

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Kunskapsunderlag

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.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026.

Förord

Detta är en bilaga till *Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen har här samlat kunskapsunderlaget för varje rekommendation i de nationella riktlinjerna.

Kunskapsunderlaget redovisar den bästa tillgängliga kunskapen i de aktuella frågorna, enligt forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma. Vi har utgått från denna kunskap när vi formulerat rekommendationer och gett dem en prioritet.

Läshjälp

Bilagan innehåller kunskapsunderlaget för totalt 19 rekommendationer, uppdelade i 4 områden. För varje rekommendation redovisar vi

- en motivering
- en beskrivning av den grupp av personer som rekommendationen gäller
- en beskrivning av den insats som rekommendationen gäller
- insatsens effekt eller diagnostiska tillförlitlighet
- en bedömning av insatsens kostnadseffektivitet
- vad slutsatserna om insatsens effekt bygger på (litteratursökning, urval av studier, eventuellt konsensusutlåtande med mera)
- referenser.

I bilagan *Metodbeskrivning* kan du läsa mer om vår metod för att ta fram nationella riktlinjer enligt bästa tillgängliga kunskap. Se också bilagan *Hälsoekonomiskt underlag*.

Alla riktlinjedokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Enheten för nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord.....	3
Graviditet	5
Id 1: Nationellt basprogram	5
Id 2: Rutiner för samverkan	6
Id 3: Kompetensutveckling om obesitas.....	12
Id 4: Kombinerad levnadsvanebehandling.....	27
Id 5: Samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan.....	57
Id 18: Behandling vid graviditetsdiabetes	71
Id 19: Tidig testning för gravida med risk för graviditetsdiabetes	121
Förlossning	152
Id 6: Två utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar	152
Id 7: Kontinuerligt stöd av en barnmorska.....	159
Id 8: Riskbedömning	173
Id 9: Igångsättning (induktion) av förlossningen	179
Id 10: Hemförlossning	209
Eftervård	226
Id 11: Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården.....	226
Id 12: Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär.....	232
Id 13: Tidig uppföljning.....	239
Id 14: Kontroll av förlossningsbristningar och klipp	246
Psykisk ohälsa	253
Id 15: Rutiner för samverkan	253
Id 16: Multiprofessionellt arbetssätt vid psykisk ohälsa.....	261
Id 17: Konsultation av psykolog	267

Graviditet

Id 1: Nationellt basprogram

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Gravida som skrivs in i mödrahälsovården.

Rekommendation: Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.

Prioritet: 1.

Motivering: Rekommendationen bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar, och det vore orimligt och oetiskt att inte erbjuda den.

➔ **Läs mer:** Kunskapsunderlaget för basprogrammet presenteras i en egen bilaga. Där beskrivs den indirekta evidensen för varje steg i basprogrammet.

Id 2: Rutiner för samverkan

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Gravida och nyförlösta som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser.

Rekommendation: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården.

Prioritet: 1.

Motivering: Patienterna tillhör en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Att arbeta enligt rutiner för samverkan bedöms ge stor patientnytta, och förutsättningarna för optimal vård ökar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Gravid eller nyförlöst med substansbruk eller skadligt bruk av alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, med behov av vård från flera instanser.

Insatsen innebär att det finns rutiner på organisationsnivå som säkerställer hur vården av patienter med behov av vård av flera aktörer ska tillgodoses. För att bedöma vem som har ansvaret för omhändertagande, behandling och uppföljning av patientens vård behövs tydliga rutiner för samarbete utifrån specifik kompetens.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor - mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning av omhändertagande, behandling och uppföljning mellan mödrahälsovård, beroendevård och socialtjänst ökar förutsättningarna för optimal vård av gravida eller nyförlösta med substansbruk eller skadligt bruk, som har behov av vård från flera instanser, jämfört med inga sådana rutiner (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning av omhändertagande, behandling och uppföljning mellan mödrahälsovård, beroendevård och socialtjänst ökar förutsättningarna för optimal vård av gravida eller nyförlösta med substansbruk eller skadligt bruk, som har behov av vård från flera instanser, jämfört med inga sådana rutiner.

