

Förslag till nationell plan 2024:

Graviditet, förlossning och tiden efter

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

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

Artikelnummer: 2024-1-8929

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, januari 2024

Uppdaterad version februari 2024.

Sid 28, under rubrik "Nuläget i Sverige", är denna mening borttagen:

I Vårdförbundets framtidsvision ingår att det ska finnas barnmorskeledda förlossningsenheter i anknytning till sjukhus och även utanför sjukhus. Meningen är borttagen eftersom Vårdförbundet menar att den kan misstolkas).

Förord

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram detta förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Planen är en del av regeringens ambition att skapa en mer jämlik, nära och patientsäker vård i hela landet.

Förslaget till nationell plan riktar sig till regeringen och beslutsfattare i regionernas ledning. Förslaget vänder sig också till chefer och personal som arbetar i vårdkedjan och till nationella aktörer inom området.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Anders Berg och projektledare har varit Anne Snis. I projektet har utredare Emma Lindgren, Inga-Maj Andersson och Madelene Barboza arbetat. Utredare Bassam El-Khoury och Susanne Åhlund har bidragit i vissa delar.

Socialstyrelsen vill tacka representanter från regionerna, Sveriges Kommuner och Regioner, regionernas nationella kunskapsstyrning och specialist- och professionsföreningar, som har bidragit med synpunkter på förslaget till nationell plan.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Sex prioriterade utvecklingsområden.....	6
Ytterligare förankring behövs	6
Barnmorskeledda förlossningskliniker	7
Del av en större helhet	7
Om den nationella planen	8
Planens syfte och målgrupp	8
Omfattning och avgränsningar.....	8
Varför behövs en nationell plan?	9
Planen vilar på kriterierna för god vård.....	9
Vi har säker vård, men det finns utmaningar i vårdkedjan	10
Sex prioriterade utvecklingsområden	12
Förslag till mål och delmål inom varje utvecklingsområde	12
Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja	13
Utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov.....	14
Utvecklingsområde 3: Stärkt kompetensförsörjning.....	16
Utvecklingsområde 4: Ökad tillgång till aktuell kunskap.....	17
Utvecklingsområde 5: Mer samordnad och jämlik förlossningsvård	18
Utvecklingsområde 6: Stärkt och utvecklad eftervård	19
Nationell uppföljning och utvärdering	22
Årlig uppföljning av planen inom ramen för överenskommelser	22
Samlad utvärdering av vården vid graviditet, förlossning och tiden efter	23
Arbetet med att ta fram förslaget till plan	25
Närliggande uppdrag och projekt.....	25
Synpunkter från aktörer i Sverige.....	25
Mer tid behövs för förankring	26
Barnmorskeledda förlossningskliniker	26
En internationell utblick	29
Nyförlöstas vårdkonsumtion.....	30
Fördjupad information om varje utvecklingsområde	31

Vissa delmål är på nationell nivå	31
Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja	32
Utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov.....	35
Utvecklingsområde 3: Stärkt kompetensförsörjning.....	45
Utvecklingsområde 4: Ökad tillgång till aktuell kunskap.....	52
Utvecklingsområde 5: Mer samordnad och jämlik förlossningsvård	56
Utvecklingsområde 6: Stärkt och utvecklad eftervård	60
Förteckning över indikatorer och centrala mått.....	74
Indikatorerna ska ge en helhetsbild	74
Centrala mått belyser jämlikheten	74
Referenser.....	77

Sammanfattning

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram detta förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter [1]. Planen är en del av regeringens ambition att skapa en mer tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård i hela landet. Målet är att det inte ska finnas några omotiverade skillnader, och att vården ska ges med samma kvalitet i hela landet.

Planen ska lägga grunden för ett mer strategiskt och systematiskt utvecklingsarbete i regionerna, bland annat för att öka tillgängligheten och minska regionala skillnader. Planen bygger i stora delar på rekommendationer i befintliga stöd och rapporter. I uppdraget ingår att föreslå mått och indikatorer för utvecklingen av vården samt att belysa barnmorskeledda förlossningskliniker ut ett patientsäkerhetsperspektiv.

Sex prioriterade utvecklingsområden

Förslaget till plan omfattar sex prioriterade utvecklingsområden. De bedöms vara delar i vårdkedjan som det är prioriterat att stärka och utveckla utifrån ett nationellt perspektiv:

1. Mer sammanhållen vårdkedja
2. Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov
3. Stärkt kompetensförsörjning
4. Ökad tillgång till aktuell kunskap
5. Mer samordnad och jämlik förlossningsvård
6. Stärkt och utvecklad eftervård.

För varje utvecklingsområde finns det mål och delmål. I en del fall har delmål satts på nationell nivå – något behöver göras av en nationell aktör för att stötta utvecklingen i en viss riktning genom nationella aktiviteter eller stöd. En sådan nationell aktör kan till exempel vara regionernas system för kunskapsstyrning, SKR eller Socialstyrelsen.

Ytterligare förankring behövs

Förslaget till plan har förankrats i begränsad omfattning hos berörda aktörer. Det behöver finnas utrymme att justera och utveckla planen innan den fastställs, utifrån de synpunkter som framförs under en fördjupad förankringsprocess. Av samma skäl kan det även behövas ytterligare förankring av förslaget på uppföljning och utvärdering av den nationella planen.

Barnmorskeledda förlossningskliniker

Socialstyrelsen har belyst frågan om barnmorskeledda förlossningskliniker. Vi bedömer att denna vårdform inte bör ingå i förslaget till plan, eftersom det saknas kunskap och erfarenheter, framför allt när det gäller patientsäkerheten.

Del av en större helhet

Sedan 2015 har det pågått en satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvården. Detta förslag till plan för graviditet, förlossning och tiden efter ingår i denna satsning.

Under 2023 publicerade Socialstyrelsen ett samlat stöd för graviditet, förlossning och tiden efter på Socialstyrelsens webbplats. Där finns det rekommendationer för både personal och beslutsfattare. I detta förslag till plan refererar vi till rekommendationer i dessa stöd i flera av de prioriterade utvecklingsområdena.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter.](#)

Om den nationella planen

En nationell plan för förlossningsvården är en del av regeringens ambition att skapa en tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård i hela landet. Målet med en nationell plan är att det inte ska finnas några omotiverade skillnader, och att vården under graviditet, förlossning och tiden efter ska ges med samma kvalitet i hela landet.

Planens syfte och målgrupp

Syftet med den nationella planen är att ge beslutsfattare ett strategiskt stöd i arbetet med att prioritera rätt insatser för att utveckla vården under graviditet, förlossning och tiden efter. Planen ska följas upp regelbundet för att säkerställa att utvecklingen går i den föreskrivna riktningen.

Målgrupp för det här dokumentet är regeringen och beslutsfattare i regionernas ledning. Förslaget vänder sig också till chefer och personal som arbetar i vårdkedjan och till nationella aktörer inom området.

Omfattning och avgränsningar

Detta dokument är ett förslag till plan och i nästa steg kommer den att konkretiseras ytterligare. Förslaget till plan omfattar vårdkedjan vid graviditet, förlossning och tiden efter^{1,2}. Förslaget med tillhörande mål och delmål är tänkt att vara ett stöd för utveckling av hela vårdkedjan.

I förslaget till plan finns mål och delmål definierade för de nationella riktlinjerna med prioritet 1 eller 2 [2]. Det saknas dock mål för gravida med obesitas. Ett sådant mål kan komma att inkluderas i en senare version av planen.

Neonatalvården är en viktig del av eftervården. Inom ramen för detta arbete har inte specifika utvecklingsområden för neonatalvården lyfts. Däremot ingår samverkan med olika vårdinstanser, däribland neonatalvården, som en viktig del för att vården ska vara trygg och säker under hela vårdkedjan. De mål som berör neonatalvården, och som kan komma att tas fram, bör utgå

¹ Dokumentet har därför fått benämningen *Förslag till plan för graviditet, förlossning och tiden efter*. Det blir då även samstämmigt med *Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter* och *Kunskapsstöd för graviditet, förlossning och tiden efter*. (Regeringsuppdraget heter *Förslag till nationell plan för förlossningsvården*.)

² Notera att inte bara kvinnor, utan även transmän och ickebinära, kan genomgå en graviditet. Ickebinära personer identifierar sig inte som kvinna eller man och vissa ser sin könstillhörighet som något merflytande.

från de nationella rekommendationer som är framtagna till beslutsfattare och stöd till personal [3].

Varför behövs en nationell plan?

Regeringen genomför en satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvården för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Satsningen har pågått sedan 2015. Åren 2016–2023 har regeringen ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som bland annat omfattar insatser för att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa. Totalt omfattar satsningen 9,5 miljarder kronor, varav 8,3 miljarder kronor har fördelats som stimulansmedel till regionerna.

Tydliga och mätbara mål saknas

I överenskommelserna beskrivs mål och syfte endast på en övergripande nivå, även om de till viss del pekar ut några prioriterade områden.

Regionerna har kunnat anpassa insatserna utifrån sina specifika behov. En kritik mot satsningen är att det inte tydligt gått att följa vad medlen använts till i regionerna. Eftersom satsningen saknat tydliga och mätbara mål har det inte heller gått att utvärdera om satsningen har lett till önskat resultat [4].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft uppdraget att följa upp och analysera regeringens satsning 2015–2022. Myndigheten bedömer att regeringen bör tydliggöra intentionen med satsningen. Eventuella framtida överenskommelser ska innehålla tydliga och mätbara mål, så att det går att utvärdera effekten av satsningarna. Dessutom behövs det en tydlig redovisning av hur medlen används i regionerna [4].

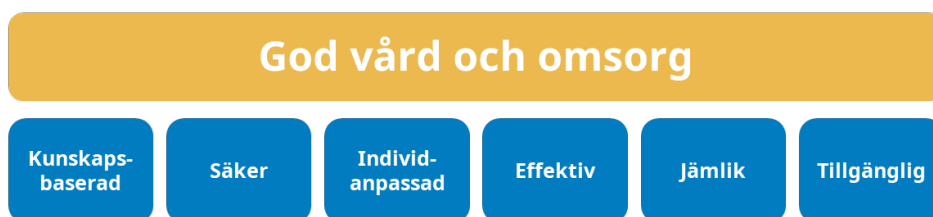
Mot denna bakgrund har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag ta fram ett förslag till en nationell plan med nationella mål samt mått och indikatorer för uppföljning. Planen ska ange en tydlig inriktning för utvecklingen av vården och vara ett stöd för ett mer strategiskt och systematiskt förbättringsarbete i regionerna.

Planen vilar på kriterierna för god vård

Förslaget till nationell plan vilar på Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg:

- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Effektiv:** Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Jämlig:** Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- **Tillgänglig:** Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.

God vård och omsorg - en gemensam målsättning



Figur 1: Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg.

Vi har säker vård, men det finns utmaningar i vårdkedjan

Sverige har i internationell jämförelse en mycket god och säker förlossningsvård. Mödrahälsovården är väl utbyggd, vilket främjar såväl de gravidas som de ofödda barnens hälsa och fångar upp riskgraviditeter. Andelen barn som dör innan eller i samband med förlossning har minskat, och mödradödligheten i samband med förlossning är fortsatt mycket låg. Andelen bristningar grad 3 och 4 har minskat i hela landet fram till 2018, och har sedan dess legat stabilt på 2,6 procent.

Patientsäkerheten är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Därför är det fortsatt viktigt att ha ett strukturerat och väl fungerande patientsäkerhetsarbete längs hela vårdkedjan, från graviditet och förlossning till tiden efter.

Mödrahälsovården och förlossningsvården är god, men det finns utmaningar, framför allt för att nå utsatta grupper bättre, förbättra eftervården och förbättra upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar. Vården behöver bli mer jämlik – bland annat finns regionala skillnader. Det finns också stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjning av framför allt barnmorskor, men även av specialistläkare.

Sex prioriterade utvecklingsområden

Planen omfattar sex prioriterade utvecklingsområden som Socialstyrelsen bedömer vara delar i vårdkedjan som det är prioriterat att stärka och utveckla utifrån ett nationellt perspektiv:

1. Mer sammanhållen vårdkedja
2. Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov
3. Stärkt kompetensförsörjning
4. Ökad tillgång till aktuell kunskap
5. Mer samordnad och jämlik förlossningsvård
6. Stärkt och utvecklad eftervård

I en trygg och säker vård med hög kvalitet löper begreppen jämlik, trygg och personcentrerad parallellt med varandra. De är varandras förutsättningar för att skapa en god vård och omsorg, så om det brister i en av delarna får det konsekvenser för de andra. I de prioriterade utvecklingsområden som identifierats inom ramen för detta uppdrag är målet för varje område att det ska bidra till att göra vården mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad.

I detta kapitel beskriver vi de prioriterade utvecklingsområdena översiktligt.

➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

Förslag till mål och delmål inom varje utvecklingsområde

Här beskriver vi planens struktur med en nedbrytning av prioriterade utvecklingsområden i övergripande mål och delmål.

De övergripande målen beskriver i vilken riktning utvecklingen bör ske inom respektive utvecklingsområde och vilka resultat som behöver åstadkommas på nationell nivå genom ett strategiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Delmålen är processmål eller steg på vägen som bedöms som viktiga för att nå det övergripande målet. Delmålen ska gå att mäta eller följas upp, och det är mot delmålen som genomförandet av planen föreslås att återkommande följas upp, till exempel varje eller vartannat år.

I en del fall har delmål satts på nationell nivå – något behöver göras av en nationell aktör för att stötta utvecklingen i en viss riktning genom nationella aktiviteter eller stöd. En sådan nationell aktör kan till exempel vara regionernas system för kunskapsstyrning, SKR eller Socialstyrelsen.

Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja

Organisationen av vården under graviditet, förlossning och den första tiden efter ser olika ut i olika regioner. Förlossningsvården är organiserad under den specialiserade vården, knuten till kvinnosjukvården och bedrivs huvudsakligen på sjukhus. En kartläggning från 2023 visade att det kan variera vilka vårdformer som ingår i kvinnoklinikernas verksamhet, men förlossningsvård och BB-vård ingår i alla.³ Inom vissa regioner är även mödrahälsovården organiserad under kvinnokliniken, medan den i andra regioner är organiserad under primärvården. Mödrahälsovård kan även bedrivas i privat regi.

Skillnaderna i hur vården är organiserad mellan regionerna kan påverka hur tillgången till god och säker vård ser ut över landet [5]. Oavsett hur vården är organiserad i en region, är det viktigt att det finns tydliga strukturer och rutiner för

- **samverkan** mellan mödrahälsovården, kvinnosjukvården, förlossningsvården och andra aktörer
- **överrapportering** mellan mödrahälsovården, förlossningsvården och andra aktörer för att säkerställa kontinuitet i vårdkedjan, säkra vårdövergångar och en sammanhållen vårdkedja
- **patientsäkerhetsarbetet** så att det omfattar hela vårdkedjan.

➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

³ Andra verksamheter som ofta ingår i kvinnoklinikens verksamhet är fostermedicin/ultraljud, auroramottagning, specialistmödrahälsovård, gynekologisk verksamhet, amningsstöd, neonatalavdelning, antenatalavdelning och bäckenbottenmottagning (Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning med verksamhetschefer vid förlossningsklinikerna, 2022).

Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja

Mål	Delmål
1. Vården vid graviditet, förlossning och tiden efter är sammanhållen och säker genom fungerande samverkan, överrapportering och patientsäkerhetsarbete i hela vårdkedjan.	1. Alla regioner har styrdokument som säkerställer samverkan och överrapportering mellan mödrahälsovård, förlossningsvård, neonatalvård och barnhälsovård samt med andra aktörer vid behov, till exempel primärvård, psykiatri, internmedicin och socialtjänst. Styrdokumentet beskriver en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna samt rutiner för samverkan och är implementerade i berörda verksamheter. Det är särskilt viktigt att det finns avtal med privata aktörer.
	2. Alla regioner har en patientsäkerhetsplan för hela vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.

Utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov

En del gravida och nyförlösta har särskilda behov och kan behöva anpassad information, extra stöd eller särskilda insatser. Detta utvecklingsområde handlar om gravida och nyförlösta

- med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom
- med substansbruk
- som tillhör en prioriterad grupp som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen, enligt Folkhälsomyndighetens SRHR-plan:
 - personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
 - personer med erfarenhet av migration eller rasism
 - personer med funktionsnedsättning
 - hbtqi-personer
 - unga och unga vuxna
 - äldre.

➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

Utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov

Mål	Delmål
1. Alla regioner har en organisation och fungerande arbetsätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom identifieras och erbjuds stöd, vård och behandling utifrån behov.	1. Alla regioner har förutsättningar för att erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling för gravida och nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom.
2. Alla regioner har en organisation och fungerande arbetsätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med substansbruk identifieras tidigt och erbjuds anpassat stöd, vård och behandling utifrån behov.	1. Alla regioner erbjuder gravida med substansbruk specialistvård och anpassat stöd utifrån ett multidisciplinärt samverkansteam.
	2. Alla regioner erbjuder nyförlösta med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.
	3. En nationell kartläggning och analys har gjorts av hur vård och stöd fungerar till gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, substansbruk eller samsjuklighet. Syftet är att identifiera goda exempel och eventuella brister i vårdkedjan, och att ta fram förslag till förbättringsområden.
3. Alla regioner erbjuder en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Vården möter behoven hos särskilt utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.	1. En nationell kartläggning och analys har gjorts av hur vården under graviditet, förlossning och tiden efter kan bli mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad för personer med svaga socioekonomiska förutsättningar, personer med erfarenhet av migration eller rasism, personer med funktionsnedsättning, hbtqi-personer, samt flickor och unga vuxna.
	2. Det finns ett nationellt framtaget utbildningsprogram för personal i vårdkedjan baserat på resultatet av den kartläggning som genomförts (se delmål 1). Syftet är att vården ska bli mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad för de utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Mål	Delmål
	<p>3. Alla regioner har en plan för regelbunden, återkommande utbildning och handledning samt möjlighet till konsultation för personal i hela vårdkedjan i frågor som rör bemötande, identifiering, stöd och behandling av gravida och nyblivna föräldrar i utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.</p> <p>Utbildningen baseras på det nationellt framtagna utbildningsprogrammet (se delmål 2).</p>

Utvecklingsområde 3: Stärkt kompetensförsörjning

Möjligheten att rekrytera och behålla personal är central för att kunna bedriva en god hälso- och sjukvård. Stärkt kompetensförsörjning har varit ett prioriterat område inom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa, och en stor del av regionernas insatser har handlat om bemanning [6]. Trots det har samtliga regioner fortfarande utmaningar att bemanna verksamheten, framför allt inom den sjukhusbaserade vården där förlossningsvården ingår.

➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

Utvecklingsområde 3: Stärkt kompetensförsörjning

Mål	Delmål
1. Alla regioner bedriver ett strategiskt och målmedvetet arbete för att säkerställa den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter på både kort och lång sikt.	1. Alla regioner har en särskild plan för den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter. Planen följs upp och uppdateras regelbundet.
2. Alla regioner har förutsättningar att utöva ett gott ledarskap i både mödrahälsovården och förlossningsvården.	1. Alla regioner har fastställt och implementerat riktvärden för antal medarbetare per chef inom både mödrahälsovården och förlossningsvården. 2. Alla regioner har verksamhetsnära administrativt stöd för schemaläggning och administration för chefer i mödrahälsovården och förlossningsvården.

Utvecklingsområde 4: Ökad tillgång till aktuell kunskap

En undersökning som Socialstyrelsen genomfört på regeringens uppdrag under 2023 visar att mottagare av kunskapsstöd inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter upplever att det finns många kunskapsstöd från flera avsändare [7]. De har svårt att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet.

I rapporten beskrivs också att många av de intervjuade respondenterna upplever brister i regionernas egna organisationer när det gäller att ta emot, sprida vidare och implementera kunskap. Det finns svårigheter att få till en systematisk implementering och uppföljning av ny kunskap, och det är svårare att utmönstra metoder som inte längre är kunskapsbaserade än att införa ny kunskap.

➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

Utvecklingsområde 4: Ökad tillgång till aktuell kunskap

Mål	Delmål
1. Kunskapsstöden inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter används av hälso- och sjukvården, vilket ger förutsättningar för en jämlik vård av hög kvalitet, baserad på bästa tillgängliga kunskap.	1. Kunskapsstyrningsorganisationen är väl känd och kommunicerad till mottagare av kunskapsstöden, på både nationell, regional och lokal nivå, för vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.
	2. Aktuella kunskapsstöd inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter är lättillgängliga, målgruppsanpassade, uppdaterade och enhetligt utformade. I delmålet ingår även utmönstring av åtgärder eller arbetssätt som inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eller av andra skäl inte längre bör erbjudas inom hälso- och sjukvården
	3. Kunskapsstöden inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter lanseras och implementeras i hälso- och sjukvården så att målgrupperna lätt kan få tillgång till och använda ny kunskap.
	4. Det finns en nationell modell för hur uppföljning ska göras av att ny kunskap tillämpas inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.

Utvecklingsområde 5: Mer samordnad och jämlik förlossningsvård

Till skillnad från mödrahälsovården saknar förlossningsvården en tydlig nationell samordning. Socialstyrelsen har gjort en översikt av förlossningsklinikernas egna riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Översikten visar att praxis skiljer sig. Vissa skillnader kan vara motiverade utifrån regionala förutsättningar och resurser, men på andra områden skulle en nationellt samlad vägledning behövas, utifrån bästa tillgängliga kunskap. Det gäller till exempel

- samordningen mellan enheter för bland annat primärvård (inklusive mödrahälsovård), psykiatri, förlossning, neonatalvård, barnhälsovård och annan eftervård

- amniotomi – att ta hål på fosterhinnorna
- åtgärder vid värksvaghet
- smärtlindring
- uppföljning och återkoppling kring förlossningsskador.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.
- [Socialstyrelsens översikt av handläggningen vid normalförlossning.](#) (pdf)

Utvecklingsområde 5: Mer samordnad och jämlik förlossningsvård

Mål	Delmål
1. En nationellt samordnad förlossningsvård med hög kvalitet erbjuds i hela landet.	1. Alla förlossningskliniker följer ett nationellt vårdprogram för normalförlossning.
	2. Alla förlossningskliniker samverkar nationellt och utbyter erfarenheter i ett nationellt forum i syfte att lära av varandra och utveckla arbetssätt.
	3. Omotiverade skillnader mellan förlossningsklinikernas utfall och resultat har minskat genom återkommande uppföljning och redovisning av förlossningsklinikernas utfall och resultat.

Utvecklingsområde 6: Stärkt och utvecklad eftervård

Under den första tiden efter en graviditet och förlossning finns det en ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar. Eftervården är den del i vårdkedjan som de som varit gravida och fött barn är minst nöjda med. Ett flertal brister i vården efter förlossning uppmärksammades av Socialstyrelsen i en kartläggning 2017 [8]. Sedan dess har olika insatser gjorts för att stärka och utveckla eftervården i regionerna, men det finns fortfarande brister.

- ➔ **Läs mer:** I kapitlet Fördjupad information om varje utvecklingsområde beskriver vi varje område utförligt med mål och delmål.

Utvecklingsområde 6: Stärkt och utvecklad eftervård

Mål	Delmål
1. Alla regioner erbjuder information och förberedelse inför föräldraskap och tiden efter förlossning på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.	1. Alla regioner har ett gemensamt och målgruppsanpassat informations- och stödmaterial som används inom mödrahälsovården för att informera om och förbereda gravida och deras eventuella partner eller medförälder inför föräldraskap och tiden efter förlossning.
	2. Alla regioner erbjuder möjlighet för gravida och deras eventuella partner eller medförälder att delta i föräldraskapsstödande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.
	3. Det finns ett nationellt program för föräldraskapsstöd i grupp som kan användas inom mödrahälsovården, inklusive specialismödravården, i alla regioner.
2. Alla regioner erbjuder förlossningssamtal på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.	1. Alla regioner använder ett nationellt stödmaterial för samtal om förlossningsupplevelsen.
	2. Alla regioner erbjuder uppföljande samtal och stöd till nyförlösta som har ett behov av att bearbeta sin förlossningsupplevelse.
3. Alla regioner erbjuder strukturerad och individanpassad uppföljning under eftervårdsperioden.	1. Gravida och nyförlösta har en eftervårdsplan med samma struktur i alla regioner.
	2. Alla regioner erbjuder tidig uppföljning efter förlossning i mödrahälsovården, utöver det senare eftervårdsbesök som redan erbjuds 6-16 veckor efter förlossning.
	3. Alla regioner erbjuder anpassad uppföljning enligt den individuella eftervårdsplanen till nyförlösta med ett utökat behov av uppföljning efter förlossningen

Mål	Delmål
4. Alla regioner erbjuder hög tillgänglighet till professionell bedömning av fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning, samt stöd och behandling utifrån behov, inklusive amningsstöd.	1. Alla regioner har förutsättningar inom mödrahälsovården att snabbt kunna erbjuda bedömning av fysiska och psykiska besvär efter förlossning.
	2. Alla regioner har multiprofessionella team för bedömning, behandling och rehabilitering vid bäckenbottenbesvär efter förlossning.
	3. Alla regioner har tydliga remissvägar för fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning.
	4. Alla regioner erbjuder nyförlösta snabb tillgång till professionellt amningsstöd och professionell bedömning, vård och behandling vid amningsrelaterade komplikationer.

Nationell uppföljning och utvärdering

Den nationella planen är en del av regeringens satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa som pågått sedan 2015. Planen ingår i Socialstyrelsens samlade stöd för graviditet, förlossning och tiden efter, där även nationella riktlinjer, kunskapsstöd och andra rapporter ingår. Förslag på uppföljning och utvärdering av den nationella planen presenteras därför som en integrerad del av Socialstyrelsens systematiska uppföljning och utvärdering av vården vid graviditet, förlossning och tiden efter.

Årlig uppföljning av planen inom ramen för överenskommelser

Under 2016–2024 har regeringens satsning innefattat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), där stimulansmedel har fördelats till regionernas arbete inom området. För överenskommelsen 2024 ska målen i den nationella planen beaktas i regionernas utvecklingsarbete. Sedan 2023 har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att följa upp de insatser som regionerna vidtar med anledning av överenskommelsen.

Regionerna ska för 2024 redovisa vidtagna insatser under respektive insatsområde i överenskommelsen, samt användning och förbrukning av medel för att

- uppnå målet om en mer sammanhållen och samordnad graviditetsvårdkedja med god personalkontinuitet som är anpassad till kvinnors olika behov
- utveckla eftervården så att den tillgodoser kvinnors behov
- det ska finnas relevant kompetens i mödrahälsovården och förlossningsvården som svarar mot kvinnors olika behov
- förändra arbetssätten i samråd med professionen för att skapa en god och säker vård och en god arbetsmiljö
- minska skillnaderna mellan olika grupper av kvinnor
- utveckla vårdkedjor och tydliga remissvägar för olika tillstånd som är av relevans för flickors och kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa
- skapa en tydlig och tillgänglig vårdkedja för flickor och kvinnor som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning, och öka medarbetares kunskap om och bemötande av målgruppen
- stärka tillgängligheten i mödrahälsovården och förlossningsvården.

Regionerna behöver även redovisa att en särskild kompetensförsörjningsplan har tagits fram för barnmorskor och andra professioner inom området.

Vidare ska regionerna rapportera en nulägesanalys av tillståndet i mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården i respektive region. Nulägesanalysen ska innehålla en beskrivning av uppnådda resultat och de utmaningar som återstår för att mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården ska bli mer personcentrerad, tillgänglig, jämlik och säker, samt bygga på bästa tillgängliga kunskap.

En årlig uppföljning av planen föreslås därför inom ramen för uppföljning av överenskommelsen och inom ramen för andra pågående stödinsatser. På detta sätt kan en dubbel rapporteringsbörda för regionerna undvikas. Detta förslag till uppföljning kan också gynna en mer sammanhållen bild av utvecklingen inom området i stort.

Uppföljning av prestationsbaserade mått

Den årliga uppföljningen av planen ska kompletteras med uppföljning av prestationsbaserade mått. De ska tas fram av Socialstyrelsen när regionerna och andra berörda aktörer har påbörjat implementeringen av planen, och när regionernas arbete inom de olika målområdena är mer konkret. Detta för att säkerställa att måtten utformas så att de fyller sitt syfte och att eventuella negativa sidoeffekter undviks. Det är även viktigt att förankra de prestationsbaserade måtten hos regionerna och på så sätt lägga grunden för en god rapportering.

Samlad utvärdering av vården vid graviditet, förlossning och tiden efter

Utöver årlig uppföljning kommer Socialstyrelsen att utvärdera den nationella planens måluppfyllelse som en del av den systematiska utvärderingen av vården vid graviditet, förlossning och tiden efter. Därför har Socialstyrelsen utarbetat 18 indikatorer och centrala mått specifikt relaterade till den nationella planen. Indikatorerna har utarbetats enligt Socialstyrelsens handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg [9]. De beskrivs i avsnittet *Förteckning över indikatorer* samt i bilaga 1. Dessa indikatorer kompletteras av indikatorer och mått relevanta för området som redan tagits fram och följs upp av Socialstyrelsen.

Sammantaget kommer dessa mått att utgöra en strategisk utgångspunkt för den systematiska utvärderingen av vården vid graviditet, förlossning och tiden efter:

- 18 indikatorer och centrala mått relaterade till den nationella planen
- 13 indikatorer och centrala mått framtagna till Nationella riktlinjer 2023: Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter
- indikatorer som rapporteras inom ramen för Socialstyrelsens lägesrapport
- indikatorer kopplade till nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd
- fördjupade analyser mot särskilt riktade frågeställningar som rör graviditet, förlossning och tiden efter
- indikatorer kopplade till Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Arbetet med att ta fram förslaget till plan

De prioriterade utvecklingsområdena har identifierats utifrån slutsatser i tidigare, redan publicerade, undersökningar och rapporter, framför allt dessa:

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: uppföljningar och utvärderingar av satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvården
- Socialstyrelsen: kartläggningar, analyser, kunskapsstöd och nationella riktlinjer
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): undersökningar och rapporter om vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, Graviditetsenkäten.

