processmått och medicinska utfallsmått, till exempel utfall för mamma och barn vid förlossningen, andelen som hade behov av och fick stödåtgärder för förlossningsrädsla eller andelen som gick på eftervårdsbesök i mödrahälsovården.

I bilaga 2 redovisar vi svarsfördelningen nedbrutet på region och olika grupper av kvinnor för de som födde barn 2023.

## Tidsplan för implementering och uppföljning

Planen föreslås vara tioårig och gälla under perioden 2026–2035.

Socialstyrelsen avser att följa upp planen regelbundet. Under 2026 kommer en första baslinjemätning göras utifrån de indikatorer och andra mått som föreslås för att följa utvecklingen i vården. Under 2026 avser Socialstyrelsen även att bjuda in och samla regionerna för en gemensam dialog om läget i vården i förhållande till planens mål och delmål.

Därefter är förslaget att indikatorer och mått följs upp regelbundet, samt att dialog förs regelbundet med regionerna. Behov av att göra fördjupade tematiska analyser kommer att bedömas och planeras löpande.

Socialstyrelsen avser också att regelbundet följa regionernas implementering av den nationella planen genom att följa upp regionernas insatser och nulägesanalyser av tillståndet i vården. I det fall statligt stöd till regionerna erbjuds, föreslår Socialstyrelsen att detta förknippas med att regionerna årligen lämnar in en skriftlig lägesrapport och redovisar genomförda insatser för att utveckla vården i den riktning som planen föreslår.

## Fördjupad bakgrund och motivering till planens mål, delmål och insatser

I följande avsnitt ger vi en fördjupad bakgrundsbeskrivning och motivering till planens mål, delmål och insatser för de tre fokusområdena.

### Fördjupning fokusområde 1: En säker, sammanhållen, personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter

#### Mål för en utvecklad och stärkt vård under graviditeten

För de allra flesta fungerar vården under graviditeten väl. Genom hög personalkontinuitet går den gravida på regelbundna besök hos samma barnmorska, och gravida och nyblivna mammor är i stor utsträckning nöjda med vården de fått under graviditeten [36]. I Graviditetsenkäten 2023 angav en hög andel att de kände sig trygga med barnmorskan (92 procent) och att barnmorskan gjort dem delaktiga i planering och beslut rörande graviditeten (92 procent), samt att mödrahälsovården har tillgodosett deras behov under graviditeten (90 procent) [36]. Mödrahälsovården behöver dock fortsätta utveckla och stärka sitt hälsofrämjande arbete och säkerställa att vården når ut till alla och möter behoven hos de som behöver anpassad uppföljning, vård eller stöd under graviditeten.

I nästa avsnitt ger vi en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en utvecklad och stärkt vård under graviditet.

## Mål 1: Mödrahälsovården identifierar medicinska och psykosociala riskfaktorer, uppmärksammar individuella förutsättningar och behov och erbjuder individuellt anpassad och personcentrerad vård och stöd till alla gravida

För att det hälsofrämjande arbetet ska fungera behöver det både finnas en tydlig rollfördelning, mottagare att remittera till och samarbete mellan vårdens aktörer. Samordning av vårdkontakter och överrapportering är särskilt viktigt för de som har medicinska eller andra behov som kräver särskilda insatser eller att flera aktörer är involverade i vården.

Socialstyrelsen bedömer att särskilt fokus behöver ligga på att stärka vården för gravida som har

- förlossningsrädsla
- graviditetsdiabetes
- obesitas
- psykisk ohälsa och psykisk sjukdom
- skadligt bruk och beroende
- utsatts för könsstympning eller våld.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen har det framkommit att det ibland saknas instanser att remittera till vid till exempel förlossningsrädsla, våldsutsatthet eller psykisk ohälsa. En utmaning kan också vara långa väntetider för att få tillgång till stöd eller vård.

Psykisk ohälsa, skadligt bruk och beroende samt att vara utsatt för våld i en nära relation kan dessutom vara förknippat med skuld och skam vilket medför att det kan vara svårt att tala om eller berätta om sina erfarenheter. Detta medför också att vårdpersonal kan missa viktiga tecken. Därför kan det finnas ett mörkertal av gravida med dessa tillstånd som inte blir upptäckta. Mödrahälsovården behöver därför vara särskilt uppmärksam och skapa ett icke-dömande, tryggt utrymme för att individen ska känna sig trygg med att dela sina erfarenheter.

## Delmål 1.1: Medicinska och psykosociala riskfaktorer samt behov av stöd identifieras tidigt och löpande under graviditeten

### Uppmärksamma psykisk ohälsa och förlossningsrädsla

I enlighet med Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning bör mödrahälsovården mycket tidigt i graviditeten ta en strukturerad anamnes<sup>20</sup> av psykisk ohälsa och allvarlig psykisk sjukdom, samt uppmärksamma förlossningsrädsla [37]. Det saknas data i både Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten för att följa mödrahälsovårdens arbete med att uppmärksamma psykisk ohälsa och förlossningsrädsla. Socialstyrelsen bedömer att Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret behöver utvecklas för att möjliggöra bättre uppföljning.

Andelen gravida som får behandling för psykisk ohälsa under graviditeten varierar mellan regionerna. Genomsnittet för riket var 11 procent under 2023, andelen varierade mellan regionerna från som lägst 8 procent och som högst 15 procent [22]. Andelen av de som behandlats för psykisk ohälsa som fått en medicinsk behandling varierade också från som lägst 44 procent och som högst 69 procent med ett genomsnitt för riket på 56 procent under 2023. En stor andel (88 procent) hade påbörjat sin medicinska behandling innan graviditeten [22].

Det finns skillnader mellan olika grupper när det gäller andelen som behandlas för psykisk ohälsa under graviditeten. En högre andel kvinnor födda i Sverige behandlas för psykisk ohälsa jämfört med kvinnor födda utanför Europa och skillnaden har ökat under perioden 2014–2021 [38]. Eftersom det i dagsläget saknas uppgifter i både Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten om hur många som hade behov av insatser är det svårt att avgöra om skillnaderna är motiverade eller inte.

### Uppmärksamma skadligt bruk och beroende

Mödrahälsovården bör samtala om tobak och nikotinprodukter, alkohol och narkotika och dokumentera alkoholvanor och narkotikabruk under det senaste året, enligt Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning. Dessutom bör mödrahälsovården informera om den skadliga påverkan som alkohol och narkotika har på fostret [37].

I Graviditetsregistrets årsrapport 2023 framgår att 94 procent av de gravida i riket screenades med instrumentet AUDIT rörande alkoholvanor. Dock varierar screeningen mellan regionerna och det var endast åtta regioner som nådde Graviditetsregistrets målvärde på 95 procent [22]. En del regioner använder även screeninginstrumentet DUDIT för att identifiera gravida som

---

<sup>20</sup> En strukturerad anamnes innebär att man systematiskt och noggrant samlar in information om en patients sjukdomshistoria, tidigare sjukdomar och nuvarande besvär.

använder andra droger. Användningen av screeninginstrumentet varierar över landet och samsyn kring hur droganvändning ska screenas saknas i mödrahälsovården.

### Fråga om våldsutsatthet

Mödrahälsovården bör fråga alla gravida om erfarenhet av våld och våldsutsatthet, i enlighet med Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning. Det är viktigt att frågorna ställs i enrum utan att den gravidas eventuella partner deltar [37].

Vårdgivaren har en skyldighet att upprätta rutiner för när personalen ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård. Detta framgår av 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer, HSLF-FS 2022:39. När den gravida visar symptom eller tecken på våld finns en skyldighet för hälso- och sjukvården att fråga den gravida i enrum.<sup>21</sup>

Mödrahälsovården registrerar i Graviditetsregistret om den gravida har tillfrågats om våld. Målvärdet för Graviditetsregistret är att minst 95 procent av de gravida rutinmässigt ska tillfrågats om våld minst en gång. Under 2023 var det fem regioner som inte uppnådde målvärdet [22]. En nyligen publicerad avhandling tyder dock på att gravida inte alltid uppfattar att de tillfrågats om våld i den utsträckning som Graviditetsregistret anger. Av de som i studien angav att de utsatts för våld uppfattade drygt var tredje person (36 procent) att de inte hade tillfrågats om våldsutsatthet av barnmorskan i mödrahälsovården [39].

Enligt Graviditetsregistret är det något vanligare att kvinnor som är födda i Sverige blir tillfrågade om våldsutsatthet i mödrahälsovården, och minst vanligt för kvinnor som är födda utanför Europa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppmärksammar i en av sina rapporter att andelen som tillfrågats om våldsutsatthet har ökat i alla grupper under perioden 2014–2021 men skillnaderna mellan grupperna kvarstår [38].

### Fråga om könsstympning

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd om könsstympning hos gravida [11], samt Socialstyrelsens basprogram för graviditetsövervakning [37], bör mödrahälsovården fråga alla gravida om könsstympning tidigt i graviditeten för att identifiera dem som har utsatts. Mödrahälsovården bör samtidigt informera om att frågan ställs till alla gravida. Det är viktigt att barnmorskan i mödrahälsovården har kunskap om vanliga symptom och besvär vid könsstympning för att även kunna fråga specifikt efter att ha uppmärksammat en indikation på att sådan skett [11]. I de fall då det behövs tolk är det viktigt att skapa trygghet med tolken och i situationen. I dagsläget

---

<sup>21</sup> 7 kap. 10 § HSLF-FS 2022:39

saknas data i Graviditetsregistret för att följa andelen gravida som tillfrågas om könsstympning.

### Identifiera graviditetsdiabetes

Mödrahälsovården bör mäta den gravidas plasmaglukos, för att upptäcka och behandla graviditetsdiabetes, i enlighet med Socialstyrelsens nationella basprogram för graviditetsövervakning [37].

Diagnosen graviditetsdiabetes definieras och diagnostiseras olika i Sverige, främst med oral glukosbelastning (OGTT) men ibland används även glukosprofil där kvinnan själv mäter blodsocker under några dygn. Kriterierna för när OGTT erbjuds och gränsvärden för diagnos varierar, vilket gör att möjligheten att få diagnosen skiljer sig mellan regioner [22].

Sedan 2015 rekommenderar Socialstyrelsen vissa gränsvärden för diagnossättning vid OGTT. Trots detta använde endast ett fåtal regioner dessa gränsvärden under 2023, vilket visar på att kriterierna för diagnostik fortsatt varierar över landet [22]. Socialstyrelsen tar för närvarande fram rekommendationer om graviditetsdiabetes som kompletterar de nationella riktlinjerna för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Arbetet innebär en uppdatering av rekommendationen om vilket gränsvärde som ska ligga till grund för behandling av graviditetsdiabetes. Förhoppningen är att samma gränsvärden för graviditetsdiabetes börjar användas i hela landet och att vården därmed blir mer jämlik och kunskapsbaserad.

## Delmål 1.2: Alla gravida som behöver särskilda insatser till följd av medicinska eller psykosociala riskfaktorer erbjuds personcentrerad vård, stöd och uppföljning

En utmaning för att säkerställa att gravida som behöver insatser från flera olika verksamheter är samordning och överföring av information mellan de olika vårdgivarna och aktörerna. Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 ansåg 8 av 10 (82 procent) att mödrahälsovården har samordnat deras andra kontakter med vården i den utsträckning de haft behov av. Andelen varierade mellan regionerna, från 73 procent till 90 procent [36]. I regioner med lägre resultat upplevde därmed mer än var fjärde svarande bristande stöd att samordna sina vårdkontakter. För att få ett mer tillförlitligt resultat skulle frågan behöva ställas till de som har eller har haft behov av flera olika vårdkontakter under graviditeten.

Graviditetsenkäten fångar patientupplevelsen bland utrikesfödda endast i begränsad utsträckning då svarsfrekvensen är betydligt lägre än bland de som är födda i Sverige (se bilaga 2). Den som är utrikesfödd kan i en del fall ha begränsad kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och till följd av det ha ett större behov av stöd i att samordna sina vårdkontakter.

## Gravida med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom

Graviditeten innebär fysiska och hormonella förändringar som tillsammans med andra faktorer, till exempel stress, tidigare erfarenheter och genetiska riskfaktorer kan påverka den psykiska hälsan. Kvinnor med måttlig till allvarlig psykisk sjukdom, såsom bipolär sjukdom, psykosjukdom, depression och ångestsyndrom, har högre risk att återinsjukna under graviditeten och/eller efter förlossningen [8]. Dessa tillstånd kan även påverka graviditetens förlopp, till exempel genom att öka risken för tidig födsel eller låg födelsevikt hos barnet. Vid allvarlig psykisk sjukdom finns en ökad risk för suicid under graviditet. Allvarlig psykisk sjukdom efter förlossningen är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet [8].

I Socialstyrelsens dialoger har lyfts att det i en del regioner kan vara långa väntetider för de som behöver specialiserad vård inom psykiatri, men som inte redan har en kontakt. Experter på området vittnar även om att möjligheten för gravida att få stöd och behandling av personal med kompetens i perinatal psykisk ohälsa behöver stärkas i flertalet regioner. Det behövs arbetssätt som är anpassade till gravida med psykisk sjukdom som har stark ökad risk att försämrats efter förlossningen, och det är centralt med bedömning inom kort tid och att vård kan initieras utan dröjsmål, både i primärvård och specialiserad vård inom psykiatri.

Stöd behöver också säkerställas för patienter med psykiatriska behov som avbryter medicinering under graviditet. Enligt experter på området är det viktigt att psykiatri inte släpper dessa patienter utan erbjuder annat stöd och uppföljning samt planering, uppföljning och stöd efter förlossningen.

Vid psykisk sjukdom eller tillstånd som kräver insatser från specialiserad psykiatri behövs väl utarbetade rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, förlossningen och specialistpsykiatri. Detta kan till exempel gälla vid beroendeproblematik, ätstörningar, ångest, depression, bipolär sjukdom och psykosjukdomar [9].

## Gravida med skadligt bruk och beroende

I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter finns rekommendationen att så tidigt som möjligt erbjuda gravida med substansbruk och skadligt bruk, eller med svårighet att avstå skadliga substanser, specialiserad vård och anpassat stöd genom ett multidisciplinärt samverkansteam [8].

Gravida med skadligt bruk och beroende behöver ofta insatser både från beroendevård och mödrahälsovård. Utmaningen kan bestå av brist på samordning mellan olika vårdgivare, som läkare, barnmorskor, psykologer och beroendespecialister, vilket försvårar möjligheten att tillhandahålla en sammanhållen vård för den gravida. Notera att olika insatser enligt

patientlagen ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt<sup>22</sup>. Det bör finnas rutiner som efterlevs för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården [40] [9].

Det finns exempel på mödrahälsovårdsverksamheter som är utformade för att särskilt tillhandahålla behandling och stöd till gravida med riskbruk där man arbetar tvärdisciplinärt. Förutom barnmorskor finns kuratorer, psykologer och beroendeläkare anställda som stödjer, behandlar och samverkar med exempelvis socialtjänsten.

## Gravida med obesitas

Övervikt och fetma under graviditeten kan medföra både kort- och långsiktiga hälsorisker för både mamman och barnet såsom graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning samt komplikationer vid förlossningen och för tidig födsel [8] [41]. Kvinnor med övervikt och obesitas ammar även i lägre utsträckning än normalviktiga kvinnor [8]. Nästan hälften av alla inskrivna gravida i mödrahälsovården 2023 hade övervikt eller obesitas, det vill säga BMI på 25 eller mer. Andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat från 35 procent 2003 till 46 procent 2023 och andelen med obesitas (BMI på 30 eller mer) har ökat från 11 procent till 18 procent under samma tidsperiod, enligt medicinska födelseregistret [4].

Det är viktigt att mödrahälsovården arbetar för att stötta kvinnor med obesitas till att hålla viktuppgången under graviditeten inom rekommenderat intervall. Eftersom en del med obesitas känner sig oroliga för att bli dömda på grund av sin vikt och har erfarenhet av att ha blivit illa behandlade vid tidigare kontakter med vården är det av största vikt att vårdpersonalen har ett inkännande och respektfullt bemötande med fokus på hälsoaspekter. Detta kan öka mottagligheten för information och motivation till levnadsvaneförändringar [8].

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas bör hälso- och sjukvården erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling till gravida med obesitas. Personer med behov av särskilt stöd, till exempel på grund av en funktionsnedsättning, behöver särskilt anpassad kombinerad levnadsvanebehandling. Syftet med kombinerad levnadsvanebehandling är att den gravida ska stödjas till en hälsosam viktutveckling och hälsosamma levnadsvanor. I behandlingen ingår individuell anpassning av kost och fysisk aktivitet, samt stöd för att genomföra nödvändiga beteendeförändringar [9].

Regionerna behöver säkerställa att de har tillgång till den vårdpersonal som behövs för att erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling till gravida med

---

<sup>22</sup> 6 kap. 1 § patientlagen.

obesitas. Flera yrkesgrupper kan behöva involveras, såsom dietist, fysioterapeut och psykolog.

### Gravida med förlossningsrädsla

Många gravida upplever oro inför förlossningen, och för en del är oro och ångest inför förlossningen så pass svår att den betecknas som förlossningsrädsla som kräver behandling och stöd. Omkring 15–20 procent av gravida i Sverige ger i forskning uttryck för påtaglig förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla drabbar både förstföderskor och omföderskor [8].

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd Graviditet, förlossning och tiden efter bör hälso- och sjukvården vid behov erbjuda gravida med förlossningsrädsla stöd eller psykologisk behandling anpassad efter den gravidas behov, antingen inom mödrahälsovården eller via remiss till en enhet med annan specialistkompetens [8].

Stödåtgärder för förlossningsrädsla registreras i Graviditetsregistret. Andelen gravida som fått stödåtgärder har ökat från 8 procent 2018 till 13 procent 2023. Ökningen har skett både bland först- och omföderskor, men omföderskor är den grupp som får flest stödåtgärder [22]. Det skulle vara önskvärt att kunna jämföra hur många som efterfrågar stöd för förlossningsrädsla med hur många som erbjuds stöd. Förutsättningar för detta finns inte idag då uppgifter om andelen som efterfrågar stöd för förlossningsrädsla saknas i både Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret.

Det är viktigt att säkerställa att vården når ut med stödinsatser till alla som behöver det, oavsett födelseland, utbildningsnivå eller andra förutsättningar. Statistik från Graviditetsregistret visar att utrikesfödda erbjuds stödinsatser för förlossningsrädsla i lägre utsträckning än de som är födda i Sverige. Uppgifter från Graviditetsregistret visar vidare att gravida med eftergymnasial examen oftare får stödåtgärder för förlossningsrädsla än de med enbart gymnasie- eller grundskoleexamen [22]. För att kunna avgöra om skillnaderna är motiverade behöver det finnas möjlighet att jämföra andelen som efterfrågar bland olika grupper av kvinnor, samt hur många av dem som erbjuds stöd.

En del hbtqi-personer kan uppleva minoritetsstress i mötet med vårdpersonal, något som kan bero på heteronormativa antaganden och språkbruk [42]. Denna minoritetsstress kan förstärka ångest och oro hos personer med förlossningsrädsla, utöver den redan betydande stress som en förlossning i sig kan innebära. Rädsla för att bli bemött på ett negativt sätt av vårdpersonal på grund av sin hbtqi-identitet kan i en del fall också vara en bidragande faktor till förlossningsrädsla [43].

Det finns en tydlig samvariation mellan förlossningsrädsla och annan psykisk ohälsa. Även tidigare erfarenheter av våld och övergrepp kan medföra en ökad risk för förlossningsrädsla, liksom traumatiska upplevelser

exempelvis i samband med födande eller annan hälso- och sjukvård. Bland omfödernor tycks tidigare förlossningsupplevelser vara av särskilt stor betydelse. Bristande socialt stöd eller partnerstöd kan också påverka [8].

### Gravida som är eller har varit utsatta för våld

Att bli utsatt för våld under graviditeten kan öka risken för komplikationer som missfall, intrauterin fosterdöd<sup>23</sup> och prematur förlossning. Det är också vanligt att gravida som utsätts för våld får besvär med bland annat högt blodtryck, havandeskapsförgiftning, graviditetsdiabetes och låg viktuppgång [39].

Det är viktigt att alla som möter gravida har kunskap om rutiner och arbetssätt vid upptäckt av våldsutsatthet. Det är viktigt att vårdpersonalen vet hur de ska agera när de uppfattar tecken på eller upptäcker våldsutsatthet. Därför behöver en konkret och fastställd handlingsplan finnas på plats.

Vårdgivaren bör se till att personalen i verksamheten har kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård samt har förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.<sup>24</sup>

När våldsutsatthet upptäcks behöver personalen snabbt säkerställa den gravidas säkerhet genom att bedöma riskerna för både den gravida och för det ofödda barnet. Det kan vara omedelbara risker som gör att den gravida behöver tilldelas plats vid ett skyddat boende. Mödrahälsovården ska vid behov samverka med socialtjänst, polis och rättsväsende, i enlighet med 7 kap. 7 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:30 om våld i nära relationer [44]).

Enligt 7 kap. 10 § HSLF-FS 2022:39 ska vårdgivaren vid misstanke om våld eller andra övergrepp se till att hälso- och sjukvårdspersonalen

- beaktar vilka behov den vuxna kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet
- informerar om möjligheten till vård inom hälso- och sjukvården, stöd och hjälp från socialtjänsten samt kontakt med frivilligorganisationer
- hjälper den vuxna att få kontakt med socialtjänsten om denne samtycker till det, och
- tar reda på om det finns barn i den vuxnas familj och gör anmälan till socialtjänsten enligt 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400) vid misstanke om att barnet eller barnen far illa [7].

---

<sup>23</sup> Intrauterin fosterdöd innebär att barnet dör i livmodern efter minst 22 fullgångna graviditetsveckor.

<sup>24</sup> Allmänt råd till 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSLF-FS 2022:39

Som stöd i arbetet finns:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer [44].
- Socialstyrelsens handbok om Våld i nära relationer som riktar sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården [7].
- Socialstyrelsen kunskapsstöd med rekommendationer om våld i nära relation som riktar sig till beslutsfattare och vårdpersonal i hälso- och sjukvården och tandvården [6].