Konsensus uppnåddes eftersom 100 procent av 93 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och beroendevård på substansbruk/beroende och negativa neonatala utfall för gravida eller nyförlösta med substansbruk eller skadligt bruk, jämfört med inga rutiner för samverkan?

- **Population:** Gravid eller nyförlöst med substansbruk eller skadligt bruk
- **Intervention:** Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård, beroendevård och socialtjänst
- **Kontrollgrupp:** Inga rutiner för samverkan
- **Utfallsmått:** substansbruk/beroende, drogfri under graviditet, neovård, apgar <7 vid 5 min, SGA, akut omhändertagande av barn
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	317
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-02-16

Ämne: Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och beroendevård för gravida eller nyförlösta med substansbrukssyndrom eller beroendesyndrom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer
1.	FT	TI, AB, SU ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal)
2.	FT	TI, SU ("Fetal Alcohol Spectrum Disorder*" OR FASD)
3.		1 NOT 2
4.	FT	TI, SU ("substance abuse" OR "substance-related disorder" OR "substance dependence*" OR "substance use*" OR "drug abuse" OR "drug dependence*" OR "drug addict*" OR "drug misuse*" OR "substance addict*" OR "alcohol dependence" OR "alcohol dependent" OR alcoholism OR "illicit drugs" OR "opioid abuse" OR opioid-related OR "opioid dependence*" OR heroin OR cocaine OR marijuan* OR "binge drinking")
5.	FT	TI, AB, SU ("drug treatment center*" OR "drug rehabilitation center*" OR "drug abuse treatment center*" OR "Substance use treatment service*" OR "Drug Dependency Unit*" OR "drug treatment service" OR "specialist service" OR "specialist care" OR "specialist clinic*" OR "specialized care" OR "specialized clinic*" OR "addiction care center*" OR "addictions service*" OR "addiction service*")
6.		3-5 AND
7.	FT	TI, AB, SU (crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR "cross-professional" OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR "inter-professional" OR "multi disciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat* OR cooperat* OR co-operat* OR communicat*)
8.	FT	TI, AB, SU (access* OR availability OR pathway* OR refer* OR consultation* OR consultant OR routine* OR screening)

9.	3 AND 4 AND 7
10.	3 AND 4 AND 8
11.	6 OR 9 OR 10
12.	11 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")
13.	11 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-02-16

Ämne: Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och beroendevård för gravida eller nyförlösta med substansbrukssyndrom eller beroendesyndrom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer
	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh:NoExp] OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Maternal Health"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab] OR maternal[tiab] OR prenatal[tiab] OR antenatal[tiab] OR antepartum[tiab] OR intrapartum[tiab] OR perinatal[tiab] OR peripartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR pre-natal[tiab] OR ante-natal[tiab] OR antepartum[tiab] OR intra-partum[tiab] OR peri-natal[tiab] OR peripartum[tiab] OR post-partum[tiab] OR post-natal[tiab]) NOT Medline[sb])
		"Fetal Alcohol Spectrum Disorders"[Mesh] OR Fetal Alcohol Spectrum Disorder*[tiab] OR FASD[tiab]

1 NOT 2	
Mesh/FT	"Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance Abuse Detection"[Mesh] OR "Illicit Drugs"[Mesh] OR ((substance abuse[tiab] OR substance-related disorder*[tiab] OR substance dependen*[tiab] OR substance use*[tiab] OR drug abuse[tiab] OR drug dependen*[tiab] OR drug addict*[tiab] OR drug use*[tiab] OR drug misuse*[tiab] OR substance addict*[tiab] OR alcohol*[ti] OR alcohol dependence[tiab] OR alcohol dependent[tiab] OR alcoholism[tiab] OR alcohol misuse[tiab] OR alcohol addiction[tiab] OR illicit drugs[tiab] OR opioid abuse[tiab] OR opioid-related[tiab] OR opioid dependen*[tiab] OR heroin[tiab] OR cocaine[tiab] OR marijuan*[tiab] OR binge drinking[tiab]) NOT Medline[sb])
Mesh/FT	"Substance Abuse Treatment Centers"[Mesh] OR substance abuse treatment center*[tiab] OR drug treatment center*[tiab] OR drug rehabilitation center*[tiab] OR drug abuse treatment center*[tiab] OR Substance use treatment service*[tiab] OR Drug Dependency Unit*[tiab] OR drug treatment service[tiab] OR outpatient specialist service[tiab] OR specialist care[tiab] OR specialist clinic*[tiab] OR specialized care[tiab] OR specialized clinic*[tiab] OR addiction care center*[tiab] OR addictions service*[tiab] OR addiction service*[tiab]
3-5 AND	
Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR Referral and Consultation[Mesh] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi diciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR communicat*[ti]
Mesh/FT	"Health Services Accessibility"[Majr] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR "Critical Pathways"[Mesh] OR access*[tiab] OR availability[tiab] OR pathway*[tiab] OR refer[tiab] OR referral*[tiab] OR referred[tiab] OR consultation*[tiab] OR consultant[tiab] OR routine*[tiab] OR screening[tiab]
3 AND 4 AND 7	
3 AND 4 AND 8	