För varje utvecklingsområde identifierades ett eller flera övergripande mål, som sedan bröts ned i delmål. För att identifiera övergripande mål och delmål användes framför allt myndighetens kunskapsstöd och nationella riktlinjer för vårdkedjan, Vårdanalys rapporter för området, rapporter från Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

Närliggande uppdrag och projekt

Under genomförandet av uppdraget har vi tagit del av arbete och resultat från följande uppdrag och projekt:

- Socialstyrelsens uppdrag S2022/01058 [10] med tre delar som resulterade i:
 - Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter [2]
 - Nationellt basprogram för graviditetsövervakning [11]
 - Normalförlossning – En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer [12]
- Socialstyrelsens uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256) [13]
- Socialstyrelsens uppdrag att följa upp de insatser som regionerna vidtar med anledning av överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2023 (S2023/00378) [14].

Synpunkter från aktörer i Sverige

I arbetet med att ta fram planen och prioritera områden för utveckling har vi intervjuat representanter från regionledning och patientsäkerhetssamordnare

från några utvalda regioner. Vi har haft avstämningsmöten med SKR, Inspektionen för vård och omsorg och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Två mindre referensgrupper har bidragit i arbetet med att bryta ned utvecklingsområdena i övergripande mål och delmål.

Efter ett halvdagsmöte med representanter från regionernas nationella kunskapsstyrning, specialist- och professionsföreningar och SKR mottog vi synpunkter på föreslagna utvecklingsområden, övergripande mål och delmål.

Mer tid behövs för förankring

Med hänvisning till planens betydelse, omfattning och föreslagna giltighetstid behövs det mer tid för förankring och inhämtande av synpunkter från berörda parter. Detta gäller även det översiktliga förslaget på hur utvecklingen ska följas upp och utvärderas.

Barnmorskeledda förlossningskliniker

I detta regeringsuppdrag ingår det att belysa regionala initiativ ur ett patientsäkerhetsperspektiv, såsom barnmorskeledda förlossningskliniker [1].

Barnmorskeledda förlossningskliniker och barnmorskeledda vårdformer

Socialstyrelsen har inte funnit en entydig beskrivning av vad som menas med barnmorskeledda förlossningskliniker. I denna översyn antar vi därför att man menar en klinik som leds och bemannas av enbart barnmorskor.

I internationell litteratur refereras till ”barnmorskeledda vårdformer” som kan omfatta hela vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter. Bland annat används begreppet *Midwife-led birth centres* (MLBC) [15] men även andra begrepp används som *Freestanding midwifery unit* (FMU) och *Alternative birth center* (ABC) [16]. Begreppen rymmer en variation av vårdmodeller där barnmorskor har det primära professionella ansvaret för vården. Skillnaderna kan handla om hur mödrahälsovård är integrerad i förlossningsvården, förlossningsvårdens organisation, finansiering, eller vilken roll eller typ av legitimation som barnmorskan har [15].

I Sverige har barnmorskan en central roll

Man bör notera att svensk mödrahälsovård och förlossningsvård skiljer sig på flera sätt från andra länder när det gäller hur vården är organiserad samt barnmorskans profession och kompetensområde. Den svenska mödrahälsovården, där barnmorskan har en central roll och står för kontinuitet, infördes på 1930-talet. Då låg fokus på sociala aspekter och det nyfödda barnet, men under 1950-talet utvidgades barnmorskans ansvar till att även omfatta kontroller av kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa.

MLBC-kliniker i olika länder

Idag ingår förutom att erbjuda hälsovård under graviditeten även preventivmedelsrådgivning, efterkontroll efter förlossningen, screening för livmoderhalscancer, abortrådgivning och klimakterierådgivning i sedvanliga arbetsuppgifter vid en barnmorskemottagning. Slutsatser utifrån en internationell jämförelse är därför svåra att dra.

Förekomsten av MLBC varierar mellan länder. I höginkomstländer är variationen från 0,3 procent i Australien upp till 11 procent i England [15]. I England, där förekomsten är högst, har FMU definierats så här: ”En fristående barnmorskeenhet som erbjuder vård till kvinnor med okomplicerad graviditet. Barnmorskorna tar primärt professionellt ansvar för vården under graviditet, allmänläkare kan även vara delaktig i vården under graviditet. Under förlossning finns inte akut obstetrisk, neonatal och anestesivård tillgänglig utan finns på en separat plats och vid behov flyttas den födande över dit med bil eller ambulans.” [16].

I en artikel av Scarf et al definieras ett förlossningscenter som ”ett separat område som erbjuder barnmorskeledd vård i hemliknande miljö utan rutinmässigt engagemang av medicinsk personal [15]. Förlossningscenter kan ingå som en del av ett sjukhus eller vara en fristående barnmorskeenhet”.

ABC-vård i Sverige

Tidigare har det funnits barnmorskeledda vårdformer med kontinuitet genom vårdkedjan i Sverige, som exempelvis *Alternative birth center* (ABC). Det är ett mellanting av hemförlossning och sjukhusförlossning som startades i USA. I Sverige öppnades tre ABC-enheter i slutet av 1900-talet, en i Stockholm och två i Göteborg. Vårdformen baserades på sammanhållen vård där barnmorskor bedrev förlossning och eftervård i en miljö med hemlika lokaler som inte hade CTG-apparater eller farmakologisk smärtlindring, för att stimulera till naturligt födande med få medicinska

ingrepp [17]. ABC-vård bedrevs i separata enheter, antingen helt fristående eller i nära anslutning till en vanlig förlossningsavdelning där obstetiker och utrustning fanns på plats.

Barnmorskans kompetens och ansvar

I Sverige är det barnmorskan som självständigt handlägger en normal graviditet, förlossning och eftervård. När komplikationer tillstöter är läkaren ytterst ansvarig för de medicinska bedömningarna, medan barnmorskan är fortsatt huvudansvarig för vård och stöd. Barnmorskan övervakar fostrets tillstånd i livmodern och behöver kunna känna igen varningssignaler om onormala tillstånd hos en mor eller ett nyfött barn och rapportera till ansvarig läkare. Barnmorskan bistår obstetrikern vid komplicerade eller onormala tillstånd under förlossningen⁴.

I kompetensbeskrivningen för barnmorskor framtagen av Barnmorskeförbundet (2018) står det att barnmorskan ska handlägga graviditet, förlossning och postnatalperiod samt de hälsotillstånd som berör reproduktiv och sexuell hälsa i ett livscykelperspektiv. Barnmorskan ska självständigt identifiera och bedöma när situationen avviker från det normala och hantera detta genom att konsultera andra professioner angående vilka åtgärder som ska utföras [18]. Detta bygger på att den som är medicinskt ansvarig – och kan fatta beslut om medicinsk behandling och medicinska åtgärder – finns tillgänglig och kan fatta beslut vid akuta situationer.

Nuläget i Sverige

I nuläget finns det en nyöppnad barnmorskeledd förlossningsklinik i Göteborg.

I region Stockholm finns för närvarande en vårdform med en typ av barnmorskekontinuitet över vårdkedjan, kopplad till Karolinska Universitetssjukhuset. Liknande modeller planeras på flera håll i landet. Vårdformen erbjuds främst till kvinnor med förlossningsrädsla. Förlossningen sker på sjukhus, där även läkare finns på plats.

I ett dokument som är framtaget av Svenska barnmorskeförbundet, förordas en utveckling av vårdmodeller och arbetssätt där barnmorskor leder och driver verksamheter som rör graviditet, förlossning och tiden efter [20]. Det framgår inte att det enbart är förlossningskliniker som avses utan det förefaller snarare gälla för hela vårdkedjan och då med fokus på barnmorskekontinuitet.

⁴ 7 kap. 1 § HSLF-FS 2016:64

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen har inte funnit en entydig beskrivning av vad som menas med barnmorskeledda förlossningskliniker. I denna översyn antar vi därför att man menar en klinik som leds och bemannas av enbart barnmorskor.

Patientsäkerhetsaspekten

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

I samband med förlossningar finns det alltid en risk att akuta situationer uppstår som kräver specialistkompetens inom till exempel obstetrik, kirurgi, pediatrik eller akutmedicin. Eftersom barnmorskeutbildningen inte innehåller sådan specialistutbildning finns det därmed en risk att en akut situation som uppstår på en barnmorskeledd förlossningsklinik inte omedelbart kan omhändertas. Det bör i detta sammanhang också uppmärksammas att enligt 3 kap. 1–2 §§ PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls, samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Två villkor behöver enligt Socialstyrelsen därför vara uppfyllda för att en barnmorskeledd förlossningsklinik ska uppfylla HSL:s krav på säker vård:

- Den barnmorskeledda förlossningskliniken behöver ha ett etablerat samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården som vid behov säkerställer ett mycket snabbt akut omhändertagande.
- Den barnmorskeledda förlossningskliniken bör endast handlägga gravida med okomplicerade graviditeter som har fött barn tidigare.

Socialstyrelsen har i denna rapport utgått från att begreppet barnmorskeledda förlossningskliniker avser kliniker som leds och bemannas av enbart barnmorskor. Socialstyrelsen konstaterar att det i nuläget saknas kunskap och erfarenhet om denna vårdform, särskilt när det gäller patientsäkerheten. Vi bedömer därför att barnmorskeledda förlossningskliniker inte bör ingå i förslaget till plan.

En internationell utblick

Vi har gjort en internationell utblick över andra länders nationella planer och indikatorer för denna vårdkedja. Dessa länder är Australien, Irland, England, Kanada, USA och Nya Zeeland. Utblicken har bidragit med idéer till planens innehåll och struktur samt indikatorernas utformning. Centrala

fokusområden har varit kvinnocentrering, kvalitet och säkerhet samt tillgänglighet.

Andra återkommande och gemensamma teman har varit önskan om

- nationellt konsekvent och heltäckande graviditets- och förlossningsvård
- anpassad vård som tillåter att på ett ändamålsenligt sätt möta behoven hos gravida
- ett kvinnocentrerat förhållningssätt som betraktar graviditet och förlossning som ett normalt skede i livet och som tar hänsyn till gravidas erfarenheter och önskemål
- multidisciplinär vård som genomsyras av god kommunikation och tydliga remissriktlinjer
- en stärkt roll för barnmorskor
- förbättrad hantering av data, särskilt i relation till systematisk uppföljning och utvärdering av ogynnsamma utfall
- konsekvent screening för riskfaktorer
- resultatmätning och utvärdering.

➔ **Läs mer** i bilaga 2, En internationell utblick.

Nyförlostas vårdkonsumtion

För att få en ökad kunskap om nyförlostas vårdkonsumtion har en studie genomförts med data från region Skåne. Resultatet av denna presenteras i bilaga 3. En studie pågår med data från hela riket om nyförlostas vårdkonsumtion.

➔ **Läs mer** i bilaga 3, Nyförlostas kvinnors vårdkontakter - Region Skåne.

Fördjupad information om varje utvecklingsområde

Här beskriver vi planens sex prioriterade utvecklingsområden i detalj med övergripande mål och delmål.

De övergripande målen beskriver i vilken riktning utvecklingen bör ske inom respektive utvecklingsområde och vilka resultat som önskas på nationell nivå genom ett strategiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Delmålen är processmål eller steg på vägen som bedöms som viktiga för att nå det övergripande målet. Delmålen ska gå att mäta eller följas upp, och det är mot delmålen som genomförandet av planen föreslås att återkommande följas upp, till exempel varje eller vartannat år.

Eftersom planen i första hand riktar sig till beslutsfattare är delmålen i planen formulerade så att det ska vara möjligt för beslutsfattare att påverka om de uppnås eller inte. Delmålen är därför inriktade mot att mäta regionernas utveckling, snarare än att mäta resultatet utifrån den gravidas perspektiv och upplevelse av vården. I slutändan är dock målsättningen att planen ska leda till en stärkt och förbättrad vård utifrån patienternas perspektiv.

Vissa delmål kan man arbeta med samtidigt medan andra är beroende av varandra genom att det första steget behöver vara uppnått för att det andra steget ska kunna påbörjas. I det senare fallet har detta tydliggjorts genom att dela upp delmålet i flera steg.

Vissa delmål är på nationell nivå

I en del fall har delmål satts på nationell nivå – något behöver göras av en nationell aktör för att stötta utvecklingen i en viss riktning genom nationella aktiviteter eller stöd. En sådan nationell aktör kan till exempel vara regionernas system för kunskapsstyrning, SKR eller Socialstyrelsen.

Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja

Utvecklingsområde 1 har ett övergripande mål med fokus på en sammanhållen vårdkedja och patientsäkerhet. Nedan presenteras detta mål och en motivering till varför det är prioriterat, samt förslag till delmål.

Mål: Samverkan, överrapportering och patientsäkerhetsarbete

Mål:

Vården vid graviditet, förlossning och tiden efter är sammanhållen och säker genom fungerande samverkan, överrapportering och patientsäkerhetsarbete i hela vårdkedjan.

Organisationen av vården under graviditet, förlossning och den första tiden efter ser olika ut i olika regioner. Förlossningsvården är organiserad under den specialiserade vården, knuten till och bedrivs huvudsakligen på sjukhus. En kartläggning från 2023 visade att vilka vårdformer som ingår i kvinnoklinikernas verksamhet kan variera, men i alla klinikers verksamhet ingår förlossningsvård och BB-vård.⁵ Inom vissa regioner är även mödrahälsovården organiserad under kvinnokliniken, medan den i andra regioner är organiserad under primärvården. Mödrahälsovård kan även bedrivas i privat regi.

Tydliga rutiner för samverkan

Skillnaderna i hur vården är organiserad mellan regionerna kan påverka hur tillgången till god och säker vård ser ut över landet [5].

Oavsett hur vården är organiserad i en region, är det viktigt att det finns tydliga strukturer och rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och kvinnosjukvården eller förlossningsvården samt andra aktörer. Det är särskilt viktigt att upprätta avtal med privata aktörer.

⁵ Andra verksamheter som ofta ingår i kvinnoklinikens verksamhet är fostermedicin/ultraljud, auroramottagning, specialistmödrahälsovård, gynekologisk verksamhet, amningsstöd, neonatalavdelning, antenatalavdelning och bäckenbottenmottagning (Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning med verksamhetschefer vid förlossningsklinikerna, 2022).

För att säkerställa kontinuitet i vårdkedjan, säkra vårdövergångar och en sammanhållen vårdkedja är det viktigt att det också finns tydliga rutiner för överrapportering mellan mödrahälsovården, förlossningsvården och barnhälsovården och andra aktörer vid behov. Exempelvis en rutin för information och kunskapsöverföring mellan mödrahälsovård och förlossningsvård gällande avvikelser och vårdskador.

Ledningssystem för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren har ett omfattande ansvar när det gäller vårdskador och händelser som hade kunnat leda till en vårdskada. Det finns författningskrav på att det ska finnas ett ledningssystem för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och det ska finnas en struktur för att kontinuerligt förbättra verksamheten. Varje vårdgivare ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och säkra verksamhetens kvalitet⁶. Det här kan till exempel röra inte bara rapportering inom verksamheten utan även rutiner för information och kunskapsöverföring mellan mödrahälsovård och förlossningsvård gällande avvikelser och vårdskador.

Vid utredning efter vårdskada eller avvikelse ska vårdgivaren ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet⁷. Här kan det alltså handla om att låta den gravida och nyblivna föräldrarnas och partners upplevelse ingå i utredningen. En multiprofessionell bedömning är av stort värde för att identifiera eventuella svagheter i vården avseende personcentrerad vård.