## Gravida som utsatts för könsstympning

I Sverige är alla typer av könsstympning av flickor och kvinnor förbjudet enligt lag.<sup>25</sup> Könsstympning innebär att man skadar eller skär bort delar av de yttre könsorganen på flickor. Åldern när ingreppet utförs varierar, liksom typen av ingrepp, skälet till det och vem som utför det.

Vården av gravida som har utsatts för könsstympning varierar stort över landet. En kartläggning som den nationella arbetsgruppen (NAG) för mödrahälsovård gjorde under hösten och vintern 2023/2024 visade att en del regioner, men inte alla, hade regionala riktlinjer om att gravida ska tillfrågas om könsstympning. I en del av regionerna förespråkade riktlinjen att alla tillfrågas om könsstympning. I andra regioner förespråkade riktlinjen att frågan om könsstympning ställs till personer utifrån geografiskt ursprung [11].

Det finns behov av en mer jämlik vård inom området och därför har Socialstyrelsen publicerat ett kunskapsstöd om könsstympning hos gravida. Där rekommenderas att alla gravida frågas om könsstympning tidigt i graviditeten och att gravida som utsatts för könsstympning vid behov erbjuds en öppningsoperation inför förlossningen. Det finns också en rekommendation om att uppmärksamma andra vårdbehov som den gravida kan ha till följd av könsstympningen [11].

Det är viktigt att säkerställa att alla gravida som utsatts för könsstympning får den vård och det stöd de behöver. Som stöd till vården finns Socialstyrelsens samtalsstöd för vårdpersonal som möter flickor och kvinnor som har utsatts för könsstympning [45].

## Gravida med graviditetsdiabetes

Förhöjda blodsockervärden under graviditet kan medföra både kort- och långsiktiga risker för både den gravida och barnet. Exempel på sådana risker hos barnet är hög födelsevikt och lågt blodsocker vid födseln, samt framtida risk för obesitas. Hos den gravida finns ökad risk för kejsarsnitt och att senare i livet utveckla diabetes mellitus typ 2. Behandling av graviditetsdiabetes skiljer sig åt mellan regionerna och det finns behov av

---

<sup>25</sup> 1 § lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor.

ökad jämlikhet i landet [22]. Som vi har nämnt tidigare arbetar Socialstyrelsen med att ta fram nationella rekommendationer om identifiering och behandling av gravida med graviditetsdiabetes.

### Delmål 1.3: Alla gravida får tillräcklig och individuellt anpassad information om den egna vården och görs delaktiga i planering och beslut

En grundläggande förutsättning för en trygg och säker vård är att den gravida görs delaktig i planering och beslut om den egna vården.<sup>26</sup> För att kunna vara delaktig behöver den gravida ha tillgång till relevant information. Det kan handla om vilka kontroller som görs hos barnmorskan under graviditeten och vilket stöd från barnmorskan eller andra aktörer som finns att tillgå. Det är även viktigt att ge information om de tillstånd eller avvikelser som den gravida behöver vara uppmärksam på, och när hon själv behöver ta kontakt med vården för extra uppföljning och kontroll, till exempel vid minskade fosterrörelser under graviditeten.

Informationen ska ges på ett sådant sätt att den gravida och hennes partner kan tillgodogöra sig den. Detta framgår bland annat av patientlagen som ställer krav på att information som ges i hälso- och sjukvården ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.<sup>27</sup> Exempelvis kan information behöva anpassas till lättare svenska för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller för de som inte har svenska som första språk.

Förlängda besökstider i mödrahälsovården kan behövas för kvinnor som behöver tolk. I dialoger med referensgruppen har det framkommit att det är viktigt att tolken har kunskap om mödrahälsovård och är trygg med att tolka i känsliga och intima situationer. Referensgruppen har också lyft vikten av att använda professionella tolkar, gärna hälso- och sjukvårdstolkar eller SRHR-utbildade tolkar, snarare än partner, familj eller vänner.

Av de som under 2023 besvarade Graviditetsenkäten ansåg 83 procent att de hade fått tillräcklig information om sin graviditet från barnmorskan i mödrahälsovården. Andelen varierade i landet från 77 till 92 procent. De flesta (92 procent) upplevde att barnmorskan gjorde dem delaktiga i planering och beslut rörande graviditeten i tillräcklig utsträckning [22]. Enkäten besvaras dock i betydligt lägre utsträckning av grupper av kvinnor som kan behöva anpassad information för att kunna vara delaktiga i den egna vården (se bilaga 2).

---

<sup>26</sup> Enligt 5 kap. 1 § patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

<sup>27</sup> 3 kap. 6 § patientlagen.

## Delmål 1.4: Gravida får möjlighet till stöd och behandling för att förebygga och behandla graviditetsrelaterade fysiska besvär

Mer än 50 procent av alla gravida har besvär från rörelse- och stödjeorganen under graviditeten. Framför allt kan graviditetsrelaterade ländryggs- och bäckenbesvär påverka arbetsförmågan, leda till sjukskrivning och påverka livskvaliteten under graviditet [46]. Att anpassa vardagsaktiviteter och fysisk aktivitet är av stor vikt för alla gravida och särskilt för gravida med övervikt, obesitas och/eller graviditetsdiabetes [47].

Av Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen framkommer att gravida med otillräcklig fysisk aktivitet eller övervikt, obesitas, graviditetsdiabetes, tidigare bäckenbottendysfunktion, smärta i rygg eller bäcken, behöver hänvisas till fysioterapeut i högre utsträckning än vad som görs i dag. Det är viktigt att involvera fysioterapeut i ett tidigt skede för att förebygga graviditetsrelaterade fysiska besvär. Även vid vissa psykiska besvär kan stöd till fysisk aktivitet eller smärthantering hjälpa.

I dialog med experter har det också lyfts att det finns ett behov att stärka barnmorskans möjlighet att konsultera en fysioterapeut vid behov. För att möjliggöra detta finns ett behov av ökad samverkan mellan barnmorskemottagningar och vårdgivare och verksamheter som tillhandahåller fysioterapeuter. Det samarbete som finns i dag är enligt referensgruppen ofta baserat på vårdpersonalens kontaktnät och inte en rutin i vården av gravida och nyförlösta.

## Mål 2. Alla blivande föräldrar har tillgång till likvärdig information och stöd som möter behovet inför och efter fosterdiagnostik

Fosterdiagnostik kan vara känslomässigt laddat för många blivande föräldrar. Det är viktigt att de blivande föräldrarna får det stöd de behöver inför valet att genomföra fosterdiagnostik.

Varje gravid kvinna och hennes partner har rätt att fatta egna informerade beslut om fosterdiagnostik. Vårdpersonal som ger information om fosterdiagnostik ska tydligt förmedla att det är frivilligt att ta emot information om fosterdiagnostik och att det finns möjlighet till betänketid innan informationen lämnas.<sup>28</sup> Det är också viktigt att det finns ett utvecklat stöd för vägledning, beslutsprocess och psykosocialt stöd för de som har funderingar kring eller har genomgått fosterdiagnostik. Det är viktigt att

---

<sup>28</sup> 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:20) om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik.

föräldrarna har möjlighet att göra val som stämmer överens med egna behov och värderingar.

Resultat från Graviditetsenkäten visar att information som ges inför valet att genomföra fosterdiagnostik behöver förbättras, samt information vid misstänkt eller konstaterad fosteravvikelse [38]. Det är viktigt att den information som ges framförs på ett sätt som de blivande föräldrarna förstår. Även psykosocialt stöd till blivande föräldrar behöver säkerställas vid såväl beslut om att avbryta som att fortsätta graviditeten vid konstaterad fosteravvikelse.

## Ett nationellt kompetenscenter för fosterdiagnostik kan förbättra möjligheterna till information, vägledning och stöd

I Socialstyrelsens dialoger med bland annat Svenskt Nätverk för information kring fosterdiagnostik (Snif) har förslag lyfts om att bilda ett nationellt kunskapscenter för fosterdiagnostik. Det bedöms kunna bidra till att utveckla och förbättra information och stöd i samband med fosterdiagnostik, till exempel genom att

- ta fram stöd- och utbildningsmaterial om fosterdiagnostik för vårdpersonal
- tillhandhålla genetisk vägledning
- i samverkan med profession och intresseföreningar ta fram informationsmaterial om fosterdiagnostik riktat till blivande föräldrar, som kan användas i hela landet och översättas till olika språk
- utveckla beslutsstöd till blivande föräldrar för att ta beslut efter resultat från fosterdiagnostik samt utifrån osäkra fynd
- bidra till att främja god forskning, vägledning och stöd inom fosterdiagnostik genom samverkan med olika professioner, forskare och intresseföreningar.

### Delmål 2.1: Alla gravida får samma erbjudande om fosterdiagnostik oavsett var i landet de bor

Enligt Socialstyrelsen nationella basprogram för graviditetsövervakning bör ett ultraljud erbjudas i första trimestern, i graviditetsvecka 12–13. Det tidiga ultraljudet kan också ingå i en annan typ av fosterdiagnostik som den gravida har valt, till exempel KUB eller NIPT.<sup>29</sup> Ett ultraljud bör även erbjudas i andra trimestern, i graviditetsvecka 18–20, enligt basprogrammet [37].

---

<sup>29</sup> KUB och NIPT används för att upptäcka de mest förekommande kromosomavvikelseerna.

Nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning samt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) har tagit fram mera verksamhetsnära stöd för fosterdiagnostik [12] [48].

Erbjudande om fosterdiagnostik skiljer sig åt mellan regionerna. En kartläggning från 2022 visade att KUB erbjöds i hälften av landets regioner till alla gravida. I vissa regioner erbjöds KUB med begränsningar, antingen mot en kostnad eller med ålderbegränsningar. I andra regioner erbjöds inget ultraljud i första trimestern [12].

I Graviditetsregistrets årsrapport framkommer också regionala skillnader. Andelen gravida som under 2023 genomgick KUB-test varierade mellan regionerna från drygt 1 procent till 93 procent. Andelen som gjorde NIPT-test varierade från drygt 2 procent till 34 procent. Enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2023 har sannolikt en relativt stor andel av de NIPT-analyser som genomfördes dessutom beställts och bekostats av de blivande föräldrarna själva [22].

Vilket gränsvärde som tillämpas för hög sannolikhet för kromosomavvikelse i samband med KUB-test skiljer sig också åt, trots att SFOG:s riktlinjer rekommenderar ett gränsvärde på 1:1000. En del regioner använder en gräns på 1:1000 och andra 1:200 [22]. Gränsvärdet påverkar i sin tur detektionsgraden. Ett högre gränsvärde innebär att fler avvikelser upptäcks eftersom de som uppfyller gränsvärdet erbjuds NIPT-test eller invasiv provtagning [48].

Det finns behov av att utveckla en mer jämlik tillgång till fosterdiagnostik mellan regionerna.

## Delmål 2.2: Alla blivande föräldrar får tillräcklig information för att kunna göra informerade val om fosterdiagnostik

För att blivande föräldrar ska kunna fatta välinformerade beslut om fosterdiagnostik ska de erbjudas information om vad fosterdiagnostik innebär, vilka olika tester som finns, hur de genomförs, vilka avvikelser som kan upptäckas samt eventuella risker med förfarandet.<sup>30</sup> Informationen bör anpassas efter kvinnans eller parets individuella behov och behandla etiska frågor som kan uppkomma i samband med förfarandet.<sup>31</sup> Den fördjupade informationen bör bland annat beskriva hur det kan vara att leva med en funktionsnedsättning och vilka möjligheter det finns till stöd i samhället.<sup>32</sup>

I Graviditetsenkäten 2023 framkom att 74 procent ansåg att de fått tillräckligt med information från läkaren eller barnmorskan inför beslut att

---

<sup>30</sup> 4 kap. 3–4 §§ SOSFS 2012:20

<sup>31</sup> Allmänna råd till 4 kap. 4 § SOSFS 2012:20

<sup>32</sup> Allmänna råd till 4 kap. 8 § SOSFS 2012:20

genomgå undersökning med moderkaksprov, fostervattenprov eller NIPT. Det var 65 procent som ansåg att de fick information på ett sätt som de förstod om något var avvikande [22]. Slutsatsen är att det finns behov av att utveckla bättre informationen i samband med fosterdiagnostik.

Referensgruppen har lyft vikten av att särskilt säkerställa att utrikesfödda personer med begränsade språkkunskaper ges förbättrade möjligheter att tillgodogöra sig information om fosterdiagnostik och på så vis kan fatta informerade beslut. Även personer med intellektuell funktionsnedsättning har lyfts som en grupp som kan behöva anpassad information.

Om den gravida önskar information ska hon efter att ha fått informationen erbjudas en fosterdiagnostisk undersökning. När en kvinna har genomgått en fosterdiagnostisk undersökning ska den behandlande läkaren bedöma om det behövs ytterligare undersökningar. Om läkaren bedömer att ytterligare undersökningar behövs, ska kvinnan eller paret erbjudas fördjupad information om fosterdiagnostik. Även i detta fall har kvinnan rätt till betänketid.<sup>33</sup>

Notera att den fördjupade informationen enligt de allmänna råden till SOSFS 2012:20 inte bör ges vid samma tillfällen som den erbjuds.

Svenskt nätverk för information kring fosterdiagnostik (Snif) har tagit fram underlaget Stödmaterial för samtal om fosterdiagnostik på barnmorskemottagning [42]. Nätverket är en samverkan mellan olika professioner inom genetik, obstetrik och etik samt flera intresseföreningar. Målet för nätverket är att verka för en jämlik tillgång till neutral och högkvalitativ information, kunskap och kommunikation kring fosterdiagnostik och att bidra till att den etiska debatten kring dessa frågor hålls levande i samhället [49].

### **Delmål 2.3: Blivande föräldrar får tillräckligt stöd från vården vid misstänkt eller konstaterad fosteravvikelse, särskilt inför och efter beslut om att fortsätta respektive avbryta graviditeten**

I Graviditetsenkäten 2023 framkom att endast 65 procent uppfattade att de fick information på ett sätt som de förstod i de fall där någonting var avvikande. Det framkom även att 40 procent upplevde väntetiden som svår eller mycket svår innan de fick ett uppföljande besök och ytterligare information av läkare efter bekräftad fosteravvikelse [50].

För blivande föräldrar som genomgått fosterdiagnostik och där det finns misstänkt eller konstaterad avvikelse, följer ofta svåra beslut om de ska fortsätta eller avbryta graviditeten. Föräldrarna har rätt till betänketid<sup>34</sup> och

---

<sup>33</sup> 4 kap. 5–7 §§ SOSFS 2012:20

<sup>34</sup> 4 kap. 9 § SOSFS 2012:20

det är viktigt att föräldrarna ges möjlighet att tillsammans med vårdpersonal, såsom barnmorska, läkare och psykolog, diskutera och resonera kring sina valmöjligheter och dess konsekvenser.

Vid konstaterad fosteravvikelse är det viktigt att båda föräldrarna erbjuds information och stöd både inför och efter beslutet om att fortsätta eller avbryta graviditeten. I SFOG:s nationella riktlinjer för fosterdiagnostik med NIPT-test rekommenderas genetisk vägledning för gravida med konstaterad hög sannolikhet för kromosomavvikelse hos fostret [48]. I genetisk vägledning är det viktigt att professionen inte är styrande utan samtalet behöver stödja föräldrarna att ta egna beslut och besluten ska stämma överens med deras egna behov, önskemål och värderingar. Ensamstående föräldrar behöver särskilt uppmärksammas och säkerställas stöd.

### Mål 3. Alla blivande föräldrar erbjuds ett tillgängligt och behovsanpassat föräldraskapsstöd under graviditeten

Föräldraskapsstöd med målet att stärka blivande föräldrar under graviditeten, inför förlossningen och blivande föräldraskapet, är en del av mödrahälsovårdens uppdrag. Erbjudandet om stödet till alla blivande föräldrar ska utgå från barnets rättigheter och vara jämlikt och jämställt [51]. De senaste åren fram till 2021 har andelen blivande föräldrar som deltagit i föräldraskapsstödjande insatser minskat för varje år. Lägst andel sågs under pandemiåren 2020 och 2021 [22].

Föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården syftar till att främja barns hälsa och utveckling och att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet, samt fysisk och psykisk förlossningsförberedelse. Stödet erbjuds i dag vid de enskilda besöken hos barnmorskan eller i grupp vid upprepade tillfällen med de blivande föräldrarna, både fysiskt och digitalt. Även storgruppsföreläsningar och digitala föreläsningar förekommer. Sammanhållna grupper med bibehållen kontinuitet från mödra- till barnhälsovården har stora fördelar. Tidigare frågor kan följas upp och förtroenden som skapats mellan deltagarna ger större möjlighet till varaktiga sociala kontakter [52].

När blivande föräldrar får chans till förberedelse genom kunskap, vägledning och verktyg som ger realistiska förväntningar inför förlossningen och den första tiden efteråt, kan deras egna resurser att hantera denna period stärkas. Att känna sig förberedd kan bidra till ökad trygghet och upplevd kontroll och kan ge en bättre start för hela familjen, stärka relationen mellan föräldrarna och mellan föräldrar och barn [8].

Resultat från flera undersökningar visar att nyblivna föräldrar har känt sig oförberedda inför den första tiden som nybliven förälder. Framför allt

uttrycker flera nyblivna mammor att de känt sig oförberedda inför både amning och fysiska och psykiska förändringar efter en graviditet och förlossning. Studier visar att föräldrar önskar ett större fokus på förberedelser inför amning och omställning samt återhämtning efter förlossningen samt hur parrelationen kan påverkas [53] [13].

I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter (2022) ges förslag på teman som föräldraskapsstöd under graviditeten bör innehålla [8]:

- amning, inklusive svårigheter, amningskomplikationer och strategier för att hantera dessa
- förlossningens olika faser, smärtlindring, andning och avslappning, stöd från vårdpersonal och partner
- komplikationer under och efter förlossningen samt uppföljning och stöd efter förlossningen
- första tiden hemma, samt föräldraskap, omställning, oro, sömn, omhändertagande och skötsel av barnet, förändringar i parrelationen och samarbetsstrategier
- läkningsprocessen och kroppens återhämtning efter en graviditet och förlossning, psykiskt mående, oro.

Regeringen har tagit fram en nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd som betonar att stöd ska erbjudas alla föräldrar under barnets hela uppväxt [51]. Stödet ska stärka relationen mellan föräldrar och barn samt relationen mellan föräldrar och familjens sociala nätverk. Grunden i stödet är ett generellt stöd som ska främja barnets hälsa och utveckling. Riktat stöd till riskgrupper (selektivt stöd), samt individuellt stöd till föräldrar med etablerade problem (indikerat stöd) ska komplettera det generella stödet. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) har fått i uppdrag att stödja genomförandet av strategin [52].

### **Delmål 3.1: Alla blivande föräldrar erbjuds föräldraskapsstöd som följer ett nationellt upplägg och program**

Erbjudande om föräldraskapsstödjande insatser till blivande föräldrar är ojämnt i landet. Det är stora skillnader mellan och inom regionerna både när det gäller vilket föräldraskapsstöd som erbjuds och i vilken omfattning blivande föräldrar deltar [22]. MFoF har bland annat i uppdrag att ge förslag på förändringar som bidrar till att föräldraskapsstöd i högre grad når de föräldrar som i otillräcklig utsträckning tar del av befintligt

föräldraskapsstöd idag.<sup>35</sup> MFoF fördelar också statsbidrag som ska bidra till ökad och jämlik tillgång till föräldraskapsstöd i hela landet.

För att skapa förutsättningar för ett mer likvärdigt arbetssätt med föräldraskapsstöd inom mödrahälsovården föreslår Socialstyrelsen att ett nationellt föräldraskapsstödsprogram tas fram som riktar sig till mödrahälsovården. Programmet skulle kunna tas fram av MFoF i samverkan med berörda aktörer så som de centrala mödrahälsovårdsteamerna, forskare samt berörda aktörer inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Det är viktigt att uppdraget samordnas med arbetet att utveckla ett nationellt hälsoprogram för barn och unga [54] där föräldraskapsstöd utgör en del av det nya hälsoprogrammet.

Flera professioner kan med fördel delta i arbetet, till exempel läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter och dietister. Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att även föräldrar involveras i arbetet i syfte att kunna delge sina behov och erfarenheter.

Föräldraskapsstödsprogrammet föreslås innehålla ett förslag till upplägg och stödande material för både individuellt föräldraskapsstöd och stöd i grupp. Riktade program eller innehåll föreslås tas fram till specifika målgrupper. Det är viktigt att stödet är både behovs- och tillgänglighetsanpassat, till exempel genom att erbjudas på olika språk och på lättare svenska

Syftet med att utveckla ett nationellt föräldraskapsstödsprogram är att uppnå ett mer tillgängligt, jämlikt och kunskapsbaserat erbjudande om föräldraskapsstöd i hela landet som möter blivande föräldrars behov.

### Delmål 3.2: Blivande föräldrar erbjuds deltagande i digitalt eller fysiskt föräldraskapsstöd i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar

I Socialstyrelsens kunskapsstöd Graviditet, förlossning och tiden efter rekommenderar myndigheten att föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper erbjuds till blivande föräldrar [8].

Det är idag få regioner och barnmorskemottagningar som erbjuder föräldraskapsstöd i mindre grupp till blivande föräldrar. Det råder också skillnader mellan och inom regioner [22]. Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 deltog 20 procent i föräldragruppträffar. Av dem upplevde 61 procent att de i hög grad var meningsfulla och 11 procent att de inte var så meningsfulla, medan 16 procent var neutrala [36].

---

<sup>35</sup> Regleringsbrev för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 2025, [Regleringsbrev 2025 Myndighet Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd](#)

Fördelar med föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper [8]:

- Föräldrarna får kontakt med andra familjer som väntar barn, vilket bidrar till att stärka deras sociala nätverk.
- Delaktighet, samtal och reflektion mellan gruppdeltagare kan främjas när gruppen består av ett mindre antal deltagare.
- Föräldrarna kan interagera med varandra och dela kunskaper, erfarenheter, känslor, oro och förväntningar.
- Föräldrarna får ta del av alternativa förhållningssätt och kan lära av varandra.
- Föräldrarna kan finna förebilder och lösningar hos andra föräldrar.