Mesh/FT	(6 OR 9 OR 10) NOT ("Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR developing countries[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa*[tiab] OR India*[tiab] OR Bangladesh[tiab] OR Nigeria[tiab] OR Ethiopia[tiab])
Mesh/FT	11 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))
Mesh/FT	11 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb]) English

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id 3: Kompetensutveckling om obesitas

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Gravida med obesitas.

Rekommendation: Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal.

Prioritet: 2.

Motivering: Hälсотillståndet har en stor svårighetsgrad, och kompetensutveckling för personal är en förutsättning för att patienterna ska få bästa möjliga vård. Kompetensutvecklingen ger personalen god kunskap om obesitas, och patienterna upplever ett bättre bemötande.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Obesitas är en kronisk, komplex sjukdom till följd av en hög andel fettmängd i kroppen, som innebär en ökad risk för ohälsa, nedsatt livskvalitet och stigmatisering. Stigmatisering och diskriminering av barn och vuxna, inklusive gravida, med obesitas kan förekomma inom hälso- och sjukvården, t ex genom respektlöst bemötande, att relevanta remisser eller läkemedel inte förskrivs, eller att mottagningar inte är utrustade och inredda för personer med obesitas. Stigmatisering kan leda till ökad ohälsa, sämre livskvalité, och kan göra att personer med obesitas undviker att söka vård eller gå på kontroller.

Kompetensutveckling om obesitas för all yrkesverksam hälso- och sjukvårdspersonal syftar till att personalen ska kunna bemöta barn och vuxna med obesitas på ett sätt som inte är stigmatiserande, och för att kunna erbjuda kunskapsbaserade behandlingar. Utbildningen kan till exempel bestå av

- information om obesitas (orsak och sjukdomsutveckling, följsjukdomar samt behandlingsalternativ som kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedel och kirurgi, eftervård etc.)
- träning i bemötande för att inte stigmatisera patienter
- träning i att handleda patienter, individuellt eller i grupp, i att förändra levnadsvanor.

Insatserna kan ges genom utbildningar, föreläsningar eller workshoppar (även digitalt), eller genom skriftligt utbildningsmaterial.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

För barn och vuxna med obesitas leder kompetensutveckling om obesitas hos hälso- och sjukvårdspersonal till att patienterna upplever ett bättre bemötande från personalen, jämfört med om inga kompetenshöjande åtgärder ges (konsensus).

Kommentar

Sammanställning av befintlig litteratur [1] kring vilken effekt kompetenshöjande åtgärder för primärvårdsläkare har på förändring av vikt, har en mycket låg tillförlitlighet enligt GRADE och exkluderas därför. Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma vilken effekt, kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal, har på patienternas upplevda bemötande, nöjdhet eller stigmatisering i kontakt med vården.

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier har granskats?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt (se *Exkluderade studier* nedan). Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

I granskningen ingår en systematisk översikt [1] som sammanställt dels effekten av utbildningsinsatser riktade mot primärvårdsläkare (7 studier), dels effekten av organisatoriska förändringar inom sjukvården (5 studier), på viktreduktion hos barn och vuxna med övervikt eller obesitas.