Trots de författningskrav som finns saknas i vissa regioner analys av, eller kännedom om avvikelser inom förlossningsvården, samt struktur för patientsäkerhetsarbetet och tydliga roller, enligt IVO. Iakttagelser från IVO visar vidare att medarbetarna saknar kunskap om patientsäkerhetsarbetet i vissa regioner. Det finns brister i uppföljningen av förbättringsåtgärder och i patienters och närståendes möjlighet att vara delaktiga [5].

⁶ Se SOSFS 2011:9 och HSLF-FS 2016:40

⁷ Se 3 kap. 4 § PSL

Delmål 1: Styrande dokument för samverkan och överrapportering

Delmål 1

Alla regioner har styrdokument som säkerställer samverkan och överrapportering mellan mödrahälsovård, förlossningsvård, neonatalvård och barnhälsovård samt med andra aktörer vid behov, till exempel primärvård, psykiatri, internmedicin och socialtjänst.

Styrdokumentet beskriver en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna samt rutiner för samverkan och är implementerade i berörda verksamheter. Det är särskilt viktigt att det finns avtal med privata aktörer.

Det behöver finnas tydliga rutiner för samverkan, samt rutiner och säkra system för informationsöverföring och överrapportering mellan olika aktörer i vårdkedjan. Det är särskilt viktigt att det finns avtal med privata aktörer.

I ärenden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) förekommer exempel på att bristande personcentrering och kontinuitet i graviditetsvårdkedjan kan ha konsekvenser för patientsäkerheten, exempelvis om bristfällig överlämning mellan olika instanser eller vårdpersonal leder till att information som är avgörande för patientens säkerhet kommer bort [5].

Samverkan för att stärka utsatta grupper

Samverkan och överrapportering är särskilt viktig när det gäller utsatta grupper som

- gravida och nyförlösta med fysisk sjukdom som kräver att flera aktörer är involverade i vården
- gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom
- gravida eller nyförlösta med substansbruk
- gravida med förlossningsrädsla
- andra särskilt utsatta grupper:
 - personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
 - personer med erfarenhet av migration eller rasism
 - personer med funktionsnedsättning
 - flickor och unga vuxna.

- **Läs mer** om utsatta grupper i utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov.

Delmål 2: Patientsäkerhetsplan för hela vårdkedjan

Delmål 2

Alla regioner har en patientsäkerhetsplan för hela vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.

Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Agera för säker vård, bör ligga till grund för en patientsäkerhetsplan för hela vårdkedjan. Vidare behöver nationellt framtagna analysverktyg användas för nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i vårdkedjan samt för identifiering och prioritering av insatser för att stärka patientsäkerheten.

- **Läs mer:** På webbplatsen Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård finns [Analysverktyg patientsäkerhet](#).

Utvecklingsområde 2: Stärkt vård till gravida och nyförlösta med särskilda behov

Utvecklingsområde 2 har tre övergripande mål med fokus på gravida och nyförlösta med särskilda behov:

1. Alla regioner har en organisation och fungerande arbetssätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom identifieras och erbjuds stöd, vård och behandling utifrån behov.
2. Alla regioner har en organisation och fungerande arbetssätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med substansbruk identifieras tidigt och erbjuds anpassat stöd, vård och behandling utifrån behov.
3. Alla regioner erbjuder en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Vården möter behoven hos särskilt utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Vården behöver samordnas

En del gravida och nyförlösta har särskilda behov och kan behöva anpassad information, extra stöd, särskilda insatser eller vård och stöd från flera olika aktörer i vården, vilket förutsätter att vården är samordnad. Det finns många bakomliggande faktorer – både individuella, som ålder och sjukdomsbild, och strukturella, som socioekonomiska och kulturella förhållanden.

Detta utvecklingsområde handlar om gravida och nyförlösta

- med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom
- med substansbruk
- som tillhör en prioriterad grupp som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen, enligt Folkhälsomyndighetens SRHR-plan [24]:
 - personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
 - personer med erfarenhet av migration eller rasism
 - personer med funktionsnedsättning
 - hbtqi-personer
 - unga och unga vuxna
 - äldre.

Uppmärksamma särskilda behov tidigt i graviditeten

Det är viktigt att mycket tidigt i graviditeten uppmärksamma och identifiera om den gravida har behov av anpassad information, särskilda insatser eller vård och stöd från flera olika aktörer i vården.

I det nationella basprogrammet för graviditetsövervakning finns bland annat rekommendationer om att mycket tidigt i graviditeten

- ta en strukturerad anamnes för läkemedelsbehandling samt en medicinsk anamnes, obstetrisk anamnes och anamnes för allvarlig psykisk sjukdom
- samtala om alkoholbruk, narkotikabruk, rökning, snusning och läkemedelsbruk, och identifiera skadligt bruk och beroende
- fråga om könsstympning
- uppmärksamma förlossningsrädsla
- göra en psykosocial bedömning [11].

Att identifiera gravidas och födandes individuella behov tidigt under graviditeten är viktigt för att rätt vård ska kunna erbjudas på rätt nivå under hela vårdkedjan [22].

Nedan presenteras de tre målen, en motivering till varför de är prioriterade, samt förslag till delmål.

Mål 1: Personcentrerad vård vid psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom

Mål 1

Alla regioner har en organisation och fungerande arbetssätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom identifieras och erbjuds stöd, vård och behandling utifrån behov.

Många gravida och nyförlösta lider av psykisk ohälsa. De kan ha gjort det redan tidigare, eller utvecklat psykisk ohälsa i samband med graviditeten eller förlossningen. Detta kan påverka barnet, partner och hela familjen. Ett försämrat samspel med barnet kan till exempel innebära hälsorisker för barnet på både kort och lång sikt. Det är viktigt att alla regioner har en organisation och ett fungerande arbetssätt för gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller sjukdom [2].

Multiprofessionell bedömning och behandling underlättar

Hälso- och sjukvården kan lättare identifiera psykisk ohälsa och erbjuda vård på rätt nivå om gravida med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa får en multiprofessionell bedömning och behandling. Barnmorska, psykolog och läkare arbetar då tillsammans, och remitterar den gravida vidare vid behov [2]. Förutsättningar för detta, till exempel genom att säkerställa rätt kompetens och bemanning, behöver finnas i berörda verksamhet i alla regioner.

Gravida och nyförlösta med en misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom kan behöva vård från flera instanser. De har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det är därför viktigt att det finns implementerade rutiner för samverkan och en tydlig ansvarsfördelning mellan mödrahälsovården och psykiatrin samt andra aktörer. Det är särskilt viktigt att det finns avtal med privata aktörer, om sådana finns.

För att säkerställa en lämplig och god vård har det, enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer [2], högsta prioritet att arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården.

➔ **Läs mer:** Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja, delmål 1: Styrande dokument för samverkan och överrapportering.

Delmål 1: Multiprofessionell bedömning

Delmål 1

Alla regioner har förutsättningar att erbjuda multiprofessionell bedömning och behandling för gravida och nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa.

Det är viktigt att det finns förutsättningar för multiprofessionell bedömning för gravida och nyförlösta med misstänkt eller fastställda psykisk ohälsa i berörda verksamheter inom mödrahälsovården och förlossningsvården i regionerna.

Multiprofessionell bedömning innebär att läkare, barnmorska och psykolog, arbetar tillsammans och vid behov remitterar patienten vidare till vuxenpsykiater och andra professioner med kunskap om diagnostik och behandling.

Mål 2: Personcentrerad vård vid substansbruk

Mål 2

Alla regioner har en organisation och fungerande arbetssätt som säkerställer att gravida och nyförlösta med substansbruk identifieras tidigt och erbjuds anpassat stöd, vård och behandling utifrån behov.

I Sverige räknas all konsumtion av alkohol och narkotika hos gravida som skadligt för fostret. Detta gäller också vissa läkemedel, även i terapeutiska doser. Konsumtion av dessa substanser är också problematisk för nyförlösta. Ett pågående substansbruk påverkar även den psykosociala miljön och bidrar i längden till negativa effekter på barnet. [22]

Identifiera substansbruk tidigt i graviditeten

Tidig identifiering av substansbruk och fosterskadligt bruk hos gravida bör ske inom mödrahälsovården vid inskrivningsbesöket, inom en vecka efter att den gravida tagit kontakt med mottagningen [22].

Gravida med substansbruk bör erbjudas specialistvård och anpassat stöd av ett multidisciplinärt samverkansteam. Där geografiska förhållanden försvårar bildande av samverkansteam bör befintliga verksamheter samverka för att erbjuda den gravida specialistvård och stöd [22].

Nyförlösta med substansbruk bör så tidigt som möjligt erbjudas intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam [22].

För gravida och nyförlösta som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser, är det av högsta prioritet att arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, förlossningsvården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården [22].

➔ **Läs mer:** Utvecklingsområde 1: Mer sammanhållen vårdkedja, delmål 1: Styrande dokument för samverkan och överrapportering.

Delmål 1: Tidig specialistvård för gravida med substansbruk

Delmål 1:

Alla regioner erbjuder gravida med substansbruk specialistvård och anpassat stöd utifrån ett multidisciplinärt samverkansteam.

Det är viktigt att alla regioner skapar förutsättningar inom den egna regionen så att gravida med substansbruk kan erbjudas specialistvård och anpassat stöd utifrån ett multidisciplinärt samverkansteam.

I ett multidisciplinärt samverkansteam kan flera olika specialiteter inom hälso- och sjukvården samverka kring patientens behov. Ofta behövs samverkan även med socialtjänsten.

Delmål 2: Utökat stöd till nyförlösta med substansbruk

Delmål 2:

Alla regioner erbjuder nyförlösta med substansbruk intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökat stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.

Det är viktigt att alla regioner skapar förutsättningar inom den egna regionen så att nyförlösta med substansbruk kan erbjudas intensifierad kontakt i form av återkommande besök, utökad stöd och specialistvård inom ramen för ett samverkansteam.

Delmål 3: Kartläggning och analys av vård för gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller sjukdom, substansbruk eller samsjuklighet

Delmål 3

En nationell kartläggning och analys har gjorts av hur vård och stöd fungerar till gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, substansbruk eller samsjuklighet. Syftet är att identifiera goda exempel och eventuella brister i vårdkedjan, och att ta fram förslag till förbättringsområden.

Detta delmål är viktigt både för att nå mål 1 och mål 2 ovan då det berör vården både till gravida med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom och gravida eller nyförlösta med substansbruk eller med samsjuklighet.

Fler behandlas för psykisk ohälsa

Av de uppföljningar som gjorts av den nationella satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård är det svårt att utläsa om vård och stöd till gravida och nyförlösta med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom fungerar ändamålsenligt. En fördjupad analys av vården till gravida och nyförlösta med substansbruk har inte heller gjorts.

Andelen gravida i riket som har behandlats för psykisk ohälsa har ökat från 6,6 procent 2014 till 9,5 procent 2022 [23]. Ökningen kan bero på att andelen gravida med psykisk ohälsa har ökat eller att hälso- och sjukvården har blivit bättre på att identifiera och erbjuda behandling till gravida med psykisk ohälsa. Andelen som behandlas för psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan regionerna, från som lägst 6,4 procent och som högst 16 procent [23].

För att utveckla mer kunskap om hur vården fungerar under graviditet, förlossning och tiden efter för de med psykisk ohälsa, psykisk sjukdom, substansbruk eller samsjuklighet föreslås en nationell kartläggning och analys. Syftet är att beskriva hur vården fungerar och att identifiera goda exempel från regionerna, eventuella brister i vårdkedjan och ta fram förslag till förbättringar. Skillnader mellan regionerna bör även analyseras.

Mål 3: Personcentrerad vård till särskilt utsatta målgrupper

Mål 4:

Alla regioner erbjuder en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Vården möter behoven hos särskilt utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Folkhälsomyndigheten lyfter i den nationella handlingsplanen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) sex grupper, som generellt har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen [24]. Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder behöver i högre grad anpassas för att nå dessa grupper, enligt Folkhälsomyndighetens handlingsplan [24]. Dessa grupper är

- personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
- personer med erfarenhet av migration eller rasism
- personer med funktionsnedsättning
- hbtqi-personer
- unga och unga vuxna
- äldre.

Behoven varierar inom grupperna

De sex prioriterade grupperna är stora, heterogena och delvis överlappande. Inom respektive prioriterad grupp ryms ett stort antal individer med olika förutsättningar och behov. Individer kan också ingå i flera prioriterade grupper samtidigt. Förutsättningarna och behoven hos de prioriterade grupperna kan därmed variera och sammanfalla.

Ytterligare faktorer som kan påverka förutsättningarna för sexuell och reproduktiv hälsa på individuell nivå är till exempel kroniska sjukdomar och infektioner, psykisk ohälsa, bruk av alkohol och narkotika eller social utsatthet [24].

Inom ramen för regeringens satsning på kvinnors hälsa har regionerna gjort flera insatser för ökad jämlikhet i vården och riktade insatser mot särskilda målgrupper så som utrikesfödda, kvinnor utsatta för könsstympning, socioekonomiskt utsatta grupper och hbtqi-personer. Kvinnor med funktionsnedsättning är inte en framträdande grupp i regionernas insatser, men ett fåtal insatser har gjorts i några regioner.

Vårdanalys bedömer i sin utvärdering av satsningen att skillnader mellan olika grupper, bland annat mellan inrikes- och utrikesfödda, i många fall inte har förändrats under den analyserade tidsperioden. Skillnaderna handlar både om vilken vård kvinnorna får och vad vården får för resultat. Enligt Vårdanalys är det oklart om skillnaderna beror på att insatserna inte varit tillräckliga, eller om det behövs andra insatser som bättre svarar mot behoven.

Förstärk insatserna till särskilda målgrupper

En av slutsatserna i Vårdanalys utvärdering är att regionerna bör fortsätta att förstärka insatser till särskilda målgrupper för att öka jämlikheten i graviditetsvårdkedjan. En utgångspunkt i det fortsatta arbetet bör därför vara att i så stor utsträckning som möjligt dra nytta av varandras erfarenheter och framgångsrika arbetssätt [4].

Tre delmål på vägen mot en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård

Nedan presenteras tre delmål som Socialstyrelsen bedömer är viktiga steg på vägen för att nå det övergripande målet att alla regioner erbjuder en personcentrerad, tillgänglig och jämlik vård under graviditet, förlossning och tiden som är anpassad till och möter behoven hos specifika målgrupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

För att nå det övergripande målet bedömer Socialstyrelsen att det är centralt att följande förutsättningar finns:

- kunskap om hur vården ser ut i dag för dessa grupper, och vilka insatser som behövs för att stärka vården (se delmål 1)
- vårdpersonal med rätt kunskap och kompetens i hela vårdkedjan (se delmål 2 och 3)
- möjlighet för personalen att få handledning och konsultation (se delmål 3)
- ett välfungerande samverkan med andra professioner och vårdområden (se delmål 1 i Mer sammanhållen vårdkedja).

De delmål som presenteras nedan är baserade på dessa förutsättningar.

Delmål 1: Kartläggning och analys

Delmål 1

En nationell kartläggning och analys har gjorts av hur vården under graviditet, förlossning och tiden efter kan bli mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad för personer med svaga socioekonomiska förutsättningar, personer med erfarenhet av migration eller rasism, personer med funktionsnedsättning, hbtqi-personer, samt flickor och unga vuxna.