Det nationella föräldraskapsstödsprogram som vi föreslår tas fram kan utgöra ett stöd till mödrahälsovården att utveckla erbjudandet om föräldraskapsstöd i mindre grupper till fler av de blivande föräldrar som önskar det. Programmet kan till exempel innehålla förslag på antal gruppstillfällen samt lämpligt innehåll vid respektive tillfälle och hemövningar däremellan.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter rekommenderas även att grundläggande utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik bör erbjudas till de som leder föräldraskapsstöd i grupp [8]. När ett nationellt föräldraskapsstödsprogram tas fram föreslår Socialstyrelsen att utbildnings- och handledningsmaterial för gruppleddare också tas fram.

Föräldraskapsstödjande gruppverksamhet ska vända sig till båda föräldrarna. Alla blivande föräldrar erbjuds dock inte, önskar eller har inte möjlighet att delta i dessa grupper. Samtidigt är det inte säkert att individuellt föräldraskapsstöd, som kan ges i samband med besöken hos barnmorskan, når båda föräldrarna eller om det för föräldrarna och det blivande barnet har ett främjande innehåll (exempelvis att bygga en gemensam grund för föräldraskapet, fördelning av föräldradagar, barns behov av flera omsorgspersoner och tidig anknytning). I våra dialoger har MFoF lyft betydelsen av att det individuella stödet ska innehålla åtminstone ett föräldraskapsstödjande parsamtal där båda föräldrarna deltar för att kompensera de föräldrar som inte deltar i grupp, i syfte att nå ett mer jämlikt och jämställt föräldraskapsstöd.

Traditionella föräldragrupper utgår ofta från heteronormativa föreställningar om familjen. Det är därför viktigt att mödrahälsovården kan erbjuda målgruppsanpassade grupper, exempelvis för hbtqi-personer och ensamstående föräldrar. Riktade föräldragrupper kan även erbjudas på olika språk och till blivande föräldrar från olika kulturer samt till personer med funktionsnedsättning eller unga tonårsmammor. Riktade grupper kan erbjudas till både förstagångsföräldrar och till de som har barn sedan tidigare. På detta sätt kan vården skapa tryggare, mer inkluderande och

relevanta sammanhang där deltagarna känner igen sig, kan relatera till andra och få stöd utifrån sin livssituation.

Det kan vara svårt att fylla riktade föräldragrupper i mindre orter eller där de geografiska avstånden är stora. Ett alternativ kan då vara att erbjuda regionalt eller nationellt samordnade målgruppsanpassade föräldragrupper digitalt.

### Delmål 3.3: Alla blivande föräldrar får reflekterande samtal och förberedande information om amning under graviditeten

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8] samt nationella basprogram för graviditetsövervakning [37] bör mödrahälsovården under graviditeten erbjuda reflekterande samtal om erfarenheter, förväntningar och inställning till amning. Syftet är att föräldrarna ska få möjlighet att göra ett informerat val. I samband med samtalet får föräldrarna information om hur amningens början kan underlättas och hur amnings- och bröstkomplikationer kan förebyggas.

Även i Tio steg som främjar amning [20] ingår att hälso- och sjukvården stödjer och främjar amning under graviditeten genom att samtala med de blivande föräldrarna om värdet av bröstmjök och amning för både mamma och barn, samt förbereder mamman för att amma sitt barn. Enligt de Tio stegen<sup>36</sup> bör berörda verksamheter föra en dialog med gravida och deras familjer om hur amning går till samt dess fördelar och betydelse.

Amning har flera viktiga hälsofördelar för både mamman och barnet. Statistik visar att andelen mammor som ammar sitt barn vid hemgång från BB respektive de som helammar sitt barn fyra veckor efter förlossning har minskat [22]. Många nyblivna mammor upplever också att de inte fått tillräckligt amningsstöd vare sig under de första dagarna efter barnets födelse eller vid senare amningskomplikationer. Detta är ett förbättringsområde som rör hela vårdkedjan där stödet och främjandet av amning behöver utvecklas.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården tidigt under graviditeten tillhandahåller stöd och information till föräldrarna om amningens fördelar. Det är också viktigt att informera föräldrarna om svårigheter som kan uppstå och var de kan vända sig om svårigheter uppkommer efter förlossningen. Att inkludera den blivande föräldern som inte är gravid har visat sig ha stor betydelse för att underlätta amningen [55].

---

<sup>36</sup> Läs mer i Tio steg som främjar amning [20] samt i Nationell amningsstrategi 2022–2027 [13].

## Mål för en utvecklad och stärkt förlossningsvård

Sverige har en trygg och säker förlossningsvård och hör till de länder som har lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Andelen barn som dör i magen har sjunkit något och 2023 låg andelen kring 3,0 promille. Det är nivåer som är mycket låga i internationell jämförelse. Det har dock skett en viss ökning av andelen kejsarsnitt, både akuta och planerade, andel stora blödningar vid vaginal förlossning, samt av andelen barn som föds med låg Apgar. Andelen förlossningar som startar med igångsättning har mer än fördubblats på 20 år [4].

Variationerna i förlossningsutfall samt i andelen interventioner är stora mellan olika förlossningskliniker vilket skulle kunna vara en indikation på att vården är ojämlig och ett resultat av över- eller underbehandling på en del kliniker.

Det är viktigt att bevara förlossningsvårdens goda resultat men också att fortsätta utveckla vården. Genom att nationella riktlinjer och kunskapsstöd för förlossningsvården fortsätter utvecklas kan vården bli mer jämlig. I Socialstyrelsens dialoger har lyfts att ett nationellt kunskapsstöd för handläggning av normalförlossning efterfrågas. Det finns skillnader i såväl definitionen av normalförlossning som i delar av handläggningen. I syfte att skapa en mer jämlig förlossningsvård i landet skulle gemensamma definitioner och handläggning behöva utformas. En mer gemensam praxis skulle också öka möjligheten att jämföra resultat mellan kliniker eller regioner och bidra till utvecklingen av förlossningsvården [23]. Genom ökad nationell samordning och erfarenhetsutbyte mellan förlossningskliniker både inom och mellan regioner, kan också mer gemensamma arbetssätt och en mer jämlig förlossningsvård i hela landet åstadkommas. I dag finns en etablerad nationell samverkan genom ett nationellt nätverk inom mödrahälsovården, där samordnande barnmorskor, vårdutvecklande mödra- och barnhälsovårdspsykologer och mödrahälsovårdsläkare ingår. I Socialstyrelsens dialoger har flera framfört att det vore önskvärt att utveckla ett motsvarande nätverk för förlossningsvården.

I nästa avsnitt ger vi en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en utvecklad och stärkt förlossningsvård.

## Mål 4: Förlossningsvården är trygg och säker för alla födande

### Delmål 4.1: Alla födande och deras eventuella partner eller medförälder får tillräcklig och individanpassad information och görs delaktiga i beslut under förlossningen när det är relevant och möjligt

Att som blivande förälder få information under förlossningen är viktigt både för upplevelsen av trygghet och för att kunna vara delaktig. Patientlagen<sup>37</sup> ställer omfattande krav på information och delaktighet i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 kände sig flertalet (90 procent) trygga under förlossningen. Något färre (83 procent) ansåg att de fått tillräckligt med information under förlossningen. Knappt åtta av tio (79 procent) upplevde att de gjorts delaktiga i planering och beslut under förlossningen i den utsträckning som de önskat [36].

Referensgruppen och andra aktörer som Socialstyrelsen fört dialog med lyfter utrikesfödda med begränsade kunskaper i svenska som en utsatt grupp i samband med förlossningen. Mer behöver göras för att underlätta en god kommunikation mellan den födande och vårdpersonalen, till exempel genom att tillgång till tolk säkerställs utifrån behov. Kulturdoulor har i referensgruppen lyfts som ett bra stöd inför och under förlossningen för att förbättra förberedelse, delaktighet och trygghet hos den gravida och födande. En del regioner erbjuder förberedande besök på förlossningsavdelningen till gravida med begränsade språkkunskaper i svenska i syfte att uppnå ökad delaktighet och trygghet inför och under förlossningen.

Utmaningar rörande användningen av tolk i samband med förlossning har framkommit. Referensgruppen vittnar om att det ofta är svårt att få tag på en utbildad hälso- och sjukvårdstolk eller SRHR-utbildad tolk. Det kan ibland även vara svårt att använda tolk under en långdragen förlossning. En förhoppning som lyfts är att de digitala översättningsverktyg som i dag finns tillgängliga kommer att utvecklas så att de kan komplettera eller ersätta en del av tolkens arbete.

---

<sup>37</sup> 3 och 5 kap. patientlagen.

## Delmål 4.2: Alla födande erbjuds kontinuerligt stöd av barnmorska under förlossningen

När den födande är lugn och trygg utsöndras i högre grad hormonet oxytocin som är avgörande för förlossningsprogressen. Den naturliga oxytocinutsöndringen kan förstärkas med närhet, beröring och stöd [56].

I enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör kontinuerligt stöd av en barnmorska erbjudas under förlossningens aktiva fas tills förlossningen är över. Barnmorskan bör då endast arbeta med en födande i taget. Att ge den födande kontinuerligt stöd har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer eftersom det kan öka den födandes känsla av trygghet, vilket har stor betydelse för hur vården uppfattas [9]. Att få arbeta med en födande i taget ger även bättre arbetsmiljö och efterfrågas av många barnmorskor. Arbetsättet kan bidra till att attrahera och behålla barnmorskor i förlossningsvården [34].

Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 uppgav nästan 9 av 10 (88 procent) att de fått stöd under förlossningen i den utsträckning de önskade. Lika många (89 procent) upplevde att barnmorskan varit närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning de önskade. Det är positiva resultat men det finns regionala skillnader och kan även finnas skillnader på gruppnivå avseende hur olika kvinnor upplever vården. Regionerna behöver därför fortsätta främja en trygg förlossning och säkerställa kontinuerligt stöd till alla födande.

## Delmål 4.3: Negativa förlossningsutfall, komplikationer och vårdskador minimeras för alla mammor och barn

Trots att förlossningsvården i Sverige håller hög kvalitet i internationell jämförelse med låg mödra- och barnadödlighet har andelen kejsarsnitt, stora blödningar och barn som föds med låg Apgar ökat under perioden 2014–2023. I Graviditetsregistrets årsrapport 2023 beskrivs den utvecklingen som oroväckande. Skillnaderna över landet är tydliga och det finns kliniker med stabil och låg förekomst av låg Apgar, stora blödningar och stora bristningar, medan andra har en mer negativ utveckling [22].

Mellan åren 2004 och 2018 sjönk andelen som fick svåra bristningar efter vaginal förlossning från 4 procent till 2,5 procent i riket. Sedan 2018 har andelen legat stabilt, men den har ökat marginellt de sista två till tre åren [22]. En förklaring till ökningen kan också vara att diagnostisering av bristningar har förbättrats.

I enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar. Betydligt fler allvarliga förlossningsbristningar

upptäcks om två barnmorskor eller läkare undersöker den som nyligen fött barn och har en misstänkt bristning – jämfört med när enbart en person gör undersökningen. Detta arbetssätt har högsta prioritet, eftersom obehandlade och feldiagnostiserade bristningar kan orsaka stort lidande, både psykiskt och fysiskt. Arbetssättet kan dessutom vara ett viktigt lärandemoment för personalen [9]. I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter rekommenderas vidare att det är två utförare som hjälps åt för att suturera bristningar grad 2, 3 och 4. Om två barnmorskor eller läkare utför sutureringen tillsammans så ökar möjligheten till en korrekt och optimal suturering. Det är viktigt att skadans omfattning och hur man suturerat dokumenteras detaljerat [8].

Risken för negativa förlossningsutfall för mamman eller barnet skiljer sig på gruppnivå mellan olika kvinnor, bland annat beroende av mammans födelseland och utbildningsnivå. Det visar Socialstyrelsens analys av socioekonomiska faktorer betydelse för kvinnors och barns hälsa i samband med förlossning [1]. Det talar för att vården i högre grad behöver individanpassas i syfte att minimera negativa utfall för alla mammor och barn.

Analysen baseras på de som födde barn 2013–2022 och visar att socioekonomiska faktorer, exempelvis kvinnans födelseland samt utbildningsnivå, har stor betydelse för förlossningsutfallet för både mamman och barnet. Bland annat visar analysen att det var vanligare med planerade kejsarsnitt bland svenskfödda kvinnor medan akuta kejsarsnitt var vanligare bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara och i södra eller sydöstra Asien. Kvinnor från Afrika söder om Sahara samt från södra eller sydöstra Asien och mellanöstern hade även en ökad risk för att drabbas av komplikationer och negativa utfall för mamma och barn vid förlossningen [1].

#### Delmål 4.4: Alla nyförlösta får stöd till omedelbar och oavbruten hud-mot-hudkontakt med barnet efter förlossningen

I Graviditetsenkäten får de som fött barn svara på frågan om barnet fått ligga hud-mot-hud tills att det somnat och/eller sugit. Under 2023 svarade runt 70 procent ja på frågan, 17 procent att barnet delvis fått ligga hud-mot-hud, och 13 procent svarade att barnet inte fått ligga hud-mot-hud [36]. Andelen som angav att barnet helt eller delvis fått ligga hud-mot-hud varierade från 79 procent till 94 procent mellan klinikerna i landet [22].

Hud-mot-hudkontakt under barnets två första levnadstimmar har direkt positiva effekter både fysiologiskt och psykologiskt för både mamma och barn. Det främjar amningen på kort och lång sikt. Det nyfödda barnets instinktiva utvecklingsstadier stimuleras och ger barnet förutsättningar att själv söka sig till bröstet vilket förebygger amningsproblem och behov av tillmatning [21] [8].

Exempel på andra positiva effekter av hud-mot-hud hos barnet är minskad stress efter födseln, att barnet blir lugnare och skriker mindre, att barnet får ett stabilare blodsocker och att det håller värmen. Det främjar också samspelet med föräldern. Även den nyförlöstas naturliga instinkter att ta hand om sitt barn stimuleras positivt och minskar blödningar, smärta och stress hos mamman. Det lindrar också posttraumatisk stress efter en traumatisk förlossning [57]. För barn som föds för tidigt eller är svårt sjuka kan hud-mot-hudkontakt vara direkt avgörande för barnets utveckling och tillfrisknande [58].

En kombinerad analys av Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret visar att en betydligt större andel av de kvinnor som angett att de hade hud-mot-hudkontakt med barnet efter förlossningen, ammar helt eller delvis efter fyra veckor. Resultaten går därmed i linje med forskning på området, och stärker därmed vikten av att kvinnan ges möjlighet till att ha omedelbar och oavbruten hud-mot-hudkontakt med barnet efter förlossningen [36].

De som vårdar nyförlösta bör möjliggöra omedelbar, oavbruten och säker hud-mot-hudkontakt mellan den nyförlösta och barnet – oavsett amning eller flaskuppfödning och oavsett förlossningssätt, tills barnet har sugit och/eller somnat, i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8]. Initial och oavbruten hud-mot-hudkontakt direkt från födseln rekommenderas enligt nuvarande evidens nyfödda barn från graviditetsvecka 28+0, i enlighet med kunskapsstöd Initial och obruten hud-mot-hudkontakt och samvård framtaget av Nationellt Programområde barns och ungdomars hälsa [21]. Betydelsen av att främja hud-mot-hudkontakt ingår även som ett rekommenderat steg i Tio steg som främjar amning [20].

I arbetet med att stödja och främja hud-mot-hudkontakt ingår även att stödja mamman att följa barnets signaler att själv söka sig till bröstet. Detta stöd bör erbjudas alla nyblivna föräldrar.

#### **Delmål 4.5: Alla nyblivna föräldrar erbjuds möjlighet till samtal om förlossningsupplevelsen**

Graviditetsenkäten 2023 visar att 70 procent erbjöds förlossningssamtal eller utskrivningssamtal innan utskrivning från BB [36]. Svaren är svårtolkade på grund av hur frågan är ställd eftersom förlossningssamtal och utskrivningssamtal i själva verket är olika typer av samtal, även om samtal om förlossningsupplevelsen kan ingå som en del av utskrivningssamtalet.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör alla nyförlösta erbjudas samtal om förlossningsupplevelsen och i första hand med barnmorskan som var med vid förlossningen. Tidpunkten kan anpassas efter föräldrarnas behov och samtalet kan även genomföras efter att familjen lämnat sjukhuset [8]. När det finns tecken på traumatisk

förlossningsupplevelse rekommenderas att den nyförlösta remitteras till psykolog eller psykoterapeut med relevant kompetens. Det är viktigt att detta sker i samråd med kvinnan som fött barn. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården inte erbjuda förebyggande krisbearbetning enligt metoden debriefing till vuxna med risk för PTSD efter en traumatisk händelse eftersom detta inte minskar risken för PTSD utan i stället kan öka risken hos vissa grupper (rekommendationsgrad icke-göra) [59].

Förutsättningarna för att erbjuda samtal om förlossningsupplevelsen ser olika ut på förlossningsklinikerna, liksom synen på vad förlossningssamtal bör innehålla. Regionerna behöver säkerställa att samtliga förlossningskliniker har rutiner för samtal om förlossningsupplevelsen och att vårdpersonalen har tid avsatt för att erbjuda samtalet.

En genomgång av förlossningen bör sedan även erbjudas i samband med eftervårdsbesöket i mödrahälsovården 6–16 veckor efter förlossning, i enlighet med nationellt basprogram för graviditetsövervakning [37]. Den nyförlöstas upplevelse av förlossningen kan förändras, och det är därför viktigt att de med en negativ förlossningsupplevelse fångas upp även i mödrahälsovården och erbjuds möjlighet till uppföljande samtal och stöd. Samtal om förlossningsupplevelsen finns även med som en del i barnhälsovårdens första hembesök hos nyblivna föräldrar och nyfödda barn [60].

## Mål för en utvecklad och stärkt neonatalvård

Omkring 10 procent av alla nyfödda barn i Sverige behöver särskilt anpassad vård för nyfödda, neonatalvård. Det innebär omkring 10 000 barn per år. Vid en neonatalavdelning vårdas för tidigt födda barn och/eller sjuka nyfödda barn. Ungefär en tredjedel av de som vårdas är födda för tidigt, och två tredjedelar vårdas av andra anledningar, till exempel behov av kirurgi, andningssvårigheter, infektioner, lågt blodsocker eller gulsot. Det finns också barn som får neonatalvård på andra specialistavdelningar inom barn- och förlossningsvård, eller i hemmet med stöd av personal ansluten till neonatalavdelningen [17].

Tiden barn och deras familjer vårdas inom neonatalvården varierar stort. I de flesta fall handlar det om en kortare tidsperiod (tre till fyra dagar i genomsnitt för fullgångna barn). För tidigt födda barn och barn med komplicerade hälsotillstånd behöver vård länge (2,5 veckor i genomsnitt). För några är vårdbehovet avsevärt mycket större, och vissa barn har behov av avancerad intensivvård under flera månader [61]. Tillståndet hos de allra minsta är ofta mycket komplicerat och resurskrävande, vilket innebär att de extremt för tidigt födda barnen upptar de flesta vårdplatserna inom neonatalvården. Av de barn som föds för tidigt utgör gruppen måttligt för

tidigt födda den största andelen. Överlevnaden hos barnet är starkt korrelerat till gestationsålder [20].<sup>38</sup>

Neonatalvården är en viktig del av vårdkedjan, som utöver det akuta omhändertagandet också arbetar för att främja en fortsatt positiv utveckling för barnet, föräldrarna och familjen i sin helhet. Sverige utmärker sig när det gäller att arbeta barn- och familjecentrerat inom neonatalvården, och hälso- och sjukvården har ett tydligt ansvar för att alltid utgå från barnets egna rättigheter och FN:s barnkonvention. Sverige har också bland den högsta överlevnaden i världen hos extremt för tidigt födda barn. Neonatalvården har ett väl utvecklat patientregister, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ), som utgör underlag för att kunna utveckla vården och bedriva forskning [20].

Sverige anses ligga i framkant när det gäller neonatalvård och den snabba utvecklingen är positiv, men inrymmer också utmaningar och utvecklingspotential.

I nästa avsnitt ger vi en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en utvecklad och stärkt neonatalvård.

## Mål 5: En trygg, säker och barn- och familjecentrerad neonatalvård för barn och deras familjer

### Delmål 5.1: Antalet transporter på grund av platsbrist i neonatalvården minimeras

På 38 av Sveriges totalt 46 sjukhus som erbjuder förlossningsvård bedrevs under 2023 också neonatalvård [26]. Vid samtliga förlossningsenheter kan livräddande behandling ges, men hur pass avancerad neonatalvård som tillhandahålls utöver detta varierar utifrån rikssjukvårdsbeslut, patientunderlag och tillgång till specialiserad kompetens [61].

Begränsningar i kompetens och vårdplatser för barn i behov av neonatalvård leder till att det i vissa fall är nödvändigt att transportera vårdbehövande barn till andra sjukhus. Detta är nödvändigt antingen för att kunna tillhandahålla vård (medicinskt motiverad transport), eller för att det inte finns plats på den aktuella kliniken där barnet föds eller för att frigöra plats för barn som är i större behov av en vårdplats (ej medicinskt motiverad transport) [61] [27]. Under 2023 utfördes 1 936 transporter av nyfödda barn mellan sjukhus, varav 295 transporter på grund av platsbrist [26]. Det är

---

<sup>38</sup> De för tidigt födda barnen brukar delas in i tre grupper baserat på gestationsålder; måttligt för tidigt födda (före 37 fullgångna graviditetsveckor), mycket för tidigt födda (före 32 fullgångna graviditetsveckor) och extremt för tidigt födda (före 28 fullgångna graviditetsveckor).

viktigt att det finns tillgång till transportteam med rätt kompetens för en säker transport av mamma och barn.

Den vanligaste anledningen till akuta transporter är behovet av högspecialiserad vård för svårt sjuka barn [26]. En viktig förutsättning för att en centralisering av vården ska fungera är en väl fungerande transportorganisation med ständig beredskap inom och mellan var och en av de sex övergripande sjukvårdsregionerna. Enligt Nationella rekommendationer om transporter och centralisering som är utarbetade av en arbetsgrupp utsedd av Svenska Neonatalföreningen och Perinatal-ARG inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, är det viktigt att transportorganisationen kan erbjuda tillhörande sjukhus akut hjälp med transport av barn i behov av en högre vårdnivå [24].