Bland de sju studierna med interventioner riktade mot läkare omfattade enbart tre av dem utbildningsinsatser. Läkare i kontrollgrupperna fick ingen utbildningsinsats och patienterna i kontrollgruppen fick därmed ordinarie vård. Det är de sammanlagda resultaten av de tre studierna med en utbildningsinsats riktad mot primärvårdsläkare som inkluderats.

Rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer bygger på en sammanställning av vad en viss åtgärd har för effekt för patienten. Därför har resultaten från vetenskapliga publikationer som exempelvis utvärderat effekt på hälso- och sjukvårdspersonals attityder (explicita och implicita), kunskap om obesitas (orsaker och behandlingsmöjligheter) eller samtalskompetens utifrån en given metod, inte sammanställts.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel. Yrkesverksamma personer, med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påstående:

”För patienter med obesitas innebär kompetenshöjande åtgärder, riktade till yrkesverksam hälso- och sjukvårdspersonal, att patienterna upplever ett bättre bemötande från personalen, jämfört med om inga kompetenshöjande åtgärder ges.”*

** Utbildningsinsatser om obesitas för personal i hälso- och sjukvården syftar till att minska fördomar, främja ett icke-stigmatiserande*

förhållningssätt, och även ge kunskap om sjukdomens genes och möjliga behandlingsalternativ.”

Konsensus uppnåddes eftersom 99 procent av 105 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt per grupp		Absolut effekt (Skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp			
Viktnedgång i kilo efter 12 månader	Saknas	Saknas	-1,29 [-2,77 till 0,20]	705, (3), [1]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet

Översikt av granskade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Patienters upplevelse av bemötande eller stigmatisering	Vikt i kg	Övrigt
Flodgren, 2017 [1] Systematisk översikt (Cochrane) Låg risk för bias	Primärvårdsläkare och deras vuxna patienter med övervikt eller fetma Oklart hur många läkare som deltog. Patienter n=705 Median uppföljningstid av vikt hos patienter var 12 mån.	(I) Utbildning av primärvårdsläkare om fetmabehandling. Omfattningen på utbildningen varierade mellan en enstaka utbildningssession, eller 3 x 90 min under 4 v, eller 9h (oklart vid hur många tillfällen). (K) Ingen utbildning av läkare -standard care för patienter.	n/a	Skillnad i viktnedgång i kg mellan intervention jämfört med kontrollgrupp -1.29 [95% KI - 2.77, 0.20]	Patientpopulationen omfattade endast vuxna och det är oklart om populationen även omfattade personer med övervikt eftersom man i den totala översikten tagit med även personer med övervikt (BMI 25 och uppåt).

Frågeställning och PICOS

Vilken effekt har kompetensutveckling om obesitas för hälso- och sjukvårdspersonal på bemötandet barn och vuxna med obesitas upplever, jämfört med ingen kompetensutveckling?

- **Population:** barn och vuxna med obesitas.
- **Intervention:** kompetensutveckling om obesitas för personal i hälso- och sjukvården, med syfte att öka kunskap om bemötande/ett icke-stigmatiserande förhållningssätt, t ex genom kunskap om sjukdomens genes, möjliga behandlingsalternativ. Åtgärderna kan ges digitalt, i föreläsningsform/workshop eller som skriftligt material.
- **Kontrollgrupp:** Ingen kompetensutveckling.
- **Utfallsmått:** minst ett av följande: upplevt bemötande, upplevt stigma, fördomar mot vikt (viktbias), nöjdhet med vården.
Sekundärt utfall: viktrelaterade mått, t ex vikt i procent, BMI.
- **Studietyper:** systematisk översikt, RCT, icke-randomiserade kontrollerade studier

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	781
Artiklar som lästes i fulltext	40
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 SÖ