Det saknas tillräcklig kunskap om hur vården fungerar i dag och vad som eventuellt brister för de grupper som, enligt Folkhälsomyndighetens handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa, är särskilt prioriterade till följd av att på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen [24].

En kartläggning och analys föreslås därför för att identifiera hur vården fungerar i dag. Kartläggningens syfte är att identifiera exempel på fungerande arbetssätt i regionerna, samt brister och förbättringsområden. Kartläggningen ska också ge förslag till insatser på både nationell och regional nivå för var och en av dessa grupper för att uppnå en mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad vård.

Delmål 2: Nationellt utbildningsprogram

Delmål 2

Det finns ett nationellt framtaget utbildningsprogram för personal i vårdkedjan baserat på resultatet av den kartläggning som genomförts (se delmål 1).

Syftet är att vården ska bli mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad för de utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Det är viktigt att i så stor utsträckning som möjligt ta fram kunskap på nationell nivå och samordna utbildningsinsatser för en jämlik vård i hela landet och för att dra nytta av regionernas erfarenheter och sprida framgångsrika arbetssätt. Ett nationellt framtaget utbildningsprogram föreslås därför i syfte att främja ökad kunskap och en mer jämlik, tillgänglig och personcentrerad vård för specifika målgrupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen [24].

Delmål 3: Utbildning, handledning och konsultation

Delmål 3

Alla regioner har en plan för regelbunden, återkommande utbildning och handledning samt möjlighet till konsultation för personal i hela vårdkedjan i frågor som rör bemötande, identifiering, stöd och behandling av gravida och nyblivna föräldrar i utsatta grupper som på gruppnivå har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Utbildningen baseras på det nationellt framtagna utbildningsprogrammet (se delmål 2).

I en regional plan för regelbunden återkommande utbildning och handledning i frågor som rör identifiering, bemötande, stöd och behandling av gravida och nyblivna föräldrar i dessa målgrupper kan följande ingå:

- planering för utbildning av nyanställd personal samt återkommande utbildning för befintlig personal
- inom vilka områden handledning kan ges, av vem och hur
- möjlighet till konsultation: vem, var, hur.

Utvecklingsområde 3: Stärkt kompetensförsörjning

Utvecklingsområde 3 har två övergripande mål med fokus på kompetensförsörjning:

1. Alla regioner bedriver ett strategiskt och målmedvetet arbete för att säkerställa den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter på både kort och lång sikt.
2. Alla regioner har förutsättningar att utöva ett gott ledarskap i både mödrahälsovården och förlossningsvården.

Möjligheten att rekrytera och behålla personal är central för att kunna bedriva en god hälso- och sjukvård. Stärkt kompetensförsörjning har varit ett prioriterat område inom satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa och en stor del av regionernas insatser inom satsningen har relaterat till bemanning [6]. Trots det har samtliga regioner fortfarande utmaningar att bemanna verksamheten, framför allt inom den sjukhusbaserade vården där förlossningsvården ingår.

Svårt att rekrytera barnmorskor

Nationella vårdkompetensrådets rapport Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården [25] visade att samtliga regioner i januari 2023 hade vakanta barnmorsketjänster inom den sjukhusbaserade vården där förlossningsvården ingår. Inom mödrahälsovården och på ungdomsmottagningar fanns också vakanser om än inte lika omfattande. Totalt uppgick de vakanta tjänsterna för barnmorskor till cirka 540 heltidstjänster i riket, varav 470 var i den sjukhusbaserade vården.

Utöver de redovisade vakanserna i verksamheten, har flertalet kliniker även bemannat barnmorsketjänster på BB med sjuksköterskor till följd av att klinikerna inte lyckats rekrytera och anställa tillräckligt många barnmorskor. Flertalet chefer har i intervjuer och enkätsvar lyft att det är önskvärt att bemanna BB med barnmorskor och att kvaliteten på eftervården påverkas negativt av att det är färre barnmorskor på BB. Att det saknas tillräckligt många barnmorskor på BB påverkar även möjlighet att omfördela barnmorskor från BB till förlossningsavdelningen vid behov [25].

Barnmorskor inom förlossningsvården är mindre nöjda

En nyligen gjord nationell enkätundersökning med barnmorskor visar att deras uppfattning om arbetssituationen skiljer sig åt mellan olika verksamheter. De som arbetar i förlossningsvården är betydligt mindre nöjda med sin arbetssituation än de som arbetar inom mödrahälsovården eller på ungdomsmottagning. Undersökningen, som genomfördes hösten 2022 och besvarades av 1 586 barnmorskor från alla regioner, visade att de som arbetade på förlossningsavdelning var mindre nöjda med arbetstidens fördelning över dygnet, arbetsbelastningen och möjligheten till återhämtning under arbetspasset. De ansåg sig också ha lägre möjlighet att ge vård med den kvalitet som de önskar och bedömer ingår i yrkesrollen än de som arbetade inom mödrahälsovården eller på ungdomsmottagning. De upplevde också sämre möjligheter till kompetensutveckling samt i något lägre utsträckning att de får vara delaktiga i utveckling och förändringar på arbetsplatsen [25].

Det finns ett minskat intresse av att jobba i 24–7-verksamhet bland barnmorskor och allt fler nyutbildade barnmorskor börjar sitt yrkesliv som barnmorska inom mödrahälsovården, tidigare var det vanligt att först jobba i förlossningsvården [25]. De vanligaste skälen bland barnmorskor till att välja bort arbete i förlossningsvården är arbetstider, arbetsbelastning och arbetsmiljö. Samtidigt visar Nationella vårdkompetensrådets enkätundersökning med barnmorskor att hälften av dem som inte arbetar i förlossningsvården kan tänka sig att göra det om förutsättningarna ändras [25].

Behovet av grundbemanning har ökat

Antalet barnmorskor som behövs i hälso- och sjukvården påverkas av flera faktorer, som till exempel

- arbetssätt och arbetsuppgifter
- nya riktlinjer
- ökade krav
- vårdtyngd
- riskfaktorer i patientgruppen.

I förlossningsvården har behovet av barnmorskor ökat över tid, bland annat till följd av

- en ökad andel induktioner

- ökade uppmärksammade behov i patientgruppen på grund av bland annat psykisk ohälsa, graviditetsdiabetes och högt BMI
- fler gravida som är äldre.

Förändrade arbetssätt har också lett till behov av ökad grundbemanning

- en födande i aktiv förlossning per barnmorska
- kontinuerligt stöd under förlossningen
- två barnmorskor i slutskedet av förlossningen [25].

Barnmorskans arbete har förändrats

Barnmorskans arbetsuppgifter inom mödrahälsovården har också förändrats över tid i takt med införandet av allt fler medicinska kontroller och tester och ett ökat fokus på den psykologiska hälsan hos de blivande föräldrarna. Arbetsuppgifterna uppges även ha påverkats av andra förändringar i hälso- och sjukvården och i samhället i stort, bland annat genom att individuell vårdplanering har införts och att omfattningen av det främjande och förebyggande folkhälsoarbetet har ökat. Fler gravida med riskfaktorer ökar även vårdtyngden och driver på behovet av barnmorskor inom mödrahälsovården.

Flera av Socialstyrelsens kunskapsstöd och rekommendationer om förändrade arbetssätt riktar sig till mödrahälsovården vilket också kan medföra ett ökat behov av barnmorskor i mödrahälsovården [25].

Brister även inom andra yrkesgrupper

Flera regioner har även brist på andra yrkesgrupper som arbetar i förlossningsvården och mödrahälsovården, som exempelvis obstetrikere och undersköterskor. Vilka yrkesgrupper det är brist på kan variera mellan olika verksamheter både inom och mellan regionerna.

Socialstyrelsens enkätundersökning med chefer vid förlossningsklinikerna (2022) visade att 17 av 42 kliniker vid svarsperioden i juni–augusti 2022 angav att de haft brist på undersköterskor varje dag eller några gånger i veckan de senaste 12 månaderna. Var tredje chef (31 procent) angav att kliniken haft brist på obstetrikere varje dag eller några gånger i veckan [26]. Nya arbetsuppgifter och ändrade arbetssätt, liksom att fler gravida och födande har riskfaktorer, kan även medföra ett ökat behov av andra yrkesgruppers kompetens i vårdkedjan, som exempelvis psykologer, dietister och fysioterapeuter [27].

Tidigare förslag på insatser för en stärkt kompetensförsörjning

Både Nationella Vårdkompetensrådet och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har presenterat flera rekommendationer och konkreta förslag till insatser för en stärkt kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården [6, 25].

Nationella vårdkompetensrådet har lämnat följande förslag och rekommendationer för att attrahera, utveckla och behålla barnmorskor i förlossningsvården:

- Stärk förutsättningarna för en födande i aktiv förlossning per barnmorska.
- Stärk förutsättningarna för teamarbete där professionernas kompetenser tas tillvara i det kliniska arbetet och i verksamhetens ledning och styrning.
- Stärk förutsättningarna för parvård i förlossningsvården.
- Skapa förutsättningar för barnmorskor att i huvudsak arbeta med uppgifter som ingen annan kan utföra genom att överföra serviceuppgifter och administration till servicepersonal och administrativ personal.
- Skapa förutsättningar för arbetsrotation både inom och utanför kliniken.
- Utveckla introduktion och mentorskap för nyutbildade barnmorskor.
- Säkerställ tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för barnmorskor som arbetar i förlossningsvården.
- Tydliggör karriärvägar och kompetensstegar samt utveckla specifika tjänster som synliggör och tillvaratar erfarenhet och kompetens.

Vårdanalys har lämnat tre rekommendationer till regionerna för stärkt kompetensförsörjning i förlossningsvården:

- Följ upp och utvärdera arbetstidsmodellernas ändamålsenlighet
- Ge barnmorskor bättre möjligheter till kompetensutveckling
- Stärk ledarskapet i förlossningsvården

Vårdanalys analyser visar att omkring 60 procent av barnmorskornas arbetspass i förlossningsvården utförs helt eller delvis på obekvämt arbetstid och att arbetstidsmodellerna som används inom förlossningsvården har stor inverkan på förutsättningarna för en tillräcklig bemanning. Det handlar inte minst om den stora andelen obekvämt arbetstid och ersättningen som barnmorskorna får för det, enligt Vårdanalys. Arbetstidsmodellen behöver vara anpassad till den aktuella verksamhetens behov och bemanningssituation, och till medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö [6].

Nedan presenteras de två övergripande målen, en motivering till varför de är prioriterade, samt förslag till delmål.

Mål 1: Strategiskt och målmedvetet arbete för stärkt kompetensförsörjning

Mål 1:

Alla regioner bedriver ett strategiskt och målmedvetet arbete för att säkerställa den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter på både kort och lång sikt.

Nationella vårdkompetensrådets kartläggning visade att trots att samtliga regioner har brist på barnmorskor var det endast fyra regioner som hade en särskild kompetensförsörjningsplan för barnmorskor när rådet kartlade detta i början av 2023 [25].

Ett viktigt steg mot ett mer strategiskt och målmedvetet arbete i regionerna för att säkerställa den egna kompetensförsörjningen, är att alla regioner har en plan för den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning, eftervård som följs upp och uppdateras regelbundet. Vikten av detta har även framförts av Nationella vårdkompetensrådet [25].

En sådan kompetensförsörjningsplan bör även innehålla strategiska insatser för att attrahera, utveckla och behålla barnmorskor och annan vårdpersonal. Resultatet av insatserna bör följas upp regelbundet. I arbetet med att utveckla sådana insatser är det viktigt att regionerna drar lärdom av de analyser som har gjorts inom detta område.

Delmål 1: Plan för kompetensförsörjning

Delmål 1

Alla regioner har en särskild plan för den egna kompetensförsörjningen i vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter. Planen följs upp och uppdateras regelbundet.

Det är viktigt att kompetensförsörjningsplanen innehåller konkreta åtgärder och utgår från verksamhetens behov. Den bör vara tidsatt för att visa på när och i vilken omfattning samtliga delar i planen ska genomföras samt när och hur planen ska följas upp.

Innehåll och upplägg för planen kan variera, men alla planer bör åtminstone omfatta följande delar:

- En bedömning av regionens behov av barnmorskor och andra professioner på kort och lång sikt, både vad gäller antal och erfarenhetsnivå.
- En bedömning av medarbetarnas kompetens utifrån arbetsuppgifter och verksamhetens behov, identifiering av områden där kompetensen behöver stärkas.
- En plan för hur regionen ska säkerställa medarbetarnas kompetens, samt kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling.
- Strategiska insatser för att attrahera, utveckla och behålla medarbetare i både mödrahälsovården och förlossningsvården.

Mål 2: Förutsättningar att utöva ett gott ledarskap

Mål 2

Alla regioner har förutsättningar att utöva ett gott ledarskap i både mödrahälsovården och förlossningsvården.

Ett gott ledarskap är viktigt både för att kunna rekrytera och behålla medarbetare. Det är viktigt att rekrytera rätt personer till chefstjänster men också att säkerställa att det finns organisatoriska förutsättningar för den som är chef att utöva ett gott ledarskap. Antalet medarbetare per chef och tillgång till administrativt stöd är exempel på organisatoriska faktorer som påverkar chefers förutsättningar att utöva ett gott ledarskap [6, 28].

Chefernas förutsättningar behöver stärkas

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer i rapporten I tid och otid (2023:5) [6], som är en fördjupningsstudie av bemanningssituationen i förlossningsvården, att cheferna på flera förlossningskliniker saknar förutsättningar för att utöva ett gott ledarskap. På de tio kliniker som ingår i studien har cheferna en hög arbetsbelastning, ansvarar för många medarbetare och i många fall saknar de tillräckligt administrativt stöd. Mycket tid går åt till att lägga scheman och lösa akuta bemanningssituationer, en del chefer arbetar även kliniskt för att täcka bemanningssluckor.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömer att chefernas förutsättningar behöver stärkas och att en viktig del i det arbetet är att se

över, och vid behov minska, antalet medarbetare per chef. En annan viktig del är säkerställa att cheferna har tillgång till stödstrukturer och att ledarskapsfrågan är prioriterad inom organisationen. Brist på stödstrukturer begränsar chefernas möjligheter att vara närvarande i verksamheten, skapa en god arbetsmiljö och uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning [6].

Även Nationella vårdkompetensrådet har lyft betydelsen av att ge chefer rätt förutsättningar att utöva ett gott ledarskap för att kunna stärka kompetensförsörjningen. Rådet bedömer att det är centralt för att kunna genomföra de rekommenderade insatserna för att attrahera, utveckla och behålla barnmorskor i förlossningsvården som rådet lämnade i rapporten Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3) [25].

Delmål 1: Riktvärden för antal medarbetare per chef

Delmål 1

Alla regioner har fastställt och implementerat riktvärden för antal medarbetare per chef inom både mödrahälsovården och förlossningsvården.

I regionernas utvecklingsarbete mot att skapa förutsättningar för chefer i både mödrahälsovården och förlossningsvården att utöva ett gott ledarskap, bedömer Socialstyrelsen att det är prioriterat att regionerna ser över antalet medarbetare per chef, och minskat antalet vid behov. För att säkerställa att cheferna har ett rimligt antal medarbetare föreslås som delmål att riktvärden för detta tas fram och implementeras.