### Delmål 5.2: Förutsättningarna optimeras för barnet vid hotande förtidsbörd eller vid behov av högspecialiserad neonatalvård

Vården för extremt för tidigt födda barn och andra vårdbehövande nyfödda barn, till exempel barn med hjärtfel eller bukväggsdefekter, är centraliserad till några få universitetskliniker, vilket är en förutsättning för att uppnå neonatalvård med hög kvalitet för de allra minsta och mest vårdkrävande barnen. Att barnet föds på ett universitetssjukhus har visat sig öka chansen för överlevnad [62].

Enligt uppgifter i SNQ [26] transporteras årligen cirka 600 gravida kvinnor före födelsen till sjukhus med rätt nivå för optimalt omhändertagande av barnet och mamman. För att säkerställa att den gravida hamnar på rätt vårdnivå i rätt tid behöver det finnas samverkan och samordning inom kliniker och mellan regioner [24]. Experter betonar dock vikten av att kunskap och praktiska färdigheter utvecklas och upprätthålls hos personalen som arbetar inom länskliniker och inte bara centreras till universitetsklinikerna, även om den högspecialiserade vården i huvudsak bedrivs där. Detta för att säkerställa en trygg och säker vård för barn och deras familjer som behöver neonatalvård även på länskliniker.

### Delmål 5.3: Låg förekomst av vårdskador och komplikationer i neonatalvården

Nyfödda för tidigt födda och/eller sjuka barn inom neonatalvården riskerar att drabbas av olika vårdskador [61]. Vården och omvårdnaden som bedrivs på neonatalavdelningen är komplex och det sjuka nyfödda barnet löper i och med sin omogenhet ökad risk att drabbas av mer eller mindre kritiska tillstånd, till exempel hudskada, vårdrelaterade infektioner och inflammation i tarmen. Tidigare kartläggningar pekar ut exempelvis skador till följd av obehandlad allvarlig gulsot, livsviktig CPAP-behandling eller behandling med syrgas i hög koncentration under lång tid [61].

Alla som arbetar inom neonatalvård har ansvar för att förhindra att barnet eller familjen drabbas av vårdskador under vårdtiden [27]. Neonatalvården har särskilda utmaningar eftersom för tidigt födda och/eller sjuka barn kan drabbas av vårdrelaterade infektioner, och att de extremt för tidigt födda barnen ofta vårdas under längre tid vilket i sig medför ökad risk för vårdskada, i kombination med att det på flera håll saknas personal med adekvat utbildning och praktisk erfarenhet av neonatalvård [27] [61].

Verksamheterna ska arbeta förebyggande<sup>39</sup>, genomföra riskanalyser och identifiera och åtgärda de brister som finns i verksamheten, som potentiellt kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.<sup>40</sup> Vårdgivaren ska utreda alla händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.<sup>41</sup> Detta är viktigt för att kunna förebygga att liknande situationer uppstår igen. När en händelse har medfört en allvarlig vårdskada, ska utredningen även innehålla uppgifter om patientens beskrivning och upplevelse av händelsen.<sup>42</sup>

#### Delmål 5.4: Föräldrar ges möjlighet till närvaro och information under tiden barnet vårdas i neonatalvården

I Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer” rekommenderas att föräldrarna bör uppmuntras till att göras delaktiga i omvårdnaden av barnet och genom stöd tidigt ta eget ansvar för barnet och dess behov. Det är gynnsamt för hela familjen att barnen sköts om av sina föräldrar eftersom interaktion mellan föräldrar och barn då möjliggörs vilket ligger till grund för samspel och anknytning [27].

Enligt patientlagen ska vårdnadshavare få information om sitt barns hälsotillstånd och vårdförlopp.<sup>43</sup> Vid mötet med blivande föräldrar vid hotande förtidsbörd eller under vårdtiden på neonatalavdelning, ska föräldrarna därmed få tillgång till relevant information. I dag kan vilken information föräldrar får och hur de involveras i vården, både generellt och inför beslut av fortsatt vård, skilja sig åt beroende på vilken vårdpersonal de träffar [63].

---

<sup>39</sup> 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

<sup>40</sup> 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9

<sup>41</sup> 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen

<sup>42</sup> 3 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

<sup>43</sup> 3 kap. 1 § och 3 § patientlagen

Föräldrarna har rätt till individ- och behovsanpassad information<sup>44</sup>, både muntligt och skriftligt om det behövs. Den som lämnar information ska också så långt som möjligt försäkra sig om att föräldrarna har förstått innehållet och betydelsen av den information som ges.<sup>45</sup> Regionen är skyldig att erbjuda tolk för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. I övriga fall saknas lagkrav avseende tolk när det inte rör sig om myndighetsutövning, men det kan vara svårt att försäkra sig om att föräldrar med begränsade språkkunskaper i svenska förstår informationen utan en tolk.

Familjer uttrycker ofta övergångar (byte av vårdnivå, byte av avdelning, byte av sjukhus eller hemgång) som utmanade. Det är därför angeläget att information gällande dessa övergångar om möjligt ges i god tid för att ge möjlighet för föräldrarna att förbereda sig.

### Delmål 5.5: Samvård erbjuds barn och mammor

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer i kunskapsstödet ”Vårdkedjan för barn som behöver neontalvård och deras familjer” bör barn och föräldrar inte separeras. För att kunna säkerställa detta behöver föräldrarna kunna bo tillsammans med barnet dygnet runt. Även syskon behöver kunna vistas med sina föräldrar och det nyfödda barnet (både äldre syskon och tvillingar). Mammor behöver också kunna samvårdas med sitt barn, om de behöver medicinsk vård efter förlossningen [27].

Samvård är en vårdform som innebär att två patienter får sin vård tillsammans. Det nyfödda barnet och den nyblivna mamman får sin vård på samma vårdenhet och i nära fysisk anslutning till varandra. Detta kan innebära att flera olika enheter och avdelningar kommer att vara involverade i vården av barnet och mamman [21].

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för vårdkedjan för barn som behöver neontalvård och deras familjer bör neonatalvården också erbjuda så kallad hud-mot-hud-vård, så ofta det är möjligt. Hud-mot-hudkontakt har positiva effekter både för barnet och mamman. Barnet uppvisar exempelvis stabilare andning, temperatur och blodsocker. Man kan även se en ökad amningsfrekvens hos barn som vårdas hud-mot-hud och lägre förekomst av depression hos mammor som haft sitt barn hud-mot-hud [27].

För att barnet omedelbart eller så snart som möjligt efter födelsen ska kunna vårdas hud-mot-hud samt för att möjliggöra samvård, krävs att berörda

---

<sup>44</sup> Enligt 3 kap. 6 § patientlagen ska informationen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

<sup>45</sup> 3 kap. 7 § patientlagen. Enligt 3 kap 2 b § patientlagen ska en patient som skrivs ut från slutna vård också få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården efter att den skrivits ut.

verksamheter har upprättade rutiner, gemensamma arbetsätt och överenskommen arbetsfördelning. Detta ställer höga krav på samordning och fungerande informationsöverföring mellan olika enheter, såsom förlossningsavdelningar, operationsavdelningar, uppvakningsavdelningar, intensivvårdsavdelningar och neonatalavdelningar [21] [27].

Data från SNQ [26] visar att hud-mot-hudvård gavs till 65 procent av tidigt födda barn under 2023, medan målet är 80 procent. Av de måttligt tidigt födda respektive fullgångna barnen har 95 respektive 92 procent vårdats hud-mot-hud inom neonatalvården under samma period. Nationellt ses en ökande trend för hud-mot-hudvård generellt. Flera regioner rapporterar också om att de satsat på förbättrad samverkan, inom arbetet för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om att främja kvinnors hälsa [64]. Detta indikerar att det finns förbättringsmöjligheter för att främja denna samverkan där neonatalvården utgör en av flera aktörer.

Möjligheten till samvård ser olika ut inom olika regioner och bör erbjudas i högre utsträckning [26]. Att kunna erbjuda samvård förutsätter att det finns både lokaler som tillåter att man vårdar barn och mammor tillsammans och att personalen har rätt kompetens, samt att vårdpersonalen på olika avdelningar samarbetar och har arbetsätt som minskar patientförflyttningar och separationer mellan barn och mammor, utan att utmana patientsäkerheten. Det är också viktigt att mamman erbjuds uppföljning, stöd för bröstmjölksproduktion samt vård för egen del enligt sedvanliga rutiner för mödrahälsovård, särskilt i de fall då neonatalvården av barnet pågår under lång tid.

### **Delmål 5.6: Neonatalvården främjar amning genom att stödja mammans bröstmjölksproduktion under hela vårdtiden**

Ett tidigt och kontinuerligt stöd för bröstmjölksproduktion kan vara avgörande i neonatalvården för att etablera och bibehålla amning. Det är särskilt viktigt inom neonatalvården där barnen är i behov av vård och inte kan amma direkt efter födseln.

Tidig stimulering av bröstmjölksproduktionen, inom de första två timmarna efter förlossningen, är starkt kopplad till en ökad mängd bröstmjölks och en längre amningstid [65]. Bröstmjölks är viktigt för det för tidigt födda och/eller sjuka barnet för att optimera näringsintaget och förbättra barnets tolerans för mat samt att minska risken för komplikationer så som nekrotiserande enterokolit (NEC) och infektioner [66] [67]. Genom att tidigt och kontinuerligt erbjuda stöd som främjar mammans bröstmjölksproduktion skapar vården gynnsamma förutsättningar för både amning och för barnets och mammans hälsa på både kort och lång sikt. För detta krävs amningsplanering [21] [68].

## Delmål 5.7: Uppföljningen av barn som vårdats inom neonatalvården och samtidigt ingår i högriskgruppen stärks genom samordnade multidisciplinära arbetssätt och administrativt stöd

För en säker, effektiv och trygg vård är det viktigt att det finns upprättade rutiner och kontaktvägar till kliniken för familjen under själva övergången från sjukhus till eventuell hemsjukvård, samt med andra aktörer som tar vid efter neonatalvården, såsom mödrahälsovård och barnhälsovård. På sikt kan det vid behov också handla om att upprätta och integrera insatser både från hälso- och sjukvården, habilitering och även skola och omsorg. Det är inte ovanligt att föräldrar till extremt för tidigt födda barn eller andra sjuka nyfödda barn upplever långvarig stress, ångest och depression i hög utsträckning efter vårdtiden, vilket kan påverka interaktionen med barnet och barnets hälsa på sikt. Detta behöver hälso- och sjukvården vara uppmärksam på och erbjuda vård och stöd efter vården på sjukhus [27].

För den mer långsiktiga uppföljningen av barn som vårdats inom neonatalvården och ingår i en så kallad högriskgrupp finns ett nationellt uppföljningsprogram. Programmet syftar till att tidigt kunna identifiera barn med motoriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar för att ge barnet ett mer optimalt stöd under uppväxten eller i skolan, men även som kvalitetsuppföljning av vården som givits. Resultatet från uppföljningen rapporteras till SNQ. Uppföljningen bör enligt programmet ske vid utskrivning, upp till två års korrigerad ålder, vid två års korrigerad ålder samt vid 5,5 års kronologisk ålder [61]. Utökad uppföljning av fysioterapeut, psykolog och neonatolog sker vid två års korrigerad ålder samt vid 5,5 års ålder enligt särskilda protokoll för utvecklingsbedömning. Enligt experter kan uppföljningen enligt Nationella riskbarnsuppföljningen av extremt för tidigt födda eller kritiskt sjuka nyfödda, till exempel barn med asfyxi (syrebrist) vid födseln eller uttalad viktavvikelse, behöver förbättras ytterligare.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården och andra aktörer följer upp och erbjuder stödinsatser till barn som vårdats i neonatalvården i samband med och efter utskrivningen, även för de som inte ingår i högriskgruppen [27]. Experter betonar att det är viktigt att uppföljning görs på alla barn, inte bara barn som fötts för tidigt. Idag finns regionala skillnader i hur arbetet med uppföljning görs [61].

Svenska Prematurföreningen förordar att alla för tidigt födda barn ska följas upp av personal med särskild kompetens, antingen via neonatalvården och öppenvården, eller via specialist-BVC [61]. Här behövs personal som har kompetens att utföra bedömningarna, exempelvis psykolog, fysioterapeut och barnläkare, där bedömningen görs utifrån ett multiprofessionellt arbetssätt. Det finns regionala skillnader i vilka kliniker som har kompetens på plats att utföra bedömningarna.

## Mål för utvecklad och stärkt uppföljning efter förlossning samt vård och stöd till kvinnor som fött barn

Att utveckla och stärka uppföljning efter förlossning, samt vård och stöd till kvinnor som fött barn har under flera år varit ett prioriterat område i överenskommelsen mellan regeringen och SKR för en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Trots det finns ett fortsatt stort förbättringsutrymme.

Vård och behandling relaterat till fysiska och psykiska hälsoproblem efter graviditet och förlossning kan behövas under de närmsta veckorna efter förlossningen, men även under flera år efter förlossning för den som har kvarstående besvär. Det går därmed inte att fastställa hur länge ”eftervården” sträcker sig.

I nästa avsnitt ger vi en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en utvecklad och stärkt uppföljning efter förlossning samt vård och stöd till kvinnor som fött barn.

### Mål 6: Strukturerad och personcentrerad planering inför eftervårdsperioden

Mödrahälsovården och förlossningsvården har ett gemensamt ansvar att säkerställa en strukturerad och personcentrerad planering för eftervården. Fler aktörer kan behöva involveras i planeringen, till exempel vid psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom samt vid skadligt bruk och beroende.

#### Delmål 6.1: Alla som fött barn har en individuell eftervårdsplanering och är delaktiga i planering och beslut om den egna eftervården

I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [8] rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda planering för uppföljning av den nyförlöstas fysiska och psykiska omställning efter förlossningen, inklusive amningsstöd. Planeringen bör påbörjas redan i slutet av graviditeten.<sup>46</sup> Barnmorskan i mödrahälsovården bör då tillsammans med den gravida påbörja en eftervårdsplanering. Denna bör sedan ses över och vid behov uppdateras efter förlossningen. Det är viktigt

---

<sup>46</sup> Det är i sammanhanget viktigt att skilja på den plan som här rekommenderas och de planer som hälso- och sjukvården är skyldiga att upprätta. Om det är fråga om habilitering eller rehabilitering ska regionen, i samverkan med patienten, upprätta en individuell plan när insatser erbjuds. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå (8 kap. 7 § 3 HSL). Är det fråga om olika insatser ska dessa samordnas på ett ändamålsenligt sätt och kvinnans behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses (6 kap. 1 § patientlagen).

att planeringen då görs gemensamt av vårdpersonalen på sjukhuset där kvinnan fött barn tillsammans med den nyförlösta kvinnan. Det är viktigt att säkerställa att en eftervårdsplanering finns framtagen innan familjen lämnar sjukhuset [8].

Syftet med att påbörja en individuell eftervårdsplanering i mödrahälsovården under graviditeten som ses över på sjukhuset efter förlossningen är att skapa kontinuitet. Målet är att minska glappet mellan mödrahälsovården och förlossningsvården och på så sätt stärka vårdkedjan [8].

För den som har haft en okomplicerad graviditet och förlossning syftar planeringen framför allt till att göra kvinnan delaktig, och säkerställa att hon känner till vilka tillfällen för uppföljning som kommer att erbjudas efter förlossningen i enlighet med förlossningsklinikernas rutiner och mödrahälsovårdens basprogram. Ett annat syfte är att kvinnan känner till vart hon ska vända sig vid hälsoproblem eller för att få amningsstöd [8].

För den som behöver uppföljning och stöd utöver det som erbjuds alla, behöver en individuell planering tas fram tillsammans med kvinnan. Mödrahälsovården och vårdpersonalen på den klinik där kvinnan planerar att föda eller har fött barn, bör i dialog med henne planera för exempelvis antalet uppföljningsbesök eller individanpassa eftervården på andra sätt [8]. Hur långt fram i tiden planeringen sträcker sig kan variera beroende av kvinnans tillstånd och behov.

För kvinnor med tidigare eller pågående måttlig till allvarlig psykisk sjukdom, till exempel vid depression och ångest, bipolär sjukdom och psykossjukdom är det av största vikt att det finns en individuell planering för uppföljning efter förlossningen eftersom dessa kvinnor har ökad risk att återinsjukna i samband med förlossning och under den första tiden därefter. Även nyblivna mammor med skadligt bruk och beroende behöver ha en tydlig planering för återkommande uppföljning och stöd efter förlossningen. Ansvar för att ta fram en individuell planering ligger där kvinnan har sin psykiatriska vård (primärvård, beroendevård, psykiatri), men planeringen behöver samordnas med mödrahälsovården och förlossningsvården vilket förutsätter samverkan mellan alla involverade aktörer [8].

I både Graviditetsenkäten och Graviditetsregistret saknas data för att följa i vilken utsträckning kvinnorna får en eftervårdsplanering i slutet av graviditeten och om de görs delaktiga i planeringen. Däremot visar resultat från Graviditetsenkäten 2023 att endast 6 av 10 (63 procent) kvinnor som fött barn upplevde att vårdpersonalen på BB gjorde dem delaktiga i planering och beslut av sin eftervård i tillräcklig utsträckning. Andelen varierade mellan 57 och 75 procent mellan regionerna [36].

Resultaten från Graviditetsenkätens fritextsvar 2023 visar också att de svarande önskar mer förberedande information inför eftervårdsperioden [69]. Detta bekräftas även i flera andra studier [13] [38] [53].

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer framgår att det behövs ett utvecklingsarbete i flertalet regioner för att säkerställa att planering inför eftervårdsperioden erbjuds alla.

## **Delmål 6.2: Alla som fött barn vet vart de ska vända sig vid fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossningen och för att få amningsstöd**

Resultat från Graviditetsenkätens fritextsvar visar att kvinnor känt sig vilsna i vilken vård som finns att tillgå vid både fysiska och psykiska besvär och komplikationer efter förlossningen. De efterfrågar ökad tydlighet om vart de kan vända sig och vilka instanser i vården som har ansvaret beroende av hur lång tid det har gått efter förlossningen [69].

Nära var tredje svarande (31 procent) under 2023 visste inte vart hon skulle vända sig vid fysiska besvär efter graviditet och förlossning, och var femte svarande (22 procent) visste inte vart hon skulle vända sig vid psykiska besvär. Andelen som inte visste vart de skulle vända sig vid fysiska besvär varierade mellan regionerna från 28 till 38 procent. Även andelen som inte visste vart de skulle vända sig vid psykiska besvär varierade mellan regionerna, från 15 procent till 26 procent [36].

Information om kontaktvägar vid hälsoproblem efter förlossningen bör ges både muntligt och skriftligt och ingå i den enskilda kvinnans eftervårdsplanering (se delmål 6.1) [8]. Målsättningen är att alla som fött barn känner till vart de ska vända sig vid fysiska och psykiska hälsoproblem och för att få amningsstöd.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen framgår att vårdpersonalen inom mödrahälsovården och förlossningsvården i en del fall inte vet vart de kan hänvisa vidare, att det i flera fall upplevs vara brist på mottagande vårdenheter för bedömning av fysiska och psykiska besvär efter förlossning, eller att det kan vara långa väntetider för bedömning och behandling.

## **Mål 7: Strukturerad uppföljning och individpassad information och stöd till nyblivna föräldrar**

Korta vårdtider på BB kombinerat med bristande kontinuitet och uppföljning efter hemgång kan innebära en ökad risk att behov av vård och stöd inte identifieras varken under vårdtiden på sjukhuset eller när barn och föräldrar lämnat sjukhuset. Fysiska, psykiska eller amningsrelaterade besvär kan även

uppstå efter en tid hemma vilket kräver att eftervården är uppmärksam och kan erbjuda relevanta insatser.

Kvinnosjukvården och mödrahälsovården har ett gemensamt ansvar för uppföljning och stöd efter förlossningen, och att samverka med andra verksamheter vid behov.<sup>47</sup> I arbetet med att stärka kontinuiteten i eftervården och säkerställa att ingen ”faller mellan stolarna” är det därför viktigt att det finns samverkan och en tydlig roll och ansvarsfördelning mellan alla involverade aktörer. Föräldrar med riskfaktorer behöver prioriteras även i eftervården.

### Delmål 7.1: Alla nyblivna föräldrar får information och stöd som möter deras behov under vårdtiden på sjukhus oavsett om de vårdas på BB, patienthotell eller neonatalvårdsavdelning

Information, uppföljning och stöd till nyblivna föräldrar behöver säkerställas under vårdtiden på sjukhus efter förlossningen oavsett om föräldrarna och barnet vårdas på BB, en neonatalavdelning eller på ett patienthotell.

#### Information inför utskrivning behöver förbättras

Det händer mycket i kroppen efter en förlossning. Det är viktigt att ge information till alla nyblivna föräldrar om både fysisk och psykisk omställning och återhämtning innan de lämnar sjukhuset, samt om vilka hälsotillstånd de ska vara uppmärksamma på och när de ska söka vård.<sup>48</sup> Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 svarade 67 procent att de fått tillräcklig information om vad de kunde förvänta sig angående återhämtning efter förlossningen. Andelen varierade från 61 till 75 procent mellan regionerna [36]. Om jämförelsen i stället görs mellan klinikerna ligger variationen på från 56 till 78 procent [22].

Patientlagen ställer krav på att den som lämnar information om exempelvis patientens hälsotillstånd och eftervård så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren förstått innehållet. Av samma lag framgår att informationen ska anpassas till individuella förutsättningar som exempelvis ålder, erfarenhet och språklig bakgrund.<sup>49</sup> I IVO:s tillsyn av förlossningsvården framträder skillnader i vilken information som lämnas

---

<sup>47</sup> Notera att en vårdgivare enligt 4 kap 6 § (SOSFS 2011:9) ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Häri ingår att genom processer och rutiner säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

<sup>48</sup> Enligt 3 kap 2 b § patientlagen ska en patient som skrivs ut från slutna vård också få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården efter att den skrivits ut.