Delmål 2: Verksamhetsnära administrativt stöd för chefer

Delmål 2

Alla regioner har verksamhetsnära administrativt stöd för schemaläggning och administration för chefer i mödrahälsovården och förlossningsvården.

Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att regionerna analyserar hur stödstrukturerna kring cheferna på verksamhetsnära nivå fungerar, inte minst när det gäller stöd för schemaläggning och administration, och vid behov utvecklar dessa för att frigöra tid och utrymme för chefer att leda och utveckla verksamheten.

Utvecklingsområde 4: Ökad tillgång till aktuell kunskap

Utvecklingsområde 4 har ett övergripande mål med fokus på aktuell kunskap. Nedan presenteras det övergripande målet, en motivering till varför det prioriterat, samt förslag till delmål.

Vården under graviditet, förlossning och tiden efter håller hög kvalitet i Sverige. Men det finns skillnader i vård, behandling och resultat mellan och även inom regionerna. Ett sätt att utjämna dessa skillnader är genom kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning handlar om att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte och att systematiskt utveckla, dela och omsätta ny kunskap. I patientmötet blir kunskapen ett stöd för professionen men också ett verktyg för att göra patienten mer delaktig i sin egen vård tillsammans med professionen. Denna delaktighet är grundläggande för en utveckling som utgår från patientens perspektiv och egen kunskap.[29]

Kunskapen finns bland annat i olika typer av kunskapsstöd, från olika aktörer. Exempel på kunskapsstöd är riktlinjer med eller utan rekommendationer, vägledning, vårdprogram, vårdförlopp och kunskapssammanställningar. De olika kunskapsstöden har olika tänkta mottagare. Beslutsfattare på flera nivåer är en viktig målgrupp och vårdens medarbetare som möter patienter är en annan.

Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning

År 2018 startade Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Målet är en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet. Sex myndigheter, inklusive Socialstyrelsen, ingår i Partnerskapet ihop med regionernas nationella kunskapsstyrningsorganisation.

Syftet med Partnerskapet är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling

samt bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd. Vidare är syftet att bidra till att resurserna inom hälso- och sjukvården används på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap finns tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient.[30]

Mål: Ökad följsamhet till kunskapsstöd

Mål

Kunskapsstöden inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter används av hälso- och sjukvården, vilket ger förutsättningar för en jämlik vård av hög kvalitet, baserad på bästa tillgängliga kunskap.

En undersökning som Socialstyrelsen genomfört på regeringens uppdrag under 2023 [7] visar att mottagare av kunskapsstöd inom vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter upplever att det finns många kunskapsstöd från flera avsändare. De har svårt att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet.

Mottagarna menar också att det finns brister i den egna organisationen för att ta emot, sprida vidare och implementera kunskap. Det är svårt att få till en systematisk implementering och uppföljning av ny kunskap och det är ännu svårare att utmönstra metoder som inte längre är kunskapsbaserade än att införa ny kunskap.

Delmål 1: Kunskapsstyrningsorganisationen är väl känd

Delmål 1:

Kunskapsstyrningsorganisationen på både nationell, regional och lokal nivå för vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter, är väl känd och kommunicerad till mottagare av kunskapsstöden.

Det finns många olika typer av kunskapsstöd från en mängd olika aktörer. Vissa kunskapsstöd är framtagna av myndigheter, andra av regioner, ytterligare andra av professionsföreningar eller vårdaktörer inom primärvård

eller specialiserad vård. För den som arbetar i hälso- och sjukvården är det inte alltid lätt att veta vilket kunskapsstöd som är aktuellt och bör användas.

Det finns kunskapsstyrningsorganisationer på både nationell, regional och lokal nivå. Kunskapsstyrningsorganisationer som verkar på nationell nivå är bland annat Socialstyrelsen, professionsföreningar och specialistföreningar.

Regionerna har en nationell kunskapsstyrningsorganisation bestående av 26 nationella programområden (NPO) och nationella samverkansgrupper (NSG). I de sex sjukvårdsregionerna finns samma struktur i form av sjukvårdsregionala programområden (RPO) som arbetar med samverkan på sjukvårdsregional nivå. För att nå ut med evidensbaserad kunskap i det enskilda patientmötet finns oftast en matchande sakkunnigorganisation i respektive region. Den motsvarar lokal nivå och kallas därför lokala programområden (LPO). Regionerna anpassar införande av nya arbetssätt och kunskapsstöd utifrån lokala analyser och förutsättningar. [31]

Systemet för kunskapsstyrning är alltså komplext. Det är viktigt att organisationen presenteras på ett tydligt och enhetligt sätt för användare av kunskapsstöd. När användarna förstår helheten och de olika nivåerna i systemet kan det också hjälpa dem att förstå vad som är relevant utifrån deras perspektiv. Det är efterfrågat att få en pedagogisk och enkel översikt kring vilka relevanta aktörer som finns, deras olika ansvar och vilka kunskapsstöd som de producerar [7].

Delmål 2: Kunskapsstöden är lättillgängliga

Delmål 2:

Aktuella kunskapsstöd inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter är lättillgängliga, målgruppsanpassade, uppdaterade och enhetligt utformade.

I delmålet ingår även utmönstring av åtgärder eller arbetssätt som inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eller av andra skäl inte längre bör erbjudas inom hälso- och sjukvården.

Kunskapsstöden behöver vara målgruppsanpassade, enhetligt utformade och tillgängliggöras digitalt så att användarna snabbt och enkelt kan hitta rätt information. Kunskapsstöden behöver också beskrivas enhetligt, exempelvis avseende målgrupp, huvudsyfte och grad av styrning. Det finns ett kodverk för en enhetlig beskrivning som kan användas. Kodverket är integrerat i

Socialstyrelsens metadatamodell för kunskapsstöd och är avsedd att kunna användas av flera aktörer. Det är även viktigt att termer och begrepp används med samma betydelse. [7]

De nationella aktörer som tar fram kunskapsstöd behöver även tydliggöra vilka åtgärder eller arbetssätt som inte är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, eller av andra skäl inte längre bör erbjudas, och därför behöver utmönstras. En uppföljning behöver också göras av att sådan utmönstring verkligen sker.

Delmål 3: Kunskapsstöden lanseras och implementeras

Delmål 3:

Kunskapsstöden inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter lanseras och implementeras i hälso- och sjukvården så att målgrupperna lätt kan få tillgång till och använda ny kunskap.

Samordning, tydlighet, struktur och tillgänglighet är förutsättningar för att kunna ta emot och implementera ny kunskap [7]. För att ge användare av kunskapsstöd en tydlig och enhetlig översikt över kommande kunskapsstöd föreslås därför att de nationella aktörerna tar fram en gemensam implementeringsplan för kommande kunskapsstöd. Implementeringsplanen bör innehålla deadlines och inplanerad uppföljning. De nationella aktörerna föreslås också gemensamt lansera nya kunskapsstöd vid särskilda tillfällen, till exempel årligen. Då presenteras även implementeringsplanen för kommande kunskapsstöd.

Det är viktigt att information om ny kunskap når rätt mottagare på rätt sätt och i rätt led. Ett sätt som underlättar är att regionen har en stödjande struktur för informationsinhämtning, exempelvis en kanal in och en uttalad fungerande organisation för vidare informationsspridning ut i verksamheterna. [7]

Varje region föreslås därför ha en uttalad fungerande organisation för mottagande av ny kunskap och för spridning av kunskapen till relevanta användare. Där behöver också finnas en verksamhetsnära lokal funktion med tydligt uppdrag, tid och mandat. Funktionen ansvarar för att stödja implementeringen av kunskapsstöd och för att genomföra verksamhetsnära uppföljning av användningen [7].

Delmål 4: Ny kunskap tillämpas

Delmål 4:

Det finns en nationell modell för hur uppföljning ska göras av att ny kunskap tillämpas inom vårdkedjan graviditet, förlossning och tiden efter.

Det är många mottagare av kunskapsstöd som upplever att uppföljningen av implementerade kunskapsstöd är bristfällig och utan systematik. En del är tveksamma till ifall uppföljningen görs på rätt indikatorer, och om det är rätt parametrar som följs upp. Uppföljningen behöver ses som en naturlig del av implementeringen och de aktörer som tar fram olika typer av kunskapsstöd, rekommendationer eller riktlinjer bör vara engagerade i att följa upp hur de efterlevs. En modell för hur uppföljningen kan göras behöver tas fram. [7]

Utvecklingsområde 5: Mer samordnad och jämlik förlossningsvård

Utvecklingsområde 5 har ett övergripande mål med fokus på en mer samordnad förlossningsvård.

Sverige har i internationell jämförelse en mycket god och säker förlossningsvård. Andelen barn som dör innan eller i samband med förlossning har minskat och mödradödligheten är fortsatt mycket låg. Andelen bristningar grad 3–4 sjönk i hela landet fram till 2018 och har sedan dess legat stabilt på 2,6 procent.

Vid en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde sommaren 2022 svarade 38 av 42 förlossningskliniker att de har rutiner för att det ska vara två personer vid undersökning av förlossningsbristningar och vid efterföljande suturering [26]. Området svåra bristningar ges fortsatt hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter (2023) [2] i vilket det rekommenderas att två utförare ska diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar för nyfödda som fött vaginalt.

Enligt graviditetsregistrets årsrapport 2022 [23] så noteras dock en trend av ökad andel kejsarsnitt, stora blödningar, och fler barn som föds med låg

Apgar⁸. Andelen inducerade förlossningar har ökat från strax över 14 procent år 2012 till drygt en fjärdedel år 2021. Bland förstföderskor har andelen induktioner ökat från cirka 16 procent 2012 till omkring 30 procent 2021 [32]. Det finns också stora skillnader mellan förlossningsklinikernas utfall. Nedan visas några exempel på skillnader mellan förlossningsklinikerna från graviditetsregistrets årsrapport 2022 [23].

- Andel förstföderskor som fått smärtlindring med epiduralblockad (EDA) varierade mellan klinikerna från 36 procent till 79 procent.
- Andelen förlossningar som startade med induktion varierade mellan 19 procent till 36 procent.
- Andelen planerade kejsarsnitt var 7,6 procent i riket med en variation mellan förlossningsklinikerna från 3,7 procent till 12 procent.
- Andelen akuta kejsarsnitt var 10 procent, och de varierade mellan klinikerna från 7,3 procent till 13 procent.
- Den totala andelen perinealbristning grad 3–4 varierade mellan klinikerna från 0,8 procent till 3,5 procent.
- Andelen stor blödning (> 1000 ml) varierade vid planerade kejsarsnitt från 3,6 procent till 25 procent och vid akuta kejsarsnitt från 8,7 procent till 31 procent.
- Andelen med högt skattad förlossningsupplevelse (VAS 8–10) varierade mellan 53 procent till 72 procent.

Som en del av ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen under 2023 genomfört en översikt av förlossningsvården i Sverige med fokus på likheter och skillnader i handläggning av normalförlossning [12]. Översikten visar att praxis i handläggningen skiljer sig och att detta till viss del kan härledas till skillnader i förutsättningar, resurser, ersättningsmodeller och organiseringen av vården. Samtidigt visar översikten att en del skillnader i handläggning inte beror på skillnader i förutsättningar eller resurser utan snarare på ”kultur”. Ett exempel är att det finns tydliga skillnader mellan förlossningsklinikerna i synen på när ett planerat kejsarsnitt kan vara motiverat, vilket märks i stora regionala skillnader i frekvensen av planerade kejsarsnitt [4].

Enligt Socialstyrelsens översikt kan det vara motiverat med skillnader i delar av handläggningen men på andra områden skulle en nationellt samlad vägledning, utifrån bästa tillgängliga kunskap, vara motiverat inom exempelvis följande områden:

⁸ Apgar är en bedömning av hur barnet mår vid en, fem och tio minuters ålder. Fem parametrar ingår som vardera ger noll till två poäng, sk Apgarpoäng. Dessa parametrar är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Ju högre poäng som barnet får desto bättre mår det, sammantaget kan barnet få tio poäng vid varje bedömningstillfälle.

- samordningen mellan enheter, som primärvård, inklusive mödrahälsovård, psykiatri, förlossning, neonatalvård, barnhälsovård och annan eftervård (vilket ansluter till utvecklingsområde Mer sammanhållen vårdkedja)
- amniotomi
- vägledning vid värksvaghet
- smärtlindring
- uppföljning och återkoppling kring förlossningsskador.

Nedan presenteras det övergripande målet, en motivering till varför det prioriterat, samt förslag till delmål.

Mål: En samordnad förlossningsvård

Mål:

En nationellt samordnad förlossningsvård med hög kvalitet erbjuds i hela landet.

Enligt den kartläggning som Socialstyrelsen genomfört skulle en nationellt gemensam handläggning av vissa områden inom förlossningsvården behöva utformas, till exempel som nationella riktlinjer eller vårdprogram [26]. En mer gemensam praxis ger ett mer enhetligt arbetssätt, bidrar till utvecklingen av den svenska förlossningsvården och ökar möjligheten att jämföra resultat mellan kliniker och regioner.

Mödrahälsovården har en nationell välfungerande samordning genom två nätverk, MÖHL- respektive SAMBA-nätverket med representanter för överläkare och barnmorskor från samtliga regioner. Det finns även en nationell arbetsgrupp (NAG), som arbetar med regionernas nationella kunskapsstyrning för mödrahälsovården. Den är organiserad under det nationella programområdet (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossningsvård.

Inom förlossningsvården finns inte samma nära samarbete på nationell nivå. Det finns grupper som verkar för viss samordning, men de är begränsade till läkare eller till vissa specifika områden.

Ett nationellt forum för både läkare och barnmorskor skulle främja nationell samverkan och erfarenhetsutbyte för att lära av varandra och utveckla arbetssätt.

Delmål 1: Ett nationellt vårdprogram för normalförlossning

Delmål 1

Alla förlossningskliniker följer ett nationellt vårdprogram för normalförlossning.

En lämplig nationell aktör föreslås få i uppdrag att ta fram ett nationellt vårdprogram för normalförlossning. I uppdraget bör även ingå att ta fram ett förslag på hur förankring, publicering och implementering av vårdprogrammet ska göras.

Delmål 2: Ökad nationell samordning

Delmål 2

Alla förlossningskliniker samverkar nationellt och utbyter erfarenheter i ett nationellt forum i syfte att lära av varandra och utveckla arbetssätt.

En nationell aktör föreslås ansvara för att etablera en nationell samordningsgrupp inom förlossningsvården. Den nationella samordningsgruppen bör baseras på redan existerande forum.

Delmål 3: Minskade omotiverade skillnader

Delmål 3

Omotiverade skillnader mellan förlossningsklinikernas utfall och resultat har minskat genom återkommande uppföljning och redovisning av förlossningsklinikernas utfall och resultat.

En sådan uppföljning görs av data från nationella register och kvalitetsregister för exempelvis

- kejsarsnitt, planerade

- kejsarsnitt, akuta
- kejsarsnitt utan medicinsk indikation
- bristningar
- blödningar
- förlossningsupplevelsen
- handlingsplan efter en negativ förlossningsupplevelse
- tidigt amningsstöd
- möjlighet till samvård.

Utfall, resultat och skillnader i förutsättningar och arbetssätt, diskuteras lämpligen i den nationella samordningsgruppen.