<sup>49</sup> 3 kap. 6–7 §§ patientlagen

och hur vårdpersonalen ger information. Det vanligaste är att informationen lämnas muntligt på svenska. IVO konstaterar att det innebär en risk för att patientgrupper som inte förstår svenska inte får fullständig information om sin vård och behandling. För många kan det dessutom vara svårt att ta till sig muntlig information och därför ska den, vid behov eller på begäran av patienten, kompletteras med skriftlig information.<sup>50</sup>

Nyblivna föräldrar kan befinna sig i en situation som minskar förmågan att ta till sig muntlig information. I tillsynen framkommer att vårdpersonalen på en del kliniker i högre grad behöver försäkra sig om att föräldrarna förstått och tagit till sig av den information som lämnas vid utskrivning. Det skiljer sig mellan klinikerna både om tolk används vid behov och om kliniken har utvecklade arbetssätt för att försäkra sig om att informationen nått fram [3].

### Tillräckligt amningsstöd behöver säkerställas

Möjligheten att få amningsstöd påverkar hur många som ammar sitt barn [36]. Resultat från Graviditetsenkäten 2023 visade att 73 procent upplevde att de fått stöd av vårdpersonalen i den första amningen i den utsträckning de önskade. Andelen varierade mellan regionerna, från 70 till 81 procent. Andelen barn som helammas vid hemgång från sjukhuset efter förlossning varierade också, från 58 procent till 89 procent mellan olika kliniker vilket antyder att arbetssätt och möjlighet att stödja och främja amning skiljer sig mellan klinikerna [22].

För att kunna erbjuda mammor tillräcklig information och stöd om amning behövs både utrymme i form av tid och tillräcklig kompetens hos vårdpersonalen på BB, patienthotellet eller den vårdavdelning där mamman och barnet befinner sig.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har flera utmaningar identifierats. Ofta saknas tillräcklig kompetens att stödja och främja amning bland vårdpersonalen på BB och i neonatalvården. Detta beror bland annat på att barnmorsketjänster på flera kliniker bemannas med sjuksköterskor, vilka saknar formell utbildning om amning eftersom detta inte ingår i grundutbildningen till sjuksköterska. Grundkompetensen om amning behöver även stärkas bland barnmorskor. Även för läkare behövs kompetenshöjande insatser, framför allt om komplikationer såsom mjölkstockning. Dessa komplikationer uppstår däremot sällan under vårdtiden på sjukhus utan senare efter att familjen lämnat sjukhuset.

En annan utmaning som har uppmärksammats är tidsbrist. Ofta saknas utrymme att ge tillräckligt amningsstöd till alla nyblivna mammor som önskar det på BB eftersom varje barnmorska eller annan vårdpersonal ofta ansvarar för vården av flera mammor och deras nyfödda barn samtidigt som

---

<sup>50</sup> 3 kap. 7 § patientlagen

vårdtiderna ofta är korta.<sup>51</sup> Det är därför viktigt att begränsa antalet mammor och barn som varje barnmorska vårdar i syfte att höja kvaliteten på vården och säkerställa att tillräcklig information och stöd kan ges till alla nyblivna föräldrar innan de lämnar sjukhuset.

Vårdtiden behöver också anpassas till individens behov, där behovet av amningsstöd är en faktor som behöver tas i beaktan. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör hälso- och sjukvården erbjuda en vårdtid på sjukhuset eller BB efter förlossningen, som beslutas i samråd och anpassas efter den nyförlöstas och det nyfödda barnets behov [8]. Det är stora skillnader mellan och inom regionerna när det gäller andelen som lämnar sjukhuset inom 24 timmar efter förlossning. Andelen varierar från 9 procent till 47 procent mellan de olika förlossningsklinikerna [22]. Bland de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 upplevde en majoritet (90 procent) att de fått stanna kvar på sjukhuset så länge de behöver [36].

Vårdpersonalens råd och information om amning uppfattas ofta olika och ibland motsägande av kvinnor som fött barn [69]. En mer jämn kompetensnivå om amning kan bidra till mer individuellt anpassad och samstämmig information.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har förslag om bildandet av ett nationellt kompetenscentrum för amning lyfts. Socialstyrelsen föreslår att behov av och förutsättningar att bilda ett nationellt kompetenscenter utreds.

Kompetenscentret skulle kunna bedriva forskning samt sprida kunskap om amning till blivande och nyblivna föräldrar och vårdpersonal.

I fokusområde 3 föreslår vi även nationellt samordnade utbildningsinsatser för att höja kompetensens om amning bland vårdpersonalen.

### Partners närvaro och stöd är betydelsefullt

Partners närvaro och stöd har i de flesta fall stor betydelse för nyförlösta kvinnors upplevelse av trygghet. Partners har också stor betydelse för amningsstöd och kvinnor som har stöd av en partner ammar längre. Flera företrädare för verksamheter och professioner ser också ett stort värde i att partnern eller medförälder stannar kvar på sjukhuset tillsammans med kvinnan som fött barn och det nyfödda barnet under hela vårdtiden.

Nyförlösta kvinnors partner kan i högre grad göras delaktiga i vården. Tre av fyra (67 procent) angav i Graviditetsenkäten 2023 att vårdpersonalen gjorde deras partner delaktig efter förlossningen i den utsträckning de önskade [36].

---

<sup>51</sup> År 2023 var medelvårdtiden 1,7 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt. Medelvårdtiden hos förstföderskor är cirka ett dygn längre än hos omföderskor.

## Delmål 7.2: Alla som fött barn får strukturerad uppföljning efter att de kommit hem från sjukhuset och stöd utifrån sina individuella behov

För att säkerställa att fysiska eller psykiska hälsoproblem hos nyblivna mammor fångas upp i tid behövs strukturerad uppföljning vid flera tillfällen efter förlossningen.

I Socialstyrelsens dialoger har nyblivna mammor med ökad risk för psykisk sjukdom efter förlossningen lyfts som en riskgrupp som behöver fångas upp tidigt inom primärvården eller psykiatri. Det behöver också finnas kunskap inom både primärvården och psykiatri om betydelsen av att snabbt ta emot dessa kvinnor samt förutsättningar att göra det.

I Socialstyrelsens dialoger har det framförts att psykiatri inte alltid har möjlighet att ta emot dessa kvinnor snabbt nog och i den utsträckning som de behöver, vilket kan få allvarliga konsekvenser. I Sverige är suicid en av de vanligaste dödsorsakerna under graviditet och första året efter förlossningen [8]. Personal inom specialistpsykiatri behöver ökad kunskap om perinatal psykisk ohälsa, samt bättre förutsättningar att snabbt kunna erbjuda gravida och nyförlösta kvinnor behandling och stöd.

Även nyblivna mammor med skadligt bruk och beroende behöver i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter särskilt uppmärksammas. Hälso- och sjukvården bör så tidigt som möjligt efter förlossningen erbjuda nyblivna mammor med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam [8].

En grupp nyblivna mammor som enligt referensgruppen löper ökad risk att falla mellan stolarna är de vars barn vårdas eller har vårdats i neonatalvården under en lägre tid.

### Klinikernas uppföljning av mammans allmäntillstånd och amning kan bli mer jämlik

Förlossningsklinikerna har i de flesta regioner uppdraget att bedöma besvär hos både den nyförlösta och barnet under barnets första levnadsvecka. En del förlossningskliniker erbjuder hembesök av barnmorska eller återbesök till sjukhuset för uppföljande undersökning av både barnet och mamman [9]. Ofta sker uppföljningen av mammans allmäntillstånd och amning samtidigt som ett återbesök görs på sjukhuset för att ta PKU-prov på barnet. Det saknas dock officiell statistik för att följa i vilken utsträckning detta görs.

Det behöver finnas avsatt tid och kompetens att stödja amning vid återbesöket eller vid ett hembesök. Det förutsätter tillräcklig kompetens om amning bland personalen på klinikernas återbesöksmottagningar och hos vårdpersonalen som genomför hembesök i de fall det erbjuds.

Flera kliniker har lokala rutiner för uppföljning av nyförlöstas allmäntillstånd och amning efter hemgång. Det är viktigt att de kliniker som saknar rutiner utvecklar sådana i syfte att säkerställa att uppföljningen görs strukturerat.

### Viktigt att tidigt upptäcka komplikationer vid förlossningsbristningar

Det är viktigt att tidigt upptäcka komplikationer i samband med förlossningsbristningar, så som felsydda bristningar, stygn som gått upp eller andra komplikationer. Alla förlossningsbristningar (grad 1–4) och klipp i mellangården bör därför kontrolleras före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset för de som åkt hem tidigt [9]. Det saknas data för att följa i vilken utsträckning detta görs.

Enligt Socialstyrelsens dialoger med experter inom området behövs utvecklingsarbete i flera regioner för att säkerställa att uppföljningen görs på samtliga kliniker i hela landet. Regionerna behöver också säkerställa att den vårdpersonal som syr och kontrollerar bristningar har rätt kompetens. Kompetenshöjande insatser kan behövas inom både förlossningsvården och mödrahälsovården.

### Tidig uppföljning i mödrahälsovården behöver fortsätta utvecklas och säkerställas

I syfte att stärka kontinuitet i vårdkedjan och säkerställa att fysiska eller psykiska hälsoproblem och behov av vård och stöd efter förlossning fångas upp tidigt, rekommenderar Socialstyrelsen att mödrahälsovården bör följa upp den nyförlöstas hälsotillstånd strukturerat under den första till andra veckan efter hemgång från sjukhuset. Rekommendationen ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter [9]. Mödrahälsovården bör då följa upp kvinnans fysiska och psykiska hälsa, behov av amningsstöd och stöd vid alternativ uppfödning, övergången till föräldraskapet, förlossningsbristningar, blödningar, infektioner, smärta och oro [37]. Det ersätter inte utan kompletterar det senare eftervårdsbesök som erbjuds i mödrahälsovården omkring 6–16 veckor efter förlossningen. Övergången från klinikerna (som alltså ofta har ansvaret för både mammans och barnets hälsa under den första veckan) till mödrahälsovården behöver ske sömlöst.

Flertalet regioner har tagit fram riktlinjer och implementerat rutiner för tidig uppföljning i mödrahälsovården. Under 2023 fick 70 procent någon form av tidig uppföljning i mödrahälsovården, varav 54 procent hade uppföljning per telefon, 9 procent hade en digital vårdkontakt och 6 procent hade ett mottagningsbesök [22]. Det finns stora regionala skillnader. Andelen som fick någon form av tidig uppföljning varierade mellan 4 procent och 98 procent, enligt Graviditetsregistrets årsrapport 2023. Det varierar också vilken typ av uppföljning som kvinnorna fått, även om uppföljning per

telefon är vanligast i de flesta regioner. En region sticker ut med en hög andel mottagningsbesök i mödrahälsovården (38 procent). Andelen hos resterande regioner ligger på mellan knappt 2 och 11 procent. Regionerna behöver fortsätta arbetet med att utveckla och säkerställa tidig uppföljning i mödrahälsovården för alla som fött barn.

### Screening för tecken på depression behöver säkerställas i barnhälsovården

Barnhälsovården har uppdraget att uppmärksamma nyblivna föräldrars psykiska hälsa. Omkring sex till åtta veckor efter barnets födelse, eller efter hemgång från neonatalvården om den sker senare, bör barnhälsovården erbjuda alla nyblivna mammor screening för tecken på depression med Edinburgh postnatal depressive scale (EPDS). Rekommendationer om EPDS-screening finns både i det nationella barnhälsovårdsprogrammet [60] och i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [59].

EPDS är ett självskattningsformulär som består av tio påståenden om mammans stämningsläge de senaste sju dagarna [70]. I riket fick 83 procent ett EPDS-samtal 2024. Andelen varierade mellan regionerna och var som lägst 60 procent och som högst 87 procent [71]. Tydliga remitteringsvägar behövs för att erbjuda bedömning och behandling när tecken på depression har uppmärksammats. Bedömningen ligger till grund för att kunna avgöra vilken eventuell vård och behandling som bör erbjudas.

### Andelen som går på eftervårdsbesök i mödrahälsovården behöver fortsätta öka

Andelen som går på eftervårdsbesök i mödrahälsovården har ökat över tid och var 87 procent 2023 jämfört med 74 procent 2014. Graviditetsregistrets nationella målvärde för hur många som går på eftervårdsbesök är satt till 90 procent och nåddes av 15 regioner 2023 [22].

Andelen som går på eftervårdsbesök är lägre inom vissa grupper, framför allt bland de som har avslutat utbildning på högst grundskolenivå samt bland utrikesfödda. Andelen som går på eftervårdsbesök har dock ökat även inom dessa grupper [64].

Det är viktigt att bevara de goda resultaten och fortsätta öka och följa andelen som går på eftervårdsbesök hos barnmorskan.

### Uppföljning av de som haft havandeskapsförgiftning

Kvinnor som har haft havandeskapsförgiftning löper en ökad risk för långvariga hälsoproblem såsom hjärt- och kärlsjukdomar inklusive högt blodtryck och hjärtinfarkt [30]. De som har haft havandeskapsförgiftning har även en ökad risk för att utveckla samma tillstånd under framtida graviditeter, samt andra komplikationer [31].

Det är därför viktigt att följa upp dessa kvinnor efter förlossningen för att identifiera och hantera eventuella långsiktiga hälsoproblem. Det kan till exempel behövas en planering för fortsatta regelbundna kontroller inom primärvården på grund av ökad risk för hypertoni och hjärt- och kärlsjukdom senare i livet. Av Socialstyrelsens dialoger framgår att dessa kvinnor i dag inte följs upp på ett strukturerat sätt. Vi föreslår därför behovet av att ta fram kunskapsstöd för uppföljning av de som haft havandeskapsförgiftning utreds.

## Mål 8: Hög tillgänglighet till bedömning, behandling och stöd på rätt vårdnivå vid fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning samt vid amningsrelaterade komplikationer

I Socialstyrelsens dialoger med både referensgruppen och andra aktörer har det framförts att det ofta saknas tillräckliga förutsättningar i regionerna för att öka tillgängligheten i vården efter förlossning, både i mödrahälsovården, kvinnosjukvården och psykiatrin. Flera efterfrågar tydligare uppdrag och utökade resurser för både mödrahälsovården, kvinnosjukvården och psykiatrin för att kunna tillgodose ökad tillgänglighet i eftervården. Det hjälper inte att tydliggöra remissvägar om kapaciteten eller kompetensen att ta hand om hälsoproblemen är otillräckliga.

Fysiska komplikationer och besvär efter förlossning är vanligt förekommande. Mer än var fjärde svarande (27 procent) i Graviditetsenkäten 2023 behövde uppsöka sjukvård under de första åtta veckorna efter förlossning [36]. Socialstyrelsens kartläggning av andelen som sökt öppen eller slutet specialistvård efter förlossning visar att 26 procent av de kvinnor som födde barn mellan 2019 och 2021 hade något vårdtillfälle i specialistvården (somatisk eller psykiatrisk) under de första åtta veckorna efter förlossningen [72].

Kartläggningen visar att det var vanligast att söka vård för sårrupturer, bristningar, infektioner och blödningar samt infektioner i bröstet eller andra fysiska problem relaterat till amning. Några sökte även vård på grund av hjärt- och kärlsjukdom, framför allt blodtrycksproblem. Det var mindre vanligt att söka specialistvård för psykiska besvär inom de första åtta veckorna efter förlossningen. En förklaring skulle kunna vara att de flesta då söker vård i primärvården [72].

Kvinnor förlösta med akut kejsarsnitt, sugklocka eller tång sökte specialistvård i större utsträckning än kvinnor förlösta vaginalt utan hjälp av sugklocka eller tång. Högst andel vårdtillfällen hade kvinnor med diabetes,

havandeskapsförgiftning eller stora bristningar. Resultaten tyder på nödvändigheten av att individanpassa eftervården [72].

Det fanns stora regionala skillnader när det gäller andelen som hade något vårdtillfälle i specialistvården. En stor del av skillnaderna beror sannolikt på olikheter i eftervårdens organisation i regionerna. Till exempel kan tillgången till vård och bedömning i primärvården för besvär efter förlossning påverka hur många som söker vård i specialistvården. Hur väl hälso- och sjukvården planerar för uppföljning och stöd efter förlossningen kan också ha stor inverkan på andelen som söker akut vård [72].

Studier visar att en relativt hög andel kvinnor med fysiska besvär efter förlossning söker vård på en gynekologisk akutmottagning på sjukhus inom de närmsta veckorna efter förlossningen. I Region Stockholm visade en studie att 12 procent av kvinnorna sökte vård på akutmottagning med förlossningsrelaterade problem och amningskomplikationer inom 30 dagar efter förlossningen [73]. Att söka vård på en akutmottagning på sjukhus innebär ofta långa väntetider, stress för kvinnan och barnet och onödig exponering för nyfödda barn som ofta är infektionskänsliga.

Regionerna behöver säkerställa att vården är dimensionerad för att ta hand om både fysiska och psykiska vårdbehov efter förlossning, samt vård kopplat till amningsrelaterade problem och bröstkomplikationer. Kvinnor som fött barn ska inte behöva söka akutvård på sjukhus för besvär som hade kunnat hanteras genom ett bokat besök i primärvården eller på en öppenvårdsmottagning inom specialistvården.

Det är dock viktigt att säkerställa möjlighet till snabb bedömning vid både fysiska och psykiska besvär, inklusive bröstkomplikationer vid amning, som behöver hanteras akut, till exempel tecken på infektion. Andelen nyblivna mammor med infektionsrelaterade besvär är hög. Av de som besvarade Graviditetsenkäten 2023 fick 17 procent antibiotikabehandling för någon infektion efter sin förlossning. Det handlade bland annat om sårinfektion, infektion i livmodern, bröstinfektion eller urinvägsinfektion [36]. Infektioner efter förlossning och även andra komplikationer som kvinnor söker vård för bör i första hand bedömas av en obstetriker eller gynekolog som är specialiserad på graviditet och förlossning, samt har kunskap om bröstkomplikationer i samband med amning. I glesbygd kan det vara en allmänläkare som bedömer dessa tillstånd. Tillräcklig kompetens behöver då säkerställas.

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har flera lyft att det skulle behövas särskilda eftervårdsmottagningar för bedömning av både akuta och mindre akuta hälsoproblem efter förlossningen. Förslag om en digital eftervårdsmottagning på 1177 har också lyfts som förslag på en tjänst som skulle kunna utvecklas på nationell nivå.

## Delmål 8.1: Det är lätt att komma i kontakt med och få vårdbehov bedömda i mödrahälsovården för alla som fött barn

Möjligheten för kvinnor som fött barn att få sina vårdbehov bedömda i mödrahälsovården efter förlossningen behöver förbättras. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter är det av högsta prioritet att det ska vara enkelt att få kontakt med mödrahälsovården för bedömning av vårdbehov efter förlossning, när det inte krävs akut vård. Syftet är att hälsoproblem ska identifieras tidigt och att kvinnor som fött barn ska få vård på rätt nivå. På så vis förhindras risken att kvinnorna bollas runt mellan vårdgivare vilket kan leda till att symptomen förvärras. Barnmorskan kan remittera vidare till en lämplig vårdinstans vid behov. Kontakt med mödrahälsovården i stället för sjukhusvården kan också förbättra kontinuiteten genom att flera kan träffa samma barnmorska som de mött under graviditeten [9].

Regionerna behöver utveckla och säkerställa att mödrahälsovården har förutsättningar att erbjuda hög tillgänglighet för bedömning av besvär efter förlossningen. Detta går i linje med utvecklingen mot en god och nära vård och uppdraget för mödrahälsovården behöver förtydligas och utvidgas. I takt med att mödrahälsovården får en mer uttalad och stärkt roll som första instans för bedömning av vårdbehov efter förlossning som inte behöver hanteras akut, behöver tillgången till läkare i mödrahälsovården också ses över och säkerställas eftersom barnmorska och läkare behöver arbeta i team runt kvinnor som fött barn. Flera regioner uppger att tillgången till läkare i mödrahälsovården behöver stärkas. När tillgången till läkare är begränsad i mödrahälsovården hänvisas gravida eller nyblivna mammor i stället till sjukhus eller hälsocentral, vilket inte hade behövts om tillgången till läkarresurser på barnmorskemottagning hade varit tillräcklig.

I glesbygd där det är långt till närmsta barnmorskemottagning kan rätt bemanning och kompetens för bedömning och behandling av hälsoproblem efter förlossning i stället behöva säkerställas på hälsocentralerna.

## Delmål 8.2: Alla som ammar eller önskar amma får amningsstöd i den utsträckning de behöver, samt bedömning, vård och behandling vid amningsrelaterade problem och bröstkomplikationer

Tillgång till amningsstöd är ett prioriterat förbättringsområde under eftervårdsperioden. Tillgänglighet till amningsstöd varierar i landet och många kvinnor rapporterar att de behövt mer stöd och rådgivning om amning [74]. Resultat från Graviditetsenkäten 2023 visade att endast 61 procent av de som hade eller hade haft problem med amning fick stöd från vården i den utsträckning de önskade. Andelen varierade mellan regionerna,

från 56 procent till 71 procent. En kombinerad analys av data från Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten 2023 visar att förstföderskor som upplevt amningsproblem och som svarat att de varit nöjda med vårdens stöd, i högre utsträckning också ammat sitt barn än de som inte varit nöjda med vårdens stöd [36].

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter bör hälso- och sjukvården erbjuda amningsstöd efter förlossningen och efter hemgång från sjukhuset utifrån den nyförlöstas egna önskemål och barnets behov [8]. Betydelsen av att erbjuda kontinuerligt amningsstöd framhålls även i Tio steg som främjar amning [20].

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har det framförts att det i flertalet regioner behöver förtydligas vem som har amningsuppdraget efter förlossning. Flera förespråkar att det behöver finnas amningsmottagningar i anslutning till alla förlossningssjukhus. Det skulle kunna bidra till att färre behöver söka vård på gynekologiska akutmottagningar på sjukhus för amningsrelaterade komplikationer som behöver bedömas snabbt.