Utvecklingsområde 6: Stärkt och utvecklad eftervård

Under den första tiden efter en graviditet och förlossning finns det en ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar. Eftervården är den del i vårdkedjan som de som varit gravida och fött barn är minst nöjda med. Ett flertal brister i vården efter förlossning uppmärksammades av Socialstyrelsen i en kartläggning 2017 [8]. Sedan dess har olika insatser gjorts för att stärka och utveckla eftervården i regionerna. Kunskapsstöd och nationella riktlinjer har också tagits fram av Socialstyrelsen och flera rekommendationer som rör tiden efter förlossning är högt prioriterade.

Både rapporter från SKR [33-35] och Myndigheten för Vård och omsorgsanalys visar att det finns ett fortsatt stort förbättringsutrymme i eftervården [27]. Prioriterade förbättringsområden inom eftervården handlar både om information och förberedelse inför tiden efter förlossningen, förbättrad uppföljning samt om att utveckla tillgång till stöd, vård och behandling vid hälsoproblem efter förlossning, inklusive amningsstöd.

Fyra övergripande mål för eftervården

Inom utvecklingsområdet En stärkt och utvecklad eftervård finns fyra övergripande mål:

1. Alla regioner erbjuder information och förberedelse inför föräldraskap och tiden efter förlossning på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.
2. Alla regioner erbjuder förlossningssamtal på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.
3. Alla regioner erbjuder strukturerad och individanpassad uppföljning under eftervårdsperioden.

4. Alla regioner erbjuder hög tillgänglighet till professionell bedömning av fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning samt stöd och behandling utifrån behov, inklusive amningsstöd.

Nedan presenteras de fyra övergripande målen, en motivering till varför de är prioriterade, samt förslag till delmål.

Mål 1: Information och förberedelse

Mål:

Alla regioner erbjuder information och förberedelse inför föräldraskap och tiden efter förlossning på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.

Information om veckorna, månaderna och året efter förlossningen är ett återkommande önskemål från dem som fött barn. De nyförlösta beskriver att de känt sig oförberedda på både fysiska och psykiska förändringar efter förlossningen och inför den första tiden som förälder. Redan under graviditeten och vid flera upprepade tillfällen önskas information för att öka känslan av att vara förberedd [27, 33, 36].

Ett nationellt framtaget stödmaterial

Även om det finns variationer på individuell nivå så är den fysiologiska och psykologiska omställningsprocessen efter en graviditet och förlossning i grunden densamma oavsett var i landet man bor. Den grundläggande information och förberedelse som erbjuds skulle därmed kunna vara densamma i hela landet, även om anpassningar också kan behöva göras efter individens unika situation. Ett nationellt framtaget informations- och stödmaterial som är målgruppsanpassat och kan användas inom mödrahälsovården i hela landet för att informera och förbereda inför den första tiden efter förlossningen skulle kunna bidra till att fler känner sig förberedda.

Föräldraskapsstöd i mindre grupper

Som ett komplement till individuell information och förberedelse rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården erbjuder gravida och deras partner eller medförälder föräldraskapsstödande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar. Utbildning, handledning och fortbildning i pedagogik och metodik rekommenderas erbjudas till gruppledaren [22].

Föräldraskapsstöd i mindre grupper kan ge många positiva effekter. Bland annat kan det stärka föräldrarnas förmåga att möta barnets behov och underlätta omställningen efter graviditeten och förlossningen. Det kan förse blivande föräldrar med problemlösningstrategier som kan stärka deras förmåga att hantera tiden efter graviditet och förlossning och den första tiden som förälder [22].

Stödet varierar mellan regionerna

Andelen förstagsföräldrar som deltagit i föräldraskapsstöd under graviditeten har minskat över tid och var som lägst under pandemiåren 2020–2021. Under 2022 ökade andelen något. Andelen förstfödorskor som under 2022 deltog i föräldraskapsstöd var 49 procent i riket men varierade kraftigt mellan regionerna, från som lägst 9 procent och som högst 81 procent [23]. Formen för föräldraskapsstöd varierade också mellan regionerna; en del erbjöd sammanhållna grupper med flera träffar, andra erbjöd storgruppsföreläsningar, digitala gruppträffar eller endast enskilt stöd [23].

Ett föräldraskapsstödsprogram för mödrahälsovården som tas fram på nationell nivå med ett genomarbetat upplägg och innehåll för föräldraskapsstöd i grupp skulle kunna bidra till att fler erbjuds föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper under graviditeten.

Nedan presenteras tre delmål som bedöms vara viktiga steg på vägen mot det övergripande målet att information och förberedelse inför föräldraskap, återhämtning och tiden efter förlossning erbjuds på ett likvärdigt sätt i hela landet anpassat efter individens förutsättningar och behov.

Delmål 1: Ett gemensamt och målgruppsanpassat informations- och stödmaterial

Delmål 1

Alla regioner har ett gemensamt och målgruppsanpassat informations- och stödmaterial som används inom mödrahälsovården för att informera om och förbereda gravida och deras eventuella partner eller medförälder inför föräldraskap och tiden efter förlossning.

Delmålet är uppdelat i två steg:

1. Informations- och stödmaterial för att informera om och förbereda gravida och eventuella partner eller medföräldrar inför föräldraskap och tiden efter förlossning har tagits fram på nationell nivå.
2. Materialet används inom berörda verksamheter i regionerna.

Det är viktigt att informationsmaterialet är målgruppsanpassat och finns på olika språk.

Stödmaterial kan in första hand rikta sig till barnmorskor i mödrahälsovården och specialistmödravården. Det kan innehålla förslag på frågor att ta upp och prata om med gravida och andra blivande föräldrar för att förbereda dem inför föräldraskap, återhämtning och den första tiden efter förlossningen. Det är viktigt att målgruppen involveras i processen när materialet tas fram.

Det är inte kostnadseffektivt att varje region eller enskilda barnmorskemottagningar tar fram eget informationsmaterial. Det bidrar inte heller till en jämlik vård över landet. För att skapa förutsättningar för ett mer likvärdigt arbetssätt i hela landet föreslår vi därför ett gemensamt informations- och stödmaterial på nationell nivå som är anpassat till olika målgrupper.

Delmål 2: Föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper

Delmål 2

Alla regioner erbjuder möjlighet för gravida och deras eventuella partner eller medförälder att delta i föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar.

Föräldraskapsstödjande insatser i mindre grupper tillsammans med andra blivande föräldrar rekommenderas av Socialstyrelsen i syfte att öka de blivande föräldrarnas medvetenhet om sina egna resurser och förse dem med problemlösningstrategier som kan stärka deras förmåga att hantera den första tiden efter graviditet och förlossning och den första tiden som förälder [22].

Små och sammanhållna föräldragrupper kan ge flera fördelar [22]:

- 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.

Delmål 3: Föräldragrupsprogram för mödrahälsovården

Delmål 3

Det finns ett nationellt program för föräldraskapsstöd i grupp som kan användas inom mödrahälsovården, inklusive specialistmödravården, i alla regioner.

Programmet kan innehålla förslag på antal tillfällen samt förslag på innehåll vid respektive tillfälle och stödmaterial. Det är viktigt att programmet tas fram i samverkan med föräldrar och yrkesverksamma och anpassas till målgruppens behov.

Blivande föräldrar är dock inte en homogen grupp. Föräldraskapsstödsprogrammet kan behöva anpassas till olika grupper av föräldrar. Riktade program eller riktat innehåll kan tas fram till specifika målgrupper utifrån behov.

Mål 2: Förlossningssamtal

Mål:

Alla regioner erbjuder förlossningssamtal på ett likvärdigt sätt, anpassat efter individens förutsättningar och behov.

Att bli lyssnad till och att få möjlighet att berätta om förlossningen är viktigt för många som fött barn. Att få förståelse för händelseförloppet under förlossningen och uttrycka och bearbeta känslor kring sin förlossningsupplevelse kan bidra till en upplevelse av känslomässigt stöd, stärka den nyförlöstas känsla av kontinuitet och bidra till en positiv

förlossningsupplevelse. Det är också en möjlighet att ställa frågor och få information. Samtalet bör erbjudas med den barnmorska som medverkade vid förlossningen, eller med en annan barnmorska om den nyförlösta önskar det [22].

Förlossningssamtal kan också ge en möjlighet till verksamhetens lärande och kvalitetsutveckling.

Om det finns misstanke om en traumatisk förlossning rekommenderas att i samråd med den nyförlösta remittera till psykolog eller psykoterapeut med relevant kompetens [22].

Det saknas nationell uppföljning av samtal

Det har inte gjorts någon nationell uppföljning av hur många som erbjuds samtal om förlossningen och förlossningsupplevelsen i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation. Det saknas också nationell uppföljning av om samtalet, i de fall det erbjuds, är upplagt på ett sådant sätt att det möter nyförlöstas behov. I graviditetsenkäten ingår visserligen en fråga om förlossningssamtal och utskrivningssamtal men svaren är svårtolkade på grund av hur frågan är ställd.

Förutsättningarna för att erbjuda samtalet ser olika ut på förlossningsklinikerna, liksom synen på vad förlossningssamtal är och vad det bör innehålla. Ett stödmaterial som tas fram på nationell nivå med förslag på tidsåtgång, innehåll och upplägg kan bidra till att samtalet erbjuds på ett mer likvärdigt sätt i hela landet.

Uppföljande samtal i samband med det senare eftervårdsbesöket

I arbetet med denna plan har det framförts synpunkter om att det är viktigt att förtydliga att ett uppföljande samtal om förlossningsupplevelsen även behöver erbjudas inom mödrahälsovården i samband med det senare eftervårdsbesöket som ska erbjudas 6–16 veckor efter förlossningen, i enlighet med det nationella basprogrammet för graviditetsövervakning. 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.

Delmål 1: Ett nationellt stödmaterial

Delmål 1

Alla regioner använder ett nationellt stödmaterial för samtal om förlossningsupplevelsen.

Delmålet är uppdelat i två steg:

1. Stödmaterial för samtal om förlossningsupplevelsen har tagits fram på nationell nivå med förslag på tidsåtgång och övergripande frågor att prata kring.
2. Materialet används inom berörda verksamheter i regionerna.

Ett stödmaterial för samtal om förlossningsupplevelsen kan innehålla förslag på tidsåtgång och förslag på frågor att prata kring. Det är viktigt att representanter från berörda verksamheter i regionerna deltar i arbetet. Patientmedverkan är också viktig för att säkerställa att upplägget möter målgruppens behov och förväntningar på samtalet.

Det behöver finnas förutsättningar i verksamheten att erbjuda förlossnings-samtal till alla som fött barn med stöd av det material som tas fram.

Delmål 2: Erbjudande om uppföljande samtal

Delmål 2

Alla regioner erbjuder uppföljande samtal och stöd till nyförlösta som har ett behov av att bearbeta sin förlossningsupplevelse.

I alla regioner och berörda verksamheter behöver det finnas rutiner som är kända och implementerade och som säkerställer att nyförlösta med behov av uppföljande samtal och stöd, till exempel efter en traumatisk förlossningsupplevelse, eller när det finns misstanke om detta, skyndsamt remitteras till psykolog eller psykoterapeut.

Mål 3: Strukturerad och individanpassad uppföljning

Mål 3:

Alla regioner erbjuder strukturerad och individanpassad uppföljning under eftervårdsperioden.

Korta vårdtider kombinerat med bristande kontinuitet och uppföljning kan innebära en ökad risk att behov av stöd för fysiska, psykiska eller amningsrelaterade svårigheter inte identifieras och uppmärksammas när föräldrar och barn har kommit hem från sjukhuset [2].

Många som fött barn vet inte heller vart de ska vända sig om de inte mår bra efter förlossningen. Det gäller både fysiskt och psykiskt mående [33].

Det finns ett behov av att stärka och utveckla en strukturerad och individanpassad uppföljning av nyförlöstas fysiska och psykiska hälsa och återhämtning efter förlossning [2].

Planera uppföljningen redan under graviditeten

Socialstyrelsen rekommenderar att mödrahälsovården, utöver det eftervårdsbesök som erbjuds 6–16 veckor efter förlossningen, även följer upp förlossningen och den nyförlöstas hälsotillstånd strukturerat under den första till andra veckan efter hemgång från BB. Rekommendationen har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter [2]. Det varierar i vilken utsträckning som detta görs i dag inom mödrahälsovården i landets regioner.

Fler tillfällen för uppföljning kan vara aktuellt [2, 22] till exempel vid förlossningsbristningar, psykisk ohälsa, graviditetsdiabetes, pre-eklampsi, övervikt och fetma eller andra skäl som kräver fler tillfällen för uppföljning.

Planering för uppföljning av den nyförlöstas fysiska och psykiska omställning efter förlossningen, inklusive amningsstöd, bör göras tillsammans med den gravida och starta redan under graviditeten.

Planeringen kan sedan ses över och vid behov uppdateras efter förlossningen innan de lämnar sjukhuset [22]. Både mödrahälsovården och förlossningsvården behöver därmed vara involverade i den individuella eftervårdsplaneringen.

Delmål 1: En individuell eftervårdsplan med samma struktur

Delmål 1:

Gravida och nyförlösta har en individuell eftervårdsplan som har samma struktur i alla regioner.

Delmålet är uppdelat i två steg:

1. Ta fram mall för eftervårdsplan på nationell nivå.
2. Eftervårdsplanen används i berörda verksamheter i alla regioner.

Planen bör tas fram av barnmorskan inom mödrahälsovården i samråd med den gravida [22]. Planen bör kopplas till journalen. Det är viktigt att planen sedan ses över efter förlossningen innan den nyförlösta lämnar sjukhuset och uppdateras vid behov [22]. Att den gravida är delaktig i planeringen och har tillgång till sin egen individuella eftervårdsplan är centralt.

Planen föreslås vara digital och omfatta planering för uppföljning av den nyförlöstas fysiska och psykiska omställning efter förlossningen, inklusive amningsstöd. Det är viktigt att det av planen framgår både vilken uppföljning som ska göras efter förlossningen och vart den nyförlösta ska vända sig vid olika hälsoproblem efter förlossning. Hälso- och sjukvården behöver även tillsammans med den gravida eller nyförlösta ta ställning till om de bör planera för tätare uppföljning, eller om det krävs några andra åtgärder för att stödet ska bli så bra som möjligt [22].

Enhetlighet i struktur, innehåll, rutiner och implementering

En mall för individuell eftervårdsplan föreslås tas fram på nationell nivå i syfte att skapa förutsättningar för att planeringen görs på ett likartat sätt i hela landet och att väsentliga delar ingår i planen oavsett var i landet man bor.

På regional nivå behöver beslutsfattare i regionen ansvara för att eftervårdsplanen implementeras i berörda verksamheter inom den egna regionen och att det finns förutsättningar för detta i verksamheten. Det behöver också finnas rutiner för överrapportering av planen mellan mödrahälsovården och förlossningsvården.

Delmål 2: Tidig uppföljning efter förlossning inom mödrahälsovården

Delmål 2

Alla regioner erbjuder tidig uppföljning efter förlossning i mödrahälsovården, utöver det senare eftervårdsbesök som redan erbjuds i dag, 6–16 veckor efter förlossning.