Även de som bor långt ifrån ett förlossningssjukhus behöver säkerställas tillgång till amningsstöd samt bedömning, och vid behov vård och behandling för bröstkomplikationer i samband med amning. Här har både mödrahälsovården och barnhälsovården en viktig roll att fylla. Tillräcklig kompetens om amning behöver därför säkerställas i både mödrahälsovården och barnhälsovården. Tillgång till läkare med kompetens om amningskomplikationer behöver också säkerställas.

Enligt Socialstyrelsens nationella statistik om amning var amningsfrekvensen i Sverige som högst under perioden 1995–2004. År 2004 amrades 98 procent vid en veckas ålder, varav 89 procent helammades och 9 procent delammades. Det var 83 procent som amrades vid fyra månaders ålder och 72 procent amrades vid sex månaders ålder [17].

Andelen som ammar har minskat. Drygt 93 procent amrades vid en veckas ålder 2021, varav 72 procent helammades och 21 procent delammades. Samma år amrades 73 procent vid fyra månaders ålder, varav 64 procent helammades och 9 procent delammades [17].<sup>52</sup>

Vid sex månaders ålder amrades 65 procent, varav 19 procent helammades och 46 procent delammades. Minskningen av andelen barn som helammats är

---

<sup>52</sup> Statistik redovisas endast till och med 2021 då Socialstyrelsen tillfälligt har pausat insamlingen om amning på grund av att flera regioner både har haft och kommer ha problem att få fram de efterfrågade uppgifterna på grund av ett journalsystemsbyte vilket påverkar möjligheten att ta fram tillförlitlig statistik på området.

som störst mellan fyra och sex månaders ålder. Vid den tiden kan barnet ha börjat få små smakprover [17].

WHO rekommenderar helamning de första sex månaderna och därefter adekvat säker tilläggskost tillsammans med fortsatt amning i två år eller längre. Sveriges rekommendationer följer i stort sett WHO:s med skillnaden att amning rekommenderas i ett år eller så länge mamman och barnet önskar det. Livsmedelsverket införde 2011 begreppet ”pyttesmå smakprover”. Pyttesmå smakprover kan ges från tidigast fyra månaders ålder, men endast i mängder som inte konkurrerar med amningen. Introduktion av större mängder fast föda bör inte ske förrän vid sex månaders ålder [19].

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen har synpunkter framförts om att introduktion av pyttesmå smakprover redan vid fyra månaders ålder i praktiken kan leda till att kvinnor slutar amma tidigare än om smakprov hade introducerats senare. Det saknas starka vetenskapliga belägg för att det skulle finnas näringsmässiga fördelar att ge smakprover före sex månaders ålder. Samtidigt finns det inte heller vetenskapliga belägg för att det skulle vara en nackdel att låta barnet få mycket små smakprov från fyra till fem månaders ålder så länge mängderna inte konkurrerar med amning [60]. Livsmedelsverket ska utvärdera hur råden uppfattas och tillämpas av föräldrar och Barnhälsovården, i enlighet med handlingsplanen i den nationella amningsstrategin 2022–2027 [19].

### Delmål 8.3: Alla som fött barn säkerställs bedömning, behandling och rehabilitering vid fysiska besvär efter förlossningen

Många genomgår betydande kroppsliga förändringar under graviditeten och förlossningen som kan leda till fysiska besvär efter förlossningen, såsom smärtor i rygg, bäcken och bål samt besvär från underlivet som till exempel inkontinens. Mer än var fjärde svarande (26 procent) i Graviditetsenkäten 2023 uppger att de har haft besvär från underlivet och önskat få behandling eller träningsråd av en fysioterapeut eller uroterapeut sedan de skrevs ut från BB men inte fått det [36].

En fysioterapeut med rätt kompetens kan efter förlossningen erbjuda skraddarsydd program för rehabilitering och stärka dessa kvinnor både fysiskt och psykiskt. Genom att tidigt identifiera och behandla problem kan långsiktiga komplikationer undvikas.

I arbetet med förslaget till nationell plan och i Socialstyrelsens dialog med referensgruppen och andra berörda aktörer har det framkommit ett behov av att förbättra möjligheten att få bedömning och behandling av en fysioterapeut med fördjupad kunskap inom obstetrik, gynekologi eller urologi för kvinnor som fött barn. I fokusområde 3 lyfter vi att tillgången till fysioterapeuter med fördjupad kompetens behöver stärkas i flertalet regioner

för att kunna tillgodose vårdbehovet till både gravida och kvinnor som fött barn.

De som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen, där återhämtningen inte följer det normala förloppet, bör få tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter. För många kan det ta upp till ett år eller mer efter förlossningen att rehabilitera bäckenbotten, och multiprofessionell expertis bör finnas tillgänglig så länge det behövs. [2] För att möjliggöra detta behöver varje region ha tillgång till multiprofessionella team bestående av fysioterapeut, läkare och barnmorska samt andra relevanta yrkeskategorier efter behov, till exempel uroterapeut. Kvinnor som fött barn kan drabbas av bäckenbottenbesvär långt efter förlossningen.

#### **Delmål 8.4: Alla nyblivna mammor med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom säkerställs stöd och vård efter förlossningen utifrån behov**

Den perinatale perioden, som sträcker sig från graviditetens början till ett år efter förlossningen, är en kritisk tid för en kvinnas mentala hälsa. Många kan uppleva ångest, depression eller andra psykiska problem under denna tid vilket kan påverka både dem själva och deras barn.

De första tre månaderna efter en förlossning är risken för en förstföderska att bli inlagd på en psykiatrisk klinik sju gånger högre än under andra livsperioder. Högst är risken under de första 10–19 dagarna efter förlossningen. Den ökade risken gäller både för kvinnor utan en psykiatrisk sjukdomshistoria och kvinnor med en sådan, även om risken är större för den senare gruppen. Personer med psykisk sjukdom, såsom kvinnor med affektiva sjukdomar och psykossjukdomar, har ökad risk att insjukna. Förebyggande och tidiga insatser är därför särskilt viktiga för denna grupp. Risken för suicid och utvidgad suicid är också förhöjd. Allvarlig psykisk sjukdom efter förlossningen är en av de vanligaste orsakerna till mödradödlighet [8].

Det behöver finnas tillgång till vård och behandling på rätt vårdnivå för alla nyblivna mammor med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Beroende på tillståndet behöver tillgång till stöd och behandling säkerställas hos mödra- och barnhälsovårdspsykolog, på hälsocentral eller inom psykiatrin. För de som har en psykisk sjukdom och behöver vård från flera instanser, är det av största vikt att arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatrin, primärvården och barnhälsovården, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid graviditet, förlossning och tiden efter. Rutinerna bör tydligt ange vem som ansvarar för omhändertagande, behandling och uppföljning av vården samt hur verksamheterna ska samarbeta utifrån sina specifika kompetenser [9].

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer framkommer att nyblivna mammor inte alltid tas emot så snabbt som de skulle behöva inom psykiatri, och att de inte heller alltid får tillgång till den expertis de behöver, till exempel gällande val av läkemedel och andra insatser som behövs, så som specialistpsykiatriskt stöd. Regionerna behöver säkerställa högre tillgänglighet och höja kompetensen om perinatal psykisk ohälsa inom psykiatri.

## Delmål 8.5: Alla föräldrar och syskon får ett gott omhändertagande vid perinatal död

Varje år drabbas tre till fyra barn per 1 000 födda, eller omkring 400 barn, av intrauterin fosterdöd, varav ungefär 30 under förlossningen. Intrauterin fosterdöd innebär att barnet dör i livmodern efter minst 22 fullgångna graviditetsveckor [29]. Drygt hälften av dessa inträffar innan graviditetsvecka 37 (37+0). Dödföddhet och död under första levnadsveckan brukar ofta beaktas samtidigt, och kallas med ett samlingsnamn perinatal dödlighet [29]. Perinatal betyder ”kring födseln” och intrauterin betyder ”i livmodern”. Intrauterin fosterdöd är alltså en del av den perinatala dödligheten.

Att ett barn dör i livmodern är psykiskt belastande för både föräldrar och syskon till barnet, och kan vara det under lång tid efteråt. Socialstyrelsen har i ett kunskapsstöd tagit fram rekommendationer för bemötande i samband med ett intrauterint dödsfall [29]. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer i kunskapsstödet bör hälso- och sjukvården säkerställa ett psykosocialt omhändertagande av föräldrarna och erbjuda psykologiskt stöd. Ett psykosocialt omhändertagande kan ges av vårdpersonal med terapeutisk kompetens eller till exempel sjukhuskyrkan. Föräldrarna bör få kontakt för detta redan i det akuta skedet, i god tid innan de skrivs ut från sjukhuset. Behovet av stöd kan variera med tiden, både under och efter händelsen. Det är också viktigt att identifiera dem som behöver mer stöd för att aktivt förebygga psykiatriska tillstånd av sorgereaktioner, inte bara genom ett bra omhändertagande vid dödsfallet, utan även genom att aktivt erbjuda stöd i det fortsatta sorgearbetet. Vissa behöver professionellt samtalsstöd, andra hanterar situationen med stöd från sitt sociala nätverk. Det är viktigt att identifiera dem som riskerar att hamna i komplicerad sorgereaktion eller annan psykisk ohälsa och behöver andra långsiktiga stödinsatser. Komplicerad sorg innebär att sorgen inte minskar med tiden utan är fortsatt smärtsam och ihållande. Dessa föräldrar behöver få en plan för fortsatt stöd.

En systematisk översikt om bemötande och stöd när barn föds döda, genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) rapporterar om betydelsen av ett gott bemötande från personalen [28]. När personalens beteende inte överensstämmer med föräldrarnas förväntningar och behov har det visat sig orsaka långvarig oro och stress hos föräldrarna. Empatisk och inkännande personal har även haft positiv inverkan på

föräldrarnas minne av sitt döda barn. Föräldrar har också lyft att det är viktigt att bevara kontinuiteten i vården och möjlighet att få ett eget rum, långt från förlossningen och BB. Flera vittnar om långa stunder av ensamhet på rummet, och känsla av utsatthet och övergivenhet i situationen som helhet. Mycket av vårddagen handlar om att bearbeta det inträffade och det är fördelaktigt om erfaren personal med kunskap om att möta och behandla föräldrar i kris involveras tidigt [28].

Översikten visar också på vikten av personalens möjligheter till återhämtning, kollegialt stöd och möjlighet att samtala och diskutera med andra under arbetstid, vilket inte alltid finns. Föräldrar har återgett att de upplevt att personal gömt sig bakom det kliniska arbetet och det som borde göras enligt befintliga rutiner. Personalen å sin sida kan uppleva att de förväntas bearbeta sina upplevelser av situationen på egen hand och att det saknas tid att prata om de känslor och reaktioner som väckts i mötet med föräldrarna. Detta kan leda till distansering hos personalen, vilket i sin tur har en negativ inverkan på familjerna som behöver medmänsklighet och inte enbart bra vård ur ett medicinskt perspektiv. Det kan också finnas en osäkerhet i situationen samt en ovisshet kring eftervården bland personalen, vilket kan försvåra deras möjlighet till att ge stöd och vägledning [29] [28].

Socialstyrelsen studerade omhändertagandet av föräldrar och syskon till dödfödda barn under 2020 och identifierade regionala skillnader i bemötande och omhändertagande. Bland annat studerades 23 regionala riktlinjer och lokala vägledningar. Regionernas arbete kartlades också med enkäter till samtliga förlossningsavdelningar och till föräldrar som förlorat barn i perinatal död. Resultaten visade att det fanns en ambition att upprätthålla en god kontinuitet för de drabbade familjerna, genom att låta samma ansvarig barnmorska och läkare följa familjen på förlossningen i största möjligaste mån. Ett fåtal förlossningsavdelningar uppgav att de lät mer erfarna barnmorskor ta hand om föräldrarna och att de också försökte avlasta barnmorskan från andra arbetsuppgifter. Merparten uppgav att de kunde erbjuda föräldrarna ett eget rum och samtal med kurator innan förlossningen [75].

Däremot var det få avdelningar som kunde erbjuda kontakt med psykolog efter förlossningen. Stöd till syskon erbjöds oftast enbart vid behov, där endast ett fåtal mottagningar kunde erbjuda stöd till syskon alls. Det fanns regionala skillnader i vilka som kunde vara behjälpliga med att skapa minnen, såsom namngivningsceremoni eller att ta fotografier [75].

Även vad gällde föräldrarnas upplevelse återfanns regionala skillnader. Endast 33 procent fick något informationsmaterial innan de lämnade förlossningen. Möjlighet till återbesök varierade kraftigt mellan tio dagar till två månader och flertalet rapporterade att de då fick möjlighet att träffa en kurator, men inte psykolog [75].

I Socialstyrelsens kartläggning av regionernas arbete sågs också regionala skillnader vad gällde personalens kompetens och erfarenhet i omhändertagandet av föräldrar och syskon vid perinatal död [75]. Att ha enhetliga utbildningar för professionen i bemötande och omhändertagande är av största vikt. Riktlinjer och rutiner som inkluderar hur personalen bör omhänderta den drabbade familjen, både inom och utanför sjukhusets organisation, skapar bättre förutsättningar för ett enhetligt omhändertagande. Drygt hälften av de svarande förlossningsavdelningarna uppgav att personalen fått någon form av utbildning om bemötande och omhändertagande av mamman eller föräldrarna, exempelvis i form av endagskurs, seminarium, föreläsning av specialiserad läkare, barnmorskor eller Spädbarnsfonden.

Perinatal död kan ske under graviditet, förlossning eller under första levnadsveckan. Det gör att kunskap och erfarenhet av omhändertagande behöver finnas tillgängligt både inom mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och inom neonatalvård. Detta mål sträcker sig därmed över hela vårdkedjan.

## Fördjupning fokusområde 2: En nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård

Genom att utveckla kunskapsstyrningen och genom ökad följsamhet till riktlinjer och rekommendationer kan vården bli mer säker, och regionala skillnader minska.

Det finns en mängd olika aktörer som verkar inom kunskapsstyrningen såsom myndigheter, regionerna var för sig och genom det nationella systemet för kunskapsstyrning, kommuner, professions- och patientföreningar samt hälso- och sjukvårdens medarbetare i det dagliga arbetet. Mycket utvecklingsarbete pågår vad gäller såväl nationell samordning som stöd för implementering.

## Partnerskapet för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård

För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i Rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. I rådet för styrning med kunskap ingår Socialstyrelsen tillsammans med fem andra

myndigheter.<sup>53</sup> Inom ramen för Partnerskapet har berörda myndigheter och regionerna under 2024 kommit överens om en gemensam avsiktsförklaring som ska bidra till att kunskap sprids och tillämpas, att resultat följs upp och att ny kunskap skapas i en sammanhållen kedja [76] [32].

Sammanfattningsvis uttrycker avsiktsförklaringen att

- det behöver finnas ett strukturerat samarbete mellan partnerskapets aktörer och de målgrupper som ska använda kunskapsstöden
- inledda samarbeten mellan berörda myndigheter och regionernas kunskapsstyrningsorganisation ska fortsätta och vidareutvecklas för att åstadkomma gemensam verksamhetsplanering och sammanhållna kunskapsstöd
- parterna behöver fortsätta utveckla samarbete med fler berörda aktörer, som exempelvis lärosäten, professionsföreningar samt patient- och anhörigföreningar
- kunskapsstöden behöver presenteras på ett sätt som passar målgruppen i syfte att nå ut och i högre grad presenteras utifrån ett mottagarperspektiv snarare än ett avsändarperspektiv
- nationella kunskapsstöd behöver hänga samman, synliggöras som en helhet och presenteras utifrån vilket syfte de har och vilken målgrupp de riktar sig till
- ett större fokus behöver läggas på att implementera kunskapsstöd och regionerna ska underlätta implementeringen och verka för att bästa tillgängliga kunskap används i vården
- statliga kunskapsstöd ska följas och ligga till grund för kompletterande och mer klinisknära stöd inom områden där sådana finns [32].

Alla parter behöver förhålla sig till målen och viljeinriktningarna i den gemensamma avsiktsförklaringen som beslutades hösten 2024. De föreslagna målen och insatserna som vi presenterar i nästa avsnitt går därför i linje med avsiktsförklaringen.

Här följer en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en nationellt samordnad kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård.

## Mål 9: Vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet

Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap

---

<sup>53</sup> De fem myndigheterna är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läke medelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läke medelsförmånsverket (TLV).

och beprövad erfarenhet. Trots lagkravet finns i dag brister och därmed ett behov att fortsätta sträva efter att vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter bygger på bästa tillgängliga kunskap.

### Delmål 9.1: Tydlig roll- och ansvarsfördelning och samverkan mellan de aktörer som tar fram kunskapsstöd för vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter och neonatalvården

Kunskapsstöd för vården i samband med graviditet och förlossning, samt neonatalvården, tas fram av flera olika aktörer. Några kunskapsstöd är framtagna av myndigheter, andra av regioner, professionsföreningar eller vårdaktörer inom primärvård eller specialiserad vård.

Socialstyrelsen, SBU, Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket är exempel på myndigheter som tar fram kunskapsstöd och rekommendationer för vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter. Exempel på andra aktörer är nationellt programområde (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning, nationell arbetsgrupp (NAG) mödrahälsovård, nationellt programområde (NPO) för barn och unga, nationell arbetsgrupp (NAG) barnhälsovård, försäkringsbolaget LÖF, professionsföreningen Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svenska Neonatalföreningen.

Det är positivt att flera aktörer tar fram kunskapsstöd, men det innebär också utmaningar bland annat gällande hur roll- och ansvarsfördelningen ska se ut och hur samarbetet mellan aktörerna ska fungera. Det har lett till att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan överlappar varandra och i vissa fall till och med motsäger varandra. Det skapar otydlighet i hur olika kunskapsstöd förhåller sig till varandra och vilka som bör vara vägledande. För den som arbetar i hälso- och sjukvården kan det därför vara svårt att veta vilket kunskapsstöd som är aktuellt och bör användas. Det riskerar också att försvåra för beslutsfattare och de som arbetar i hälso- och sjukvården att använda kunskapsstöden. I förlängningen kan det leda till en ojämlig hälso- och sjukvård [77].

Det finns därför behov av en tydlig roll- och ansvarsfördelning och samverkan mellan samtliga aktörer som tar fram kunskapsstöd för vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter, samt för neonatalvården. Samarbetet mellan partnerskapets parter och professions- och specialistföreningar behöver också fortsätta utvecklas och stärkas. Det kan även behöva utvecklas samarbetsformer med de patientföreningar som berörs.

Flera aktörer som Socialstyrelsen haft dialog med lyfter att regionernas kunskapsstyrning inom området kvinnosjukvård och förlossning behöver få en bredare inriktning då den nu till stor del är medicinskt inriktad. Riktlinjer

och vårdprogram behöver involvera flera områden såsom exempelvis omvårdnad och reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. För att kunskapsstöden ska få förankring i den kliniska vardagen behöver de utvecklas av eller tillsammans med professionen, och då inte enbart den medicinska. Flera yrkesgrupper kan behöva ingå, så som exempelvis barnmorskor, psykologer och fysioterapeuter. Utan en förankring i professionen kommer kunskapsstöden inte få det genomslag som behövs.

## Delmål 9.2: Kunskapsstöd är lätt tillgängliga, hänger samman och presenteras på ett sätt som passar målgrupperna

Att nationella kunskapsstöd finns på en mängd olika plattformar idag försvårar möjligheten att få en överblick av tillgängliga kunskapsstöd inom området. Det finns därför behov av en tydligare nationell samordning av kunskapsstöden.

Nationella kunskapsstöd som tagits fram av Regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och som riktar sig till vårdpersonal samlas på 1177, men kunskapsstöd från myndigheter publiceras i stället på respektive aktörs webbplats. Professionsföreningar såsom SFOG, Barnmorskeförbundet och Neonatalföreningen publicerar också kunskapsstöd på sina respektive webbplatser.

Inom partnerskapet mellan staten och regionernas nationella system för kunskapsstyrning finns en gemensam viljeriktning om att kunskapsstöd för vårdpersonal ska samlas på 1177. I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har flera framfört att de ser ett tydligt värde i att information avsedd för både patienter, vårdgivare och beslutsfattare återfinns på eller länkas till från 1177.

Ett arbete med att länka kunskapsstöd mellan myndigheter och regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård pågår i syfte att underlätta tillgängligheten. Länkningen finns både inskrivet i kunskapsstöd och som länkar på myndigheters webbplatser och på 1177 för vårdpersonal.

## Delmål 9.3: Följsamheten är hög till nationella riktlinjer och kunskapsstöd för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter

Följsamheten till nationella riktlinjer och kunskapsstöd inom vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, inklusive neonatalvården, behöver vara hög för att uppnå en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet.

Riktlinjer och kunskapsstöd når inte alltid fram till dem som de är avsedda för. Det finns behov av att stärka förutsättningarna för och stödet till

implementeringen. Det handlar dels om att säkerställa att det i alla regioner finns en organisation som stödjer spridning och implementering av ny kunskap, dels om att stärka det nationella stödet för implementering.

Att stärka det nationella stödet kan till exempel handla om att genomföra nationella utbildningsinsatser, riktade nyhetsbrev med möjlighet till prenumeration, förarbetat material med faktarutor, bildspel, korta utbildningsfilmer samt digitala dialogseminarier med frågestund som mottagarna även kan ta del av i efterhand. En tydlig implementeringsplan med deadlines och inplanerad uppföljning kan också vara ett stöd [77].

För att uppnå ett framgångsrikt arbete lokalt behöver det finnas en väl etablerad regional struktur för att ta emot, sprida och stödja implementering av ny kunskap. En utsedd verksamhetsnära funktion med tydligt uppdrag, mandat och tid för att ta emot och stödja implementering av ny kunskap är viktig. Det behöver också finnas utrymme i verksamheten för utbildning, förkovran, reflektion och att hinna diskutera kollegor emellan [77].

Referensgruppen och andra aktörer har framfört att det är viktigt att bevara de centrala mödrahälsovårdsteam som i dag finns i alla regioner eftersom teamet har en betydelsefull roll att stödja spridning och implementering av ny kunskap, samt att samordna, omvärldsspana och genomföra verksamhetsnära uppföljning inom mödrahälsovården. Teamet har ett samordnande ansvar för alla barnmorskemottagningar i regionen och samarbetar med kollegorna i landet genom ett nationellt nätverk för mödrahälsovård. Teamet består idag av mödrahälsovårdsöverläkare, samordningsbarnmorska och samordnande/vårdutvecklande mödra- och barnhälsovårdsspsykiolog. Flera uttrycker behov av att även samordnande fysioterapeut ingår i teamet. I Socialstyrelsens dialoger har önskemål även lyfts om att det behöver utvecklas motsvarande team inom förlossningsvården.

## Fördjupning fokusområde 3: En hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet

En väl fungerande hälso- och sjukvård förutsätter ett tillräckligt antal medarbetare med rätt utbildning och kompetens. Olika faktorer påverkar vilka yrkesgrupper som behöver vara involverade i vårdkedjan vid graviditet, förlossning och tiden efter och hur många medarbetare som behövs, samt vilken kompetens de behöver ha.

Det är regionernas ansvar att planera för sin kompetensförsörjning och säkerställa att det finns personal med kompetens att bedriva en god vård

med utgångspunkt från de vårdbehov regionen ansvarar för.<sup>54</sup> Det är viktigt att regionerna arbetar strategiskt och målmedvetet för att säkerställa den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan vid graviditet, förlossning och tiden efter.

## Centrala yrkesgrupper i vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter

I den svenska vårdmodellen har barnmorskan en central roll i samband med graviditet och förlossning. Modellen som infördes på 1930-talet innebär att barnmorskan självständigt handlägger vid normal graviditet, förlossning och postnatalperiod. I samarbete med andra professioner ska barnmorskan ha kompetens att handlägga även komplicerad graviditet, förlossning och postnatalperiod.

Barnmorskan hanterar självständigt förlossningar med låg risk för komplikationer, och behöver tidigt kunna identifiera avvikelser och varningssignaler i förlossningsförloppet som kräver att förlossningsläkaren deltar i vården. Vid komplicerade eller akuta tillstånd under förlossningen bistår barnmorskan förlossningsläkaren. De samarbetar också vid förlossningar med hög risk för komplikationer och avvikande förlopp<sup>55</sup> [78] [8]. Inom neonatalvården utgörs teamet kring barnet av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/barnskötare/omvårdnadsassistenter i nära samarbete med föräldrarna för att ge barnen bästa möjliga vård och omvårdnad.

Andra yrkesgrupper behöver också i varierande utsträckning vara involverade i vården, så som exempelvis psykologer och kuratorer, psykiatriker och andra specialistläkare, fysioterapeuter och dietister, urologer och uroterapeuter, specialistutbildade barnsjuksköterskor och barnläkare.

I nästa avsnitt ger vi en fördjupad bakgrund och motivering till samtliga mål och delmål för en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet.

## Mål 10: Tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och multiprofessionella team som möter vårdbehovet

Tillgången till vårdpersonal i samband med graviditet och förlossning varierar över tid, samt mellan och inom regioner. Det är generellt sett

---

<sup>54</sup> Enligt 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet bland annat finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

<sup>55</sup> 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:64) om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården.

svårare att rekrytera medarbetare till glesbygdsområden och till orter som ligger långt från lärosäten. I dagsläget saknas tillräckligt bra officiell statistik för att kunna följa tillgång och efterfrågan på vårdpersonal inom hälso- och sjukvårdens olika verksamheter [79] [34] [33].

## Yrkesgrupper och kompetenser som behöver stärkas

Förekomsten av riskfaktorer, såsom högt BMI, hög ålder och psykisk ohälsa, har ökat bland gravida och födande vilket kan föranleda extra vårdåtgärder. Andelen som får stödåtgärder för förlossningsrädsla har också ökat. Vidare har andelen utrikesfödda ökat bland gravida vilket ställer ökade krav på individanpassning för att säkerställa att vården är trygg och säker. Flera olika yrkesgrupper och verksamheter behöver involveras i vården för att de gravida som identifieras i mödrahälsovården med behov av utökat stöd eller riktade insatser ska kunna tas om hand och erbjudas individanpassad uppföljning, vård eller stöd.

## Tillgång till läkare i mödrahälsovården behöver stärkas

Flera regioner uppger att tillgången till läkare i mödrahälsovården behöver stärkas för att möta vårdbehovet hos gravida. När en eller flera riskfaktorer identifieras eller komplikationer uppstår under graviditeten ska barnmorskan konsultera läkare. Barnmorska och läkare ska då arbeta tillsammans i team runt den gravida för att säkerställa hög kvalitet med så bra utfall som möjligt för både mamma och barn.

Det är viktigt att ha tillgång till läkare på eller i anslutning till barnmorskemottagningen som är kunniga i frågor som rör graviditet. I takt med att allt fler gravida har fler riskfaktorer, sjukdomar och tillstånd som hög ålder, psykisk ohälsa, obesitas, graviditetsdiabetes och sköldkörtelsjukdomar, är behovet av läkarbedömningar och graviditetsplaneringar stort i dag. Det avspeglas även i att allt fler regionala riktlinjer för olika tillstånd även innehåller läkarbedömning i handläggningen.

I takt med att delar av vården har flyttats till öppenvården för att värna sjukhusens resurser har behovet av tillgång till läkare inom mödrahälsovården ökat. Den faktiska tillgången till läkare har dock inte ökat och i flera regioner finns utmaningar med att rekrytera läkare till barnmorskemottagningar. Det medför att gravida behöver söka vård på sjukhus för att få en läkarbedömning, även för mindre akuta besvär som hade kunnat hanteras av läkare inom mödrahälsovården.

## Barnmorskebemanning på BB behöver säkerställas

Flertalet förlossningskliniker har under perioder då det varit svårt att rekrytera och behålla barnmorskor prioriterat att ha barnmorskor på förlossningsavdelningen, och samtidigt bemannat en del av barnmorsketjänsterna på BB med sjuksköterskor [34]. Flertalet av de aktörer

som Socialstyrelsen har fört dialog med menar att BB-vårdens kvalitet påverkas negativt till följd av detta och att målsättningen bör vara att BB i första hand ska bemannas med barnmorskor. Arbetsbördan på BB kan vara tung, bland annat till följd av att allt fler mammor och barn som vårdas på BB har riskfaktorer eller är sjuka.

Det är även viktigt att inte vårda för många mammor och barn per barnmorska för att uppnå en rimlig arbetsbörda som gör det attraktivt att arbeta på BB. Tillräcklig barnmorskebemanning på BB behöver säkerställas och anpassas utifrån förändringar i patientunderlaget för att upprätthålla kvalitet i verksamheten och möta vårdbehovet hos nyblivna mammor och barn som vårdas på BB. Det behöver även finnas tid och utrymme att till exempel främja hud-mot-hudkontakt, ge amningsstöd, och kunna arbeta personcentrerat. Det är även viktigt att alla föräldrar ges möjlighet att samtala om förlossningsupplevelsen innan eller efter de lämnar sjukhuset, vilket förutsätter en viss nivå av bemanning.

### Tillgång till psykologer med kompetens i perinatal psykisk hälsa

Mödrahälsovården har uppdraget att stödja föräldrablivandet, att arbeta främjande för psykisk och social hälsa och välmående under graviditet samt identifiera psykisk ohälsa och sociala riskfaktorer hos gravida och nyblivna mammor. I de flesta regioner finns tillgång till psykolog inom mödra- och barnhälsovården, så kallade mbhv-psykologer. De arbetar med bland annat föräldraskapsstöd, psykisk ohälsa relaterat till föräldraskap, förlossning och det väntade barnet. De arbetar även med konsultation till barnmorskor i mödrahälsovården och BHV-sjuksköterskor inom barnhälsovården [9]. I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen har det framförts att tillgången till mödra- och barnhälsovårdspsykologer är ojämn i landet.

Vid psykisk sjukdom eller tillstånd som kräver insatser från specialiserad psykiatri krävs väl utarbetade rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, förlossningen och specialistpsykiatrin. Även inom psykiatrin behöver det finnas läkare, psykologer och sjuksköterskor som har kompetens i perinatal psykiatri. Denna kompetens behöver stärkas inom psykiatrin i flertalet regioner, enligt de experter som Socialstyrelsen fört dialog med.

Inom neonatalvården och förlossningsvården behöver det också i högre grad finnas tillgång till psykolog på avdelningarna som både kan stödja föräldrarna och vårdpersonal under tiden barnet vårdas eller i händelse av akut kris. Detta gäller både för de som har omfattande behov av stöd och behandling, exempelvis vid akut stressreaktion eller komplicerad sorg, och för de som inte har det.

## Ökad tillgång till vårdpersonal med kunskap i amning och amningsstöd

För att säkerställa en god start för både barn och föräldrar behövs fler barnmorskor och läkare med fördjupad kunskap i amning och bröstkomplikationer i samband med amning. Amning har stora hälsovinster för både barnet och den ammande, men många nyblivna mammor upplever svårigheter som kan leda till att de avslutar amningen tidigare än önskat. Individanpassat stöd från kunnig personal, tidigt under graviditeten och direkt efter förlossningen, är avgörande för att främja trygghet, stärka föräldrakompetens och öka amningsfrekvensen i stort. Att satsa på kompetens inom detta område är därför viktigt.

## Tillgång till språk och kulturtolkar behöver öka

Många gravida, födande och nyblivna föräldrar har inte svenska som modersmål. God kommunikation är avgörande för att säkerställa att patienter får korrekt information om sin hälsa och vård och för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Bristande kommunikation kan leda till missförstånd, men även till felaktiga diagnoser och behandling, och potentiellt livshotande situationer. Tolkar kan hjälpa till att överbrygga dessa språkbarriärer.

Att ha tillgång till en utbildad och certifierad tolk kan även minska stress och oro hos den gravida eller födande och hennes partner, och skapa en mer trygg och stödjande miljö där de kan göra sig förstådda.

Som vi uppmärksammat tidigare saknas ofta tillgång till tolk i vården. Några få regioner har ett etablerat samarbete med så kallade kulturdoulor. Kulturdoula är en stödperson som ger icke-svensktalande kvinnor och familjer med flykting- eller invandrarbakgrund stöd under graviditet, förlossning och första tiden med barnet. Kulturdoulan har kulturell och språklig kompetens från såväl ursprungslandet som från Sverige. Kulturdoulan har kunskap om svensk förlossningsvård och erfarenhet av att ge stöd under förlossningen. Stödet ges på det språk den födande kvinnan talar. Kulturdoulan säkerställer att familjen tillgodogör sig vårdgivarens information och hjälper kvinnan att hamna rätt i kontakt med vården. Hon blir en länk mellan kvinnan och vårdpersonalen [80].

## Fysioterapeutens roll behöver stärkas

Fysioterapi lyfts i flera nationella riktlinjer och rekommendationer för gravida eller kvinnor som fött barn, både från Socialstyrelsen och från Folkhälsomyndigheten [9] [81] [82] [47] [83] [10].

Av Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen framkommer att fysioterapeutens roll behöver stärkas både under graviditeten och efter förlossningen. Synpunkter har framförts om att det inom mödrahälsovården behöver finnas tillgång till konsultativt stöd av fysioterapeut och att det är

önskvärt att samordnande fysioterapeuter ingår i det centrala mödrahälsovårdsteam som finns i varje region.

Tillgången till fysioterapeuter med vidareutbildning eller specialistutbildning inom obstetrik, gynekologi och urologi är låg i landet och även ojämnt fördelad över landets regioner. Tillgången till fysioterapeuter med denna kompetens behöver stärkas i flertalet regioner i syfte att tillgodose vårdbehovet hos gravida och kvinnor som fött barn.

Regionerna behöver bidra till kompetensutveckling för att öka möjligheten för fysioterapeuter att fördjupa sig inom området, till exempel genom uppdragsutbildning som arbetsgivaren bekostar. Experter vittnar om att många av de fysioterapeuter som har vidareutbildat sig inom området obstetrik, gynekologi och urologi har drivit och bekostat sin utbildning själva.

### **Delmål 10.1: Samtliga regioner säkerställer kontinuerlig kompetensutveckling samt möjlighet till specialisering för vårdens personal i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter**

Hälso- och sjukvårdens verksamheter utvecklas kontinuerligt. För att säkerställa en god och patientsäker vård behöver vårdpersonalen ges möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling och fortbildning. Dels för att bli skickligare i sitt yrkesutövande, dels för att få ny kunskap att tillämpa för nya arbetsuppgifter och bli tryggare i sin yrkesroll. Möjligheten för vårdpersonal att få löpande kompetensutveckling, samt att kunna fördjupa och specialisera sig och utvecklas i sin yrkesroll behöver stärkas och säkerställas i regionerna.

### **Kompetensutveckling och specialisering**

Nationella vårdkompetensrådet har belyst hur länge olika yrkesgrupper stannar i vården. Andelen som arbetar i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år med legitimation [79]. Det är viktigt att förstå mer om orsakerna till att viss hälso- och sjukvårdspersonal väljer att lämna yrket efter ett antal år. En av förklaringarna till det kan vara bristfälliga möjligheter till karriärutveckling och specialisering. I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen och andra aktörer har det framkommit att möjligheten till specialisering behöver förbättras för flera yrkesgrupper i vården i samband med graviditet, förlossning och tiden efter.

### **Möjlighet till utbildning i ultraljud för barnmorskor och läkare**

I Socialstyrelsens dialoger med referensgruppen framkommer behovet av att utbilda fler barnmorskor och läkare inom ultraljud. Referensgruppen vittnar om att flera barnmorskor och läkare med erfarenhet och kompetens inom ultraljud förväntas gå i pension inom en tioårsperiod. I dag finns heller ingen

särskild högskoleutbildning för att bli ultraljudsbarnmorska eller ultraljudsläkare. Tidigare har det funnits en högskoleutbildning på 30 poäng vid Karolinska Institutet. Barnmorskor som vill arbeta med ultraljud men som saknar formell kompetens får söka sig till en fostermedicinsk enhet och lära sig på plats med stöd av erfarna kollegor. Ibland utlyses särskilda så kallade utbildningstjänster. Efter upplärningsperioden kan barnmorskan då gå en veckas utbildning genom professionsföreningen SFOG:s grundkurs i ultraljud. Kursen utformas av Ultra-ARG som är en arbetsgrupp inom SFOG inriktad mot ultraljud.

Regionerna behöver se över sin tillgång till barnmorskor och läkare med kompetens inom ultraljud och möjliggöra att fler kan utbildas utifrån regionens behov.

### Specialisering för Fysioterapeuter

Grundutbildningen till fysioterapeut erbjuder ingen eller mycket lite av den kunskap fysioterapeuten behöver för att behandla gravida och nyförlösta. I Socialstyrelsens dialoger framkommer att fysioterapeuter som profession behöver få bättre möjligheter att specialisera sig inom obstetrik, gynekologi och urologi. För att möjliggöra specialisering behövs fler högskolepoänggrundade kurser på minst 7,5 poäng inom obstetrik, gynekologi och urologi för fysioterapeuter.

I dagsläget finns det bara två ämnesspecifika universitetskurser inom området bäckenbotten som riktar sig till fysioterapeuter, den ena ges vid Göteborgs universitet och den andra vid Karolinska Institutet i Stockholm.

### Specialisering inom neonatologi för sjuksköterskor

I dagsläget saknas specialistsjuksköterskeutbildning som fokuserar på barn i nyföddhetsperioden. De sjuksköterskor som arbetar på landets neonatalavdelningar är ofta antingen grundutbildade sjuksköterskor, specialistutbildade sjuksköterskor inom barn- och ungdom, anestesi eller intensivvård, eller barnmorskor. De flesta nyanställda sjuksköterskorna på neonatalavdelning behöver därför en relativt lång upplärningsperiod med mycket stöd praktiskt innan de självständigt kan utföra sina arbetsuppgifter, vilket i sin tur ökar arbetsbördan för mer erfaren personal [61].

Flera verksamhets- och professionsföreträdare efterlyser en specialistutbildning för sjuksköterskor med särskild inriktning mot neonatologi (nyföddhetsperioden) som är bättre anpassad till de krav som ställs på personalen inom neonatalvården i dag [61]. Även i Socialstyrelsens dialoger framkommer behovet av en specialisering för sjuksköterskor med tydligare inriktning mot neonatalvård. I dagsläget ges fristående kurser som berör olika områden inom neonatologin. Kurserna inbegriper endast teoretiska färdigheter och ingen möjlighet till praktik i den kliniska verksamheten.

## Vidareutbildning och kurser i perinatal psykologi

Den vårdpersonal som möter kvinnor inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter behöver ha kompetens i perinatal psykisk hälsa. För att möjliggöra detta behöver möjligheten till fortbildning och specialisering inom perinatal psykisk hälsa förbättras.

Det finns behov av grundutbildning som riktar sig brett till vårdpersonal som möter gravida och nyblivna mammor, och av vidareutbildning på universitet för de som arbetar med bedömning, vård och behandling vid psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i samband med graviditet, förlossning och tiden efter. Flera yrkesgrupper så som psykologer, läkare, sjuksköterskor och socionomer behöver få grundläggande kunskaper inom perinatal psykiatri. Nationellt samordnade utbildningsinsatser föreslås därför.

Möjlighet till vidareutbildning kring perinatal psykisk ohälsa på universitet behöver finnas för barnmorskor, psykiatrisjuksköterskor och distriktssköterskor. De psykologer och specialistläkare som arbetar med bedömning, vård och behandling för patientgruppen (inom exempelvis primärvård och specialiserad psykiatri) behöver få möjlighet till utbildning och även säkerställas möjlighet till kontinuerlig vidareutbildning.

## Nationellt samordnade utbildningsinsatser för vårdpersonal föreslås

Kompetenshöjande insatser för vårdpersonal behövs inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter. För att möta gemensamma utmaningar inom vården mer effektivt föreslår Socialstyrelsen att nationellt samordnade utbildningsinsatser för vårdpersonal utvecklas. Utbildningsinsatser för vårdpersonal utvecklas ofta lokalt och parallellt i regioner och verksamheter trots att behoven i många fall är likartade. Genom att utveckla nationellt samordnad utbildning kan kompetensutveckling för vårdpersonal effektiviseras och dubbelarbete undvikas. Det kan även bidra till en jämnare kompetensnivå, utjämna skillnader i arbetssätt mellan regioner och därmed bidra till en mer jämlik vård. Ett sätt skulle kunna vara att utveckla och samla nationellt framtaget utbildningsmaterial som kan användas i regionerna och på arbetsplatser och stödja fortbildning för personal i vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Ett förslag är att utbildningsmaterial samlas på Kunskapsguiden. Kunskapsguiden är en webbplats som samlar kunskapsstödjande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Kunskapsguiden samlar publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer, checklistor och andra kunskapsstödjande produkter för de som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Exempel på prioriterade områden för nationellt samordnade utbildningar är

- amning
- fosterdiagnostik

- obesitas vid graviditet och förlossning
- perinatal psykisk hälsa
- skadligt bruk och beroende i samband med graviditet, förlossning och tiden efter
- bemötande och omhändertagande av föräldrar i kris
- våld och sexuellt våld samt könsstympning.

## Delmål 10.2: Samtliga regioner har goda förutsättningar att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens i berörda verksamheter

En grundläggande förutsättning för att uppnå en hållbar kompetensförsörjning som möter vårdbehovet är att regionerna har goda förutsättningar att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens.

Möjligheten att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens påverkas av flera olika faktorer, så som till exempel arbetsgivarens attraktivitet, geografiskt läge, arbetsmiljö och arbetsvillkor, ledarskap och styrning samt hur många som utbildas och examineras.

Flertalet rapporter om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården visar att regionerna behöver arbeta mer aktivt med att skapa goda arbetsvillkor och attraktiva arbetsplatser. Arbetsgivaren har ansvar för att göra villkoren attraktiva, där bland annat goda karriärmöjligheter och en positiv löneutveckling är viktigt [79].

Antalet barn som föds har minskat sedan 2016 med en kraftigare nedgång sedan 2021.<sup>56</sup> Arbetsbelastningen i mödrahälsovården och förlossningsvården beskrivs som fortsatt hög trots minskade födelsetal. En förklaring till det är att det är fler gravida och födande med riskfaktorer och särskilda behov. Det kräver hög tillgänglighet för bedömning av både fysiska och psykiska besvär genom hela vårdkedjan, samt tillräcklig bemanning och utrymme i verksamheten för att kunna anpassa besöksstider, antalet besök hos barnmorskan eller på andra sätt individanpassa information och stöd. Ett ökat antal nyanlända och asylsökande behöver tillgång till tolk och erbjudas längre tid vid besök hos barnmorskan.

Arbetsbelastningen i mödrahälsovården, förlossningsvården och neonatalvården har även ökat över tid bland annat på grund av ändrade rutiner och arbetssätt. Barnmorskans arbetsuppgifter inom mödrahälsovården har förändrats i takt med införandet av allt fler medicinska kontroller och tester. Omfattningen av det hälsofrämjande och

---

<sup>56</sup> Medicinska födelseregistret.

förebyggande folkhälsoarbetet har ökat, och det är ett ökat fokus på den psykiska hälsan hos de blivande föräldrarna [34].

Det har även skett en stor ökning av andelen inductioner vilket påverkar behovet av personal i förlossningsvården eftersom igångsatta förlossningar ofta har ett långsammare förlopp och medför en längre tid på förlossningen för den födande [84]. Exempel på andra ändrade arbetsätt i förlossningsvården som kan påverka hur verksamheten behöver bemannas är en födande i aktiv förlossning per barnmorska, två barnmorskor i slutskedet av förlossningen samt två utförare vid bedömning och diagnostisering av förlossningsbristningar [34].

På en förlossningsavdelning finns utmaningar kopplade till att många arbetspass utförs helt eller delvis på obekvämt arbetstid. Förlossningarna fördelar sig jämnt över dygnets timmar och veckans dagar. Det innebär att bemanningen behöver vara jämn mellan dagar, kvällar och nätter, inklusive under storhelger och semesterperioder [33].