Det är viktigt att det finns förutsättningar inom mödrahälsovården i alla regioner att erbjuda tidig uppföljning efter förlossningen under den första till andra veckan efter hemgång från BB. Att skapa förutsättningar kan till exempel handla om att tydliggöra eller utveckla mödrahälsovårdens uppdrag, säkerställa ekonomisk ersättning i förhållande till uppdraget samt säkerställa att andra förutsättningar finns så som tillräcklig bemanning och rätt kompetens bland vårdpersonalen.

Flera regioner har påbörjat arbete med att utveckla möjlighet till tidig uppföljning inom mödrahälsovården, men det varierar hur långt man har kommit. Uppföljningen sker i de flesta fall per telefon men det förekommer även digital uppföljning och mottagningsbesök hos barnmorska inom mödrahälsovården, enligt uppgifter från graviditetsregistret 2022.

Delmål 3: Utökad uppföljning vid behov

Delmål 3

Alla regioner erbjuder anpassad uppföljning enligt den individuella eftervårdsplanen till nyförlösta med ett utökad behov av uppföljning efter förlossningen.

Det är viktigt att tydliggöra vilka hälsoproblem efter förlossning som kräver olika typer av kompetenser, och att säkerställa tillgång till rätt kompetens vid uppföljning. Därför behövs det rutiner för uppföljning vid olika hälsotillstånd och förutsättningar för berörda verksamheter att följa dem.

Mål 4: Hög tillgänglighet till professionell bedömning av hälsoproblem

Mål 4:

Alla regioner erbjuder hög tillgänglighet till professionell bedömning av fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning, samt stöd och behandling utifrån behov, inklusive amningsstöd.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården bland annat ska vara lätt tillgänglig⁹. Tillgänglighet handlar om att veta vart man ska vända sig vid hälsoproblem, det ska gå snabbt att komma i kontakt med vården och vård ska ges i rätt tid.

Efter en förlossning kan hälsoproblem uppstå som kräver behandling. Om den nyförlösta inte får rätt behandling i rätt tid och på rätt vårdnivå finns det risk för försämrad hälsa och längre sjukdomstillstånd. Det är därför av högsta prioritet att de som har besvär efter förlossningen lätt kan få kontakt med mödrahälsovården för en bedömning av vårdbehovet [2].

Amningsstöd

Hälso- och sjukvården bör erbjuda amningsstöd efter förlossningen och efter hemgång från sjukhuset utifrån den nyförlöstas egna önskemål och barnets behov. Det är viktigt att den nyförlösta får det stöd hon behöver, såväl i den initiala amningsfasen som senare [22].

Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Konsumentverket har tillsammans tagit fram en nationell amningsstrategi, för att främja och stödja amning effektivt. En viktig utgångspunkt är Tio steg som främjar amning, som baseras på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding [37].

Bedömning och behandling vid bäckenbottenbesvär

För nyförlösta med bäckenbottenproblem efter förlossning behöver det finnas tillgång till multiprofessionella team för bedömning, behandling och rehabilitering. Även detta har högsta prioritet enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter (2023) [2].

⁹ Se 5 kap. 1 § 5 p HSL.

Vården behöver bli mer tillgänglig

Flera rapporter har uppmärksammat att de som fött barn upplever det svårt att få kontakt med vården vid hälsoproblem efter förlossningen. Flertalet upplever också att de inte fått tillräckligt stöd om de haft problem med amning [27, 33, 36].

Enligt Graviditetsenkäten 2022 visste var tredje nyförlöst inte vart hon skulle vända sig om hon inte mår bra fysiskt efter förlossningen och var fjärde visste inte vart hon skulle vända sig om hon inte mår bra psykiskt. I Graviditetsenkätens fritextsvar finns det önskemål om att vården bör bli mer tillgänglig och det är framför allt tillgängligheten i mödrahälsovården efter förlossningen och vårdutbudet i eftervården som lyfts fram. Många beskriver att ”det är en kamp att få hjälp av vården” och ibland beskrivs att vårdpersonalen inte heller verkar veta vart den nyförlösta kan vända sig. Andra upplever att de bollas mellan instanser och att ingen vill eller kan ta ansvar [33].

Nedan presenteras förslag till fyra delmål som bedöms vara viktiga steg på vägen för att nå det övergripande målet att alla regioner erbjuder hög tillgänglighet till professionell bedömning av fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning samt stöd och behandling utifrån behov, inklusive amningsstöd.

Delmål 1: Snabb bedömning av fysiska och psykiska besvär

Delmål 1

Alla regioner har förutsättningar inom mödrahälsovården att snabbt kunna erbjuda bedömning av fysiska och psykiska besvär efter förlossning.

Det är viktigt att analysera vilka hälsoproblem efter förlossning som kräver olika typer av kompetenser, så som exempelvis barnmorskekompetens, medicinsk kompetens samt psykologisk kompetens.

Att skapa förutsättningar kan handla om att tydliggöra eller utveckla mödrahälsovårdens uppdrag, säkerställa ekonomisk ersättning i förhållande till uppdraget samt säkerställa att andra förutsättningar finns, som tillräcklig bemanning och rätt kompetens bland vårdpersonalen.

Delmål 2: Tillgång till multiprofessionella team vid bäckenbottenbesvär

Delmål 2

Alla regioner har tillgång till multiprofessionella team för bedömning, behandling och rehabilitering vid bäckenbottenbesvär efter förlossning.

Med multiprofessionella team menas team med fysioterapeuter, läkare och barnmorskor, och andra relevanta yrkesgrupper efter behov, till exempel uroterapeuter [2].

Det är viktigt att säkerställa att dimensioneringen av dessa team möter vårdbehovet hos patienterna för att kunna erbjuda en tillgänglig vård och rimliga väntetider.

Delmål 3: Tydliga remissvägar

Delmål 3

Alla regioner har tydliga remissvägar för fysiska och psykiska hälsoproblem efter förlossning.

Det är viktigt att tydliggöra vilka hälsoproblem efter förlossning som ska behandlas inom mödrahälsovården och vilka hälsoproblem som ska remitteras vidare till andra instanser.

En hänvisningskarta eller motsvarande för fysiska, psykiska och amningsrelaterade hälsoproblem efter förlossning inom regionerna kan tas fram.

Det behöver även finnas tydliga rutiner för de hälsoproblem som kräver högspecialiserad rekonstruktiv kirurgi efter förlossningsskador.

Delmål 4: Professionellt amningsstöd

Delmål 4

Alla regioner erbjuder nyförlösta snabb tillgång till professionellt amningsstöd och professionell bedömning, vård och behandling vid amningsrelaterade komplikationer.

Det är viktigt att det är tydligt vart nyförlösta ska vända sig för professionellt stöd och för bedömning och behandling vid amningsrelaterade komplikationer.

Vårdpersonalen behöver ha tillräcklig kompetens om amning och amningsrelaterade komplikationer. Det är också viktigt att vårdutbudet är dimensionerat efter hur stor efterfrågan är, för en tillgänglig vård och rimliga väntetider.

Förteckning över indikatorer och centrala mått

Socialstyrelsen har utarbetat 18 indikatorer och centrala mått kopplade till den nationella planen. För en del av indikatorerna finns data tillgänglig i befintliga datakällor, såsom registerdata, och för övriga finns i nuläget inga nationella datakällor.

För att få en nationell bild bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av enkäter för datainsamling som en del av utvärderingen för att analysera utvecklingen av och kvaliteten inom området. Detta motiverar det merarbete det kan innebära för vårdgivarna att besvara Socialstyrelsens enkät. Vissa uppgifter kan dock redan finnas i administrativa system och vara lätta att ta fram.

Indikatorerna ska ge en helhetsbild

Indikatorerna följer upp centrala aspekter inom området graviditet, förlossning och tiden efter och omfattar både processmått och resultatmått. Syftet är att visa en helhetsbild av hur det går för målgruppen gravida och nyförlösta och om vården blir bättre när planen har implementerats och riktlinjerna efterlevs. Indikatorerna har utarbetats enligt Socialstyrelsens handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg [9].

Vissa av indikatorerna är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas att datakällorna behöver utvecklas ytterligare, till exempel uppnå en ökad täckningsgrad, för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Dessa indikatorer kan komma att revideras vid kommande uppföljningar.

Centrala mått belyser jämlikheten

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. De faller då inte inom ramverket för indikatorer eftersom det saknas en eftersträvansvärd riktning. Dessa redovisas istället som centrala mått och används exempelvis för att ge möjlighet till jämförelser mellan regioner och grupper för att belysa vårdens jämlikhet.

Tabell 1. Förteckning över indikatorer och centrala mått i den nationella planen

Nr	Namn	Primär datakälla	Uppföljningstyp
1.	Regioner som har samverkansavtal/styrdokument mellan mödrahälsovård/förlossningsvård och specialistvård, socialtjänst samt primärvård	Enkät till regionledningar	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
2.	Regioner som har patientsäkerhetsplan	Enkät till regionledningar	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
3.	Verksamheter som har en plan rörande gravida och nyförlösta med samtidig sjuklighet eller social utsatthet	Enkät till barnmorske-mottagningar och förlossningsenheter	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
4.	Gravida som har tillfrågats om riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion	Graviditetsregistret	Årlig
5.	Gravida som har tillfrågats om våldsutsatthet	Graviditetsregistret	Årlig
6.	Identifierad läkemedelsbehandling för psykisk ohälsa under graviditet och tiden efter	Medicinska födelseregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
7.	Nyförlösta personers uppfattning om samordning av vårdkontakter	Graviditetsregistret	Årlig
8.	Regioner som har kompetensförsörjningsplan	Enkät till regionledningar	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
9.1	Nyförlösta som har tillfrågats om förlossningsupplevelse	Graviditetsregistret	Årlig
9.2	Förlossningsupplevelse 1–3 dagar efter förlossning	Graviditetsregistret	Årlig
10.	Kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1 och 2	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen	Årlig

Nr	Namn	Primär datakälla	Uppföljnings- typ
11.	Bristningar vid förlossning bland förstfödernas	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen	Årlig
12.	Nöjdhet ett år efter operation av förlossningsbristning	Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi	Årlig
13.	Eftervårdsplan inför förlossning	Enkät till barnmorske-mottagningar	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
14.	Förlossningssamtal är en del i vårdprocessen	Enkäter till förlossningskliniker	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
15.	Kunskap om vårdkontakter vid behov	Graviditetsenkäten	Årlig
16.	Professionellt amningsstöd under relevant tidsperiod	Enkät till barnmorske-mottagningar	Data inhämtas vid utvärderings-tillfällen
17.	Uppfattning om vårdkvalitet under förlossning och eftervård	Graviditetsenkäten	Årlig

Referenser

1. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för förlossningsvården [Elektronisk resurs]. 2023.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2023: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser; 2023.
3. Socialstyrelsen. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer: nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
4. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Över tiden? - En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa, Rapport 2023:4,. 2023. Hämtad 2024-01-09 från: <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/over-tiden/>
5. Inspektionen för vård och omsorg I. Förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård. Delredovisning av regeringsuppdrag 2023.
6. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. I tid och otid - En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården, Rapport 2023:5 2023. Hämtad 2024-01-09 från: <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/i-tid-och-otid/>
7. Socialstyrelsen. Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap. Utifrån vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter. 2023; 2023-12-8837.
8. Socialstyrelsen. Vård efter förlossning: en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning; 2017.
9. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg; 2020.
10. Regeringen. Uppdrag att genomföra insatser för en förbättrad förlossningsvård samt för kvinnors hälsa. 2022. Hämtad 2024-01-17 från: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2022/04/uppdrag-att-genomfora-insatser-for-en-forbattad-forlossningsvard-samt-for-kvinnors-halsa/>
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2023: Bilaga: Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning Graviditet, förlossning och tiden efter; 2023.
12. Socialstyrelsen. Normalförlossning - En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer; 2023.
13. Regeringen. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. S2023/00256. 2023. Hämtad 2024-01-17 från: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2023/04/uppdrag-att-ta-fram-forslag-till-en-nationell-plan-for-halso--och-sjukvardens-kompetensforsorjning/>
14. Regeringen. En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2023. S2023/00371. 2023. Hämtad 2024-01-17 från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2023/02/en-personcentrerad-tillganglig-och-jamlik-modrahalsovard-och-forlossningsvard-samt-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa-2023/>

15. Scarf ea. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018; July(62):240-55.
16. Stevens JR, Alonso C. Developing operational standards for Midwifery Centers. *Midwifery*. 2021; 93(February).
17. Lindgren H, Christensson K, Dykes A-K. Reproktiv hälsa : barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2022.
18. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska 2018. Hämtad 2024-01-17 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
20. Svenska Barnmorskeförbundet. Policydokument Vårdformer. 2020. Hämtad 2024-01-17 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/01/Policydokument-Vardformer-2019-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
21. Graviditet, förlossning och tiden efter : prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser: nationella riktlinjer 2023. Hämtad 2024-01-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/>
22. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå 2022. Hämtad 2024-01-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8287.pdf>
23. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Graviditetsregistrets Årsrapport 2022 2023. Hämtad 2024-01-09 från: <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/Graviditetsregistrets%20A%CC%8Arsrapport%202022.pdf>
24. Folkhälsomyndigheten. Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033 [Elektronisk resurs]; 2023.
25. Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården, Rapport 2023:3. 2023. Hämtad 2024-01-09 från: <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-kunskapsunderlag/2023-3-kompetensforsorjning-av-barnmorskor-i-forlossningsvarden.pdf>
26. Socialstyrelsen. Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys – Slutrapport november 2022 [Elektronisk resurs]; 2022.
27. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Sammanfattning av rapport 2020:11. 2020.
28. Västra Götalandsregionen. Leda lagom många: En kunskapsammansättning om betydelsen av antalet medarbetare per chef 2023. Hämtad 2024-01-09 från: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hos4380-250679164->

- [21312/native/2023_Kunskapssammanst%20m%20a5nga.pdf](https://www.kunskapsstyrelsen.se/21312/native/2023_Kunskapssammanst%20m%20a5nga.pdf)
29. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kunskapsstöd. Hämtad 2024-01-25 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod.56530.html>
 30. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Partnerskap för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Årsrapport 2022.
 31. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kunskapsstyrning på lokal nivå. 2023. Hämtad 2024-01-25 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/organisation/lokalniva.71429.html>
 32. Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret. 2023. Hämtad 2024-01-17 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/medicinska-fodelseregistret/>
 33. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Graviditetsenkätens fritextsvar Kvinnors erfarenhet av vården under och efter graviditet 1 december 2020 – 31 maj 2022 (18 månader) 2022. Hämtad 2024-01-09 från: <https://skr.se/download/18.40c889381840e60521a9516a/1667914249171/Graviditetsk%C3%A4tens-fritextsvar.pdf>
 34. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Graviditetsenkäten Resultat per 1 januari – 31 december 2022 2023. Hämtad 2023-01-09 från: <https://skr.se/download/18.4d8a68f7188420c4004d4867/1686291804709/Graviditetsenkaten-Resultat-per-1-januari-31-december-2022.pdf>
 35. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Insatser för en stärkt eftervård – inom vårdkedjan för graviditet och förlossning 2021. Hämtad 2024-01-09 från: <https://rapporter.skr.se/insatser-for-en-starkt-eftervard.html>
 36. Socialstyrelsen. Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov En enkätundersökning och fokusgruppsamtal om hälsofrågor, oro, information, uppföljning och stöd 2019.
 37. Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket. Tio steg som främjar amning - baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). 2021; 2021-10-7596.