Det finns flera insatser som kan bidra till att stärka förutsättningarna att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens i vården. Introduktions- och mentorskapsprogram för nyanställda kan bidra till att nya medarbetare får bra introduktion och stöd från erfarna kollegor, vilket i sin tur kan leda till att fler väljer att stanna kvar i verksamheten. Arbetsättet en födande i aktiv förlossning per barnmorska bedöms bidra till såväl ökad attraktivitet för barnmorskeyrket som en förbättrad arbetsmiljö för de som arbetar i förlossningsvården, och samtidigt säkerställa trygghet för den födande [34]. Gott ledarskap med teamarbete mellan olika professioner är också betydelsefullt. Attraktiviteten i yrket kan öka genom att skapa förutsättningar för och stärka teamarbete, där professionernas olika kompetenser tas tillvara såväl i det kliniska arbetet som i ledning och styrning av verksamheten [34].

Idag varierar antalet gravida per barnmorska mellan regioner och mottagningar och hur många nyblivna mammor och barn en barnmorska på BB ansvar för. Det kan leda till en ojämlik vård, där stöd och tid till gravida och nyblivna mammor varierar beroende av bostadsregion. Gemensamma nationella riktvärden för antal gravida/mammor/barn per vårdpersonal i både mödrahälsovården, BB-vården och neonatalvården kan bidra till en jämnare belastning och mer jämlik vård mellan och inom regioner. Dessa riktvärden behöver ta hänsyn till vårdtyngden hos både mamman och barnet.

Insatserna går i linje med förslag som framförts i tidigare rapporter för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården [33] [34] [79].

### Delmål 10.3: Samtliga regioner har goda förutsättningar för den verksamhetsnära chefen att leda och utveckla verksamheten i mödrahälsovården, förlossningsvården och neonatalvården

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är verksamhetschefen den som har ansvaret för verksamheten och för hur vården bedrivs. Det innebär att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.<sup>57</sup>

Ett gott ledarskap är även viktigt både för att kunna rekrytera och behålla personal. Ett gott ledarskap innebär till exempel förmågan att leda utveckling, fördela arbetet och tydligt visa vilka arbetsområden som är prioriterade. Chefen ska bidra till att skapa en god arbetsmiljö och uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning [33] [34] [79].

Förutsättningarna för de verksamhetsnära cheferna i hälso- och sjukvården behöver stärkas. Cheferna inom förlossningsvården har ett komplext uppdrag som omfattar både administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakt med medarbetare. Vissa av cheferna arbetar även kliniskt för att täcka bemanningsbehov samtidigt som de ofta ansvarar för ett stort antal medarbetare. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kartläggning av bemanningssituationen på tio förlossningskliniker visade att antalet medarbetare per chef var högt på samtliga kliniker, 25–80 stycken, med högst antal på de största klinikerna [33].

#### Chefens förutsättningar kan stärkas genom stödstrukturer och ledarskapsprogram

En viktig del i att stärka chefernas förutsättningar är att säkerställa att chefer har tillgång till stödstrukturer, såsom HR, ekonomi och administrativt stöd för planering av bemanning, och att ledarskapsfrågan är prioriterad inom organisationen genom exempelvis ledarskapsutbildningar och strategiskt utvecklingsarbete kopplat till ledarskap [79] [33]. Regionerna kan bidra till att stärka chefernas förutsättningar genom att säkerställa att det finns stödstrukturer samt ledarskapsprogram för verksamhetsnära chefer som inkluderar ledning och utveckling av den patientnära verksamheten.

Brist på stödstrukturer begränsar chefernas möjligheter att vara närvarande i verksamheten, skapa en god arbetsmiljö och uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning [33].

---

<sup>57</sup> 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

## Referenser

- [1] Socialstyrelsen, Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning, Socialstyrelsen, 2025.
- [2] Folkhälsomyndigheten, Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) - En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen, Folkhälsomyndigheten, 2020.
- [3] Inspektionen för vård och omsorg, Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. Delredovisning II av regeringsuppdrag (S2023/00971), Inspektionen för vård och omsorg, 2024.
- [4] Socialstyrelsen, ”Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda,” [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>. [Använd 10 06 2025].
- [5] Karolinska institutet, ”Sverige världsledande på att rädda för tidigt födda barn,” 02 07 2020. [Online]. Available: <https://nyheter.ki.se/sverige-varldsledande-pa-att-radda-for-tidigt-fodda-barn/>. [Använd 05 06 2025].
- [6] Socialstyrelsen, Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer: Våld i nära relationer. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och tandvården, Stockholm: Socialstyrelsen, 2025.
- [7] Socialstyrelsen, Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården, Socialstyrelsen, 2023.
- [8] Socialstyrelsen, Graviditet, förlossning och tiden efter - Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå, Socialstyrelsen, 2022.
- [9] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser, Socialstyrelsen, 2025.
- [10] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer, Socialstyrelsen, 2023.
- [11] Socialstyrelsen, Könstymning hos gravida. Nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsovården och förlossningsvården, Socialstyrelsen, 2024.
- [12] Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård: Kunskapsstöd för kvinnosjukdomar och förlossning, Fosterdiagnostik – kartläggning och rekommendationer, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning, 2022.

- [13] Socialstyrelsen, Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov - En enkätundersökning och fokusgruppsamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd, Socialstyrelsen, 2019.
- [14] M. Barimani, A. Vikström, M. Rosander, K. Forslund Frykedal och A. Berlin, "Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents," *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. sep; 31(3), pp. 537-546, 2017.
- [15] A. Entsieh och I. Hallström, "First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation—A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature," *Midwifery*, vol. aug; 39, pp. 1-11, 2016.
- [16] P. Pålsson, Antenatal preparation for the early parenthood period, Lunds Universitet, 2020.
- [17] Socialstyrelsen, "Statistik om amning," 05 02 25. [Online]. Available: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/amning/>. [Använd 05 06 25].
- [18] Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet, "Room4Birth - ett multidisciplinärt forskningsprojekt," 28 05 24. [Online]. Available: <https://www.gu.se/forskning/room4birth>. [Använd 05 06 25].
- [19] Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Konsumentverket, Nationell amningsstrategi 2022-2027, Livsmedelsverket, 2022.
- [20] Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket, Tio steg som främjar amning baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018), Socialstyrelsen, 2018.
- [21] Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, Kunskapsstöd initial obruten hud-mot-hudkontakt och samvård., Nationellt programområde barns och ungdomars hälsa, 2024.
- [22] Y. Skogsdal , P. Conner, C. Elvander, C. Hed, M. Algovic, M. Algovik, K. Petersson, M. Bjelke, M. Granfors, T. Svanvik och på uppdrag av Graviditetsregistret, Graviditetsregistrets Årsrapport 2023, Graviditetsregistret, 2024-09-27.
- [23] Socialstyrelsen, Normalförlossning - En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer, Socialstyrelsen, 2023.
- [24] Svenska Neonatalvårdsföreningen, "Nationell rekommendation - Arbetsgruppen för Transporter och Centralisering," 2019. [Online]. Available: <https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2019/05/Nationell-rekommendation-SNF-TransCent-april-2019.pdf>. [Använd 10 06 2025].
- [25] SFOG och Svenska Neonatalföreningen, "Handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn föra vecka 27," 06 2024. [Online].

Available: [https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2024/04/Nationella-riktlinjer-extremfortidsbord-apr-24\\_FINAL.pdf](https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2024/04/Nationella-riktlinjer-extremfortidsbord-apr-24_FINAL.pdf). [Använd 10 06 2025].

- [26] Neonatalvårdsregistret, Neonatalvårdsregistrets årsrapport 2023: Utveckling av kvalitetsindikatorer åren 2019-2023, Stockholm: Neonatalvårdsregistret, augusti 2024.
- [27] Socialstyrelsen, Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer. Nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal, Socialstyrelsen, 2021.
- [28] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Bemötande och stöd när barn föds döda: en systematisk översikt, Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2022.
- [29] Socialstyrelsen, Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd, Socialstyrelsen, 2022.
- [30] M. Andersson, "Preeclampsia from a Patient Perspective," *Faculty of Medicine*, p. 134, 2025.
- [31] S. Gidlöf och H. Nisell, "ABC om Preeklampsi," *Läkartidningen*, 20 12 2010.
- [32] Socialdepartementet. Protokoll vid regeringssammanträde 2024-03-21, Bemyndigande att underteckna en avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården (S2024/00637).
- [33] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, I tid och otid. En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården., Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2023:5.
- [34] Nationella vårdkompetensrådet, Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården, Nationella vårdkompetensrådet, 2023.
- [35] Socialdepartementet. Regeringsbeslut 2025-02-20. S2023/00970. S2025/00314 (delvis), 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, Socialdepartementet, 2025.
- [36] Sveriges kommuner och regioner, Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa, Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2023, Sveriges Kommuner och regioner, 2024.
- [37] Socialstyrelsen, Nationellt basprogram för graviditetsövervakning. Bilaga 2 i Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser, Socialstyrelsen, 2025.

- [38] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2023:4.
- [39] R. Eikemo, "Supporting maternal health and wellbeing in the perinatal period : the impact of midwifery care, Thesis for Doctoral Degree (Ph.D.)," *Karolinska Institutet*, 2025.
- [40] Socialstyrelsen, Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende, Socialstyrelsen, 2024.
- [41] Socialstyrelsen, Risker med övervikt och fetma vid graviditet fokus på gravida med ett högt BMI, Socialstyrelsen, 2019.
- [42] RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter, Hbtq-kompetens. Kunskapsstöd för dig som arbetar med blivande och nyblivna föräldrar, RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter, 2021.
- [43] S. Klittmark, A. Malmquist, G. Karlsson, A. Ulfsson, H. Grundström och K. Nieminen, When complications arise during birth: LGBTQ people's experiences of care., *Midwifery*. 2023;121:103649. doi:10.1016/j.midw.2023.103649, 2023.
- [44] Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, Socialstyrelsen, 2022.
- [45] Socialstyrelsen, Kvinnlig könsstympning - Ett samtalsstöd för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen, 2024.
- [46] Socialstyrelsen, "Stöd inom försäkringsmedicin - Graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmärta (inklusive symfyseolys)," 09 05 2018. [Online]. Available: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/graviditet/graviditetsrelaterad-rygg--och-backensmarta-inklusive-symfyseolys/>. [Använd 22 04 2025].
- [47] Folkhälsomyndigheten, Riktlinjer och rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande - Främja fysisk aktivitet och minska stillasittande, Folkhälsomyndigheten, 2023.
- [48] Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi , Analys av foster-DNA i kvinnans blod: icke-invasiv fosterdiagnostik (NIPT) - SFOG riktlinje 2016, framtagen av Ultra ARG tvärprofessionellt, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, 2016.
- [49] Svenskt nätverk för information kring fosterdiagnostik (SNIF), [Online]. Available: <https://nnkkf.n.nu/>. [Använd 20 05 2025].
- [50] Sveriges Kommuner och Regioner, Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa. Bilaga 3 - Resultat från Graviditetsenkäten 2023, Sveriges Kommuner och Regioner, 2024.

- [51] Socialdepartementet, En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd, Stockholm: Regeringskansliet, 2018.
- [52] Myndigheten för Familjerätt och Föräldraskapsstöd, ”Föräldraskapsstöd till blivande föräldrar,” 16 06 2022. [Online]. Available: <https://mfof.se/foraldraskapsstod/brottsforebyggande-foraldraskapsstod/foraldraskapsstod-till-blivande-foraldrar.html>. [Använd 20 05 2025].
- [53] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020.
- [54] Socialdepartementet. Regeringsbeslut 2023-08-10, Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga, Socialdepartementet, 2023.
- [55] I. Blixt, O. Axelsson och E.-L. Funkquist, ”Partners’ experiences of breastfeeding: a qualitative evaluation of a breastfeeding support intervention in Sweden,” *International breastfeeding journal*, 18 01 2024.
- [56] K. Uvnäs-Moberg, A. Ekström-Berg, M. Berg, S. Buckley, Z. Pajalic och E. e. a. Hadjigeorgiou, ”Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin.,” *BMC Pregnancy Childbirth*, 09 08 2019.
- [57] A. Widström, K. Brimdyr, K. Svensson, K. Cadwell och E. Nissen, ”Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice.,” *Acta Paediatrica*, pp. 1192-1204, 13 03 2019.
- [58] Karolinska Institutet, ”Hud-mot-hudkontakt direkt efter födelsen förbättrar överlevnaden hos för tidigt födda,” [Online]. Available: <https://nyheter.ki.se/hud-mot-hudkontakt-direkt-efter-fodelsen-forbattar-overlevnaden-hos-for-tidigt-fodda>. [Använd 05 06 25].
- [59] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2021.
- [60] Rikshandboken barnhälsovård för professionen, ”Barnhälsovårdens nationella program,” 22 02 2018. [Online]. Available: <https://www.rikshandboken-bhv.se/verksamhetsriktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/>. [Använd 03 06 2025].
- [61] Sveriges Kommuner och Regioner, Neonatalvården i fokus. Trygg hela vägen – före, under och efter graviditet, Sveriges Kommuner och Regioner , 2018.
- [62] E. group, ” One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden,,” *JAMA*, vol. 21, nr 301, pp. 2225-33, 2009.
- [63] U. Ådén, K. Lindström och F. Elisabeth, ”Ni hjälpte oss att överleva som nyfödda – men hur ska vi leva?,” *Läkartidningen*, 2023.

- [64] Socialstyrelsen, Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023, Socialstyrelsen, 2024.
- [65] D. Spatz, S. Álvarez Rodríguez, S. Benjilany, B. Finderle, A. von Gartzen, A. Yates och J. Brumley, "Proactive Management of Lactation in the Birth Hospital to Ensure Long-Term Milk Production and Sustainable Breastfeeding," *Midwifery Womens Health*, pp. 343-349, 26 12 2024.
- [66] B. F. Pados, "State of the Science on the Benefits of Human Milk for Hospitalized, Vulnerable Neonates," *Nurs Womens Health*, pp. 121-140, 27 (2) April 2023.
- [67] C. G. Victoria, R. Bahl, A. Barros, G. Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. Sankar, N. Walker och N. C. Rollins, "Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect," *Lancet*, pp. 475-490, 30 Januari 2016.
- [68] D. L. Spatz , S. Álvarez Rodríguez , S. Benjilany , B. Finderle , A. von Gartzen , A. Yates och J. Brumley , "Proactive Management of Lactation in the Birth Hospital to Ensure Long-Term Milk Production and Sustainable Breastfeeding," *Midwifery Womens Health*, pp. 343-349, Mars-April; 70(2) 2025.
- [69] Sveriges Kommuner och Regioner, Graviditetsenkätens fritextsvar. Kvinnors erfarenhet av vården under och efter graviditet. 1 december 2020-31 maj 2022, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022.
- [70] Socialstyrelsen, Kunskapsstöd för vården till kvinnor efter förlossning. En översikt av befintliga kunskapsstöd och kartläggning av önskemål om och behov av nya kunskapsstöd, Socialstyrelsen, 2017.
- [71] Svenska barnhälsovårdsregistrets statistikportal, [Online]. Available: <https://bhvqportal.compos.se/report/5>. [Använd 30 05 2025].
- [72] Socialstyrelsen, Kartläggning av vårdtillfällen i specialistvård efter förlossning, Socialstyrelsen, 2025.
- [73] M. Barimani och A. Vikström, "Improving postnatal care in Sweden - Midwives have a key role," *Sexual & Reproductive Healthcare*, pp. 78-79, 2018.
- [74] C. Johansson, M. Edqvist, A. Bonnevier, M. Vilhelmsen och C. Rubertsson, "Swedish women's suggestions for health care improvements during the first year after birth: A qualitative study of free-text answers given within a randomized controlled trial," *Sexuel & Reproductive Health care*, volyme 44, 06 2025.
- [75] Socialstyrelsen, Omhändertagande av föräldrar och syskon till dödfödda barn, Socialstyrelsen, 2020.

- [76] Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, En gemensam och sammanhållen kedja för kunskapsstyrning, Stockholm: Partnerskap till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2024.
- [77] Socialstyrelsen, Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap. Utifrån vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter, Socialstyrelsen, 2023.
- [78] Socialstyrelsen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om erkännande av yrkeskvalifikationer HSLF-FS 2016:64, Socialstyrelsen, 2016.
- [79] Nationella vårdkompetensrådet, Nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, Nationella vårdkompetensrådet, Rapport 2024:2.
- [80] Kulturdoula Stockholm, "Kulturdoula Stockholm," [Online]. Available: <https://kulturdoula.se/>. [Använd 04 06 2025].
- [81] Socialstyrelsen, Gränsvärden för graviditetsdiabetes. Stöd för beslut om behandling, Kompletterande kunskapsstöd. Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen, 2015.
- [82] Socialstyrelsen, "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmäta (inklusive symfyseolys)," [Online]. Available: <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/graviditet/graviditetsrelaterad-rygg--och-backensmarta-inklusive-symfyseolys/>. [Använd 22 04 25].
- [83] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer 2025: Bäckebottendysfunktion. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen, 2025.
- [84] Socialstyrelsen, Utveckling av förlossningsvården - kartläggning och analys. Slutrapport november 2022, Socialstyrelsen, 2022.
- [85] S. Björkman, "Vården behöver bli bättre på att fånga upp gravida som kan vara våldsutsatta," Vårdfokus, 07 04 2025. [Online]. Available: <https://www.vardfokus.se/barn-och-ungdom/varden-behoover-bli-battare-pa-att-fanga-upp-gravida-som-kan-vara-valdsutsatta/>. [Använd 07 04 2025].
- [86] Svenskt nätverk för information kring fosterdiagnostik (SNIF), "Stödmaterial för samtal om fosterdiagnostik på barnmorskemottagning," 2022.
- [87] Svenska neonatalföreningen, "Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn," 2015. [Online]. Available: <https://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2022/10/Nationella-Uppfoljningsprogrammet-2015.pdf>.
- [88] L. Erlandsson, L. Ohlsson, Z. Masoumi, M. Rehnström, T. Cronqvist, L. Edvinsson och S. R Hansson, Preliminary evidence that blocking

the uptake of placenta-derived preeclamptic extracellular vesicles protects the vascular endothelium and prevents vasoconstriction, *ci Rep* 13, 18425 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45830-9>.

## Deltagare i referensgruppen

<b>Namn</b>	<b>Yrke/titel</b>
Maria Lindmark Boberg	Leg. Barnmorska. Samordningsbarnmorska, region Västerbotten
Ulrika Bjällmark	Leg barnmorska, samordningsbarnmorska, Västra Götalandsregionen
Anna Dahlin	Leg. barnmorska, samordningsbarnmorska, Region Stockholm
Simin Valizadeh	Leg. barnmorska, barnmorska på specialistmödravården Södersjukhuset, region Stockholm
Helena Strevens	Docent och överläkare. Mödrahälsovårdsöverläkare, kvinnokliniken Lund Skånes universitetssjukhus, region Skåne
Peppi Nash	Medicine doktor, specialist inom obstetrik och gynekologi. Mödrahälsovårdsöverläkare, region Norrbotten
Veronika Fagerberg	Leg. psykolog, psykolog och vårdutvecklare för central mödrahälsovård, Västra Götalandsregionen
Linnea Styffe	Leg. psykolog, specialist och Leg Psykoterapeut. Mödrabarnhälsovårdspsykolog region Gävleborg
Linda Graae	Leg. barnmorska, ultraljudsbarnmorska, kvinnokliniken, region Kalmar
Elisabeth Brynolf	Leg. barnmorska, barnmorska Centralsjukhuset i Karlstad, region Värmland samt representant för Vårdförbundet.
Ingela Lundgren	Leg. barnmorska och professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet samt representant för Barnmorskeförbundet
Ida Nölvand	Leg. barnmorska och flödesledare för eftervården på BB S:t Görans, Capio S:t Görans sjukhus
Kaisa Söderholm Edström	Leg. barnmorska Skellefteå BB/Förlossning, region Västerbotten
Kicki Koar Candelöf	Leg barnmorska och samtalsbarnmorska BB St:Göran, Capio S:t Görans sjukhus
Ann Josefsson	Professor/överläkare, Linköpings universitet, kvinnokliniken universitetssjukhuset i Linköping
Minna Lundén	Överläkare, BB S:t Görans, Capio S:t Görans sjukhus
Denise Golmann	Bitr. överläkare, kvinnokliniken Södersjukhuset, Region Stockholm
Anna Lundmark Dra	Bitr. överläkare, kvinnokliniken Södersjukhuset, Region Stockholm
Birgitta Nordgren	Specialistfysioterapeut obstetrik, gynekologi, och urologi, Med Dr, Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm, samt Leg. fysioterapeut, Med dr, assisterande lektor, Avdelningen för fysioterapi, Institutionen för

## Graviditet, förlossning och tiden efter

	Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Karolinska Institutet Region Stockholm
Annelie Nilsson	Specialistsjukgymnast inom obstetrik, gynekologi och urologi, Södra Älvsborgs Sjukhus, Västra Götalandsregionen
Annamari Nikkilä	Speciellläkare inom obstetrik/gynekologi samt fostermedicin, kvinnokliniken Skånes universitetssjukhus, region Skåne
Nina Asplin	Leg. barnmorska, PhD VO Kvinnosjukvård Akademiska Sjukhuset, Uppsala Universitet, Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa region Uppsala
Kristin Svensson	Leg. barnmorska, universitetsbarnmorska senior, Karolinska institutet (affilierad)
Fredrik Ingemansson	Barnläkare, neonatolog, medicinskt ledningsansvarig neonatalavdelningen, barnkliniken Länssjukhuset Ryhov, region Jönköpings län
Pyrola Bäcke	Barnspecialistsjuksköterska, intensivvårdsavdelningen för nyfödda vid akademiska universitetssjukhuset, region Uppsala
Ulrika Nygren	Vårdutvecklare, Barnhälsovårdsenheten, region Dalarna

## Tillhörande bilagor som publiceras på webben

Till förslaget till plan finns ett antal externa bilagor som publiceras på Socialstyrelsens webbplats:

- Bilaga 1 – Indikatorer och andra mått för uppföljning
- Bilaga 2 - Bortfallsanalys gällande graviditetsenkäter besvarade av kvinnor som födde barn 2023.



**Socialstyrelsen**

Graviditet, förlossning och tiden efter (artikelnr 2025-9-9715)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).