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2021-01-25			
Ämne: Kompetensutveckling om obesitas för vårdpersonal			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	DE/FT	(MH "Health Personnel+") OR TI (Personnel OR staff* OR practitioner* OR provider* OR professional* OR physician* OR doctor* OR clinician* OR nurs* OR dietitian* OR nutritionists OR "primary care" OR pediatrician* OR paediatrician* OR GP OR GPs OR physiotherapist* OR "physical therapist*" OR specialist* OR surgeon* OR obstetrician* OR gynecologist* OR cardiologist* OR midwives OR midwifery)	968632
	DE/FT	(MM "Professional Competence") OR (MM "Clinical Competence") OR (MH "Curriculum+") OR (MH "Education, Clinical+") OR (MM "Education, Continuing") OR (MM "Program Development") OR (MH "Learning Methods+") OR (MH "Staff Development+") OR (MH "Teaching+") OR	873187

	TI (education* OR intervention* OR train* OR competenc* OR program* OR learn* OR curricul* OR simulation-based OR workshop* OR teach*) OR AB education*	
DE/FT	(MH "Obesity+") OR (MH "Obesity, Morbid") OR (MH "Pediatric Obesity") OR TI (obesity OR obese OR "weight bias*" OR "weight stigma*")	249670
	1-3 AND	1367
	4 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	33
FT	TI (attitude* OR knowledge OR awareness OR "weight bias reduction" OR "stigma reduction" OR "weight loss" OR "weight reduction" OR "patient experience" OR "patient satisfaction" OR "perceived stigma*" OR "perceived discrimination" OR "quality of care" OR referral* OR "perceived experience") OR AB (attitude* OR knowledge OR awareness OR "weight bias reduction" OR "stigma reduction" OR "weight loss" OR "weight reduction" OR "patient experience" OR "patient satisfaction" OR "perceived stigma*" OR "perceived discrimination" OR "quality of care" OR referral* OR "perceived experience")	447925
	4 AND 6 Filters: Abstract, English, from 2000 - 2021	430
	7 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	107
	7 AND TI ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) OR AB ("case control" OR cohort OR compare* OR	210

comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional)			
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-01-22			
Ämne: Kompetensutveckling om obesitas för vårdpersonal			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Health Personnel"[Majr] OR Personnel[ti] OR staff[ti] OR practitioner*[ti] OR provider*[ti] OR professional*[ti] OR physician*[ti] OR doctor*[ti] OR clinician*[ti] OR nurs*[ti] OR dietitian*[ti] OR nutritionists[ti] OR physical therapist*[ti] OR primary care[ti] OR pediatrician*[ti] OR paediatrician*[ti] OR GP[ti] OR GPs[ti] OR physiotherapist*[ti] OR physical therapist*[ti] OR specialist*[ti] OR surgeon*[ti] OR obstetrician*[ti] OR gynecologist*[ti] OR cardiologist*[ti] OR midwives[ti] OR midwifery[ti]	866414
2.	Mesh/FT	"Professional Competence"[Mesh] OR Clinical Competence[Mesh] OR "Education"[Mesh:NoExp] OR "Education, Continuing"[Mesh] OR "Competency-Based Education"[Mesh] OR "Inservice Training"[Mesh] OR "Staff Development"[Mesh] OR "Education, Professional"[Mesh] OR Education, Medical, Continuing[Mesh] OR "Health Personnel/education"[Mesh] OR Program Evaluation[Mesh] OR Program Development[Mesh] OR "Curriculum"[Mesh:NoExp] OR "Competency-Based Education"[Mesh] OR "Problem-Based Learning"[Mesh] OR "Simulation Training"[Mesh] OR education*[tiab] OR intervention*[ti] OR train*[ti] OR competenc*[ti] OR program*[ti] OR learn*[ti] OR curricul*[ti] OR simulation-based[ti] OR workshop*[ti] OR teach*[ti]	1457714
3.	Mesh/FT	Obesity[Mesh] OR Overweight[Mesh] OR obesity[ti] OR obese[ti] OR weight bias*[ti] OR weight stigma*[ti]	249670
4.		1-3 AND	1295
5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	53
6.	Mesh/FT	"Knowledge"[Mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR attitude*[tiab] OR knowledge[tiab] OR know[ti] OR awareness[tiab] OR aware[ti] OR skill*[tiab] OR weight bias reduction[ti] OR stigma reduction[ti] OR weight loss[tiab] OR weight reduction[tiab] OR patient experience[tiab] OR patient satisfaction[tiab] OR	1617834

	perceived stigma*[tiab] OR perceived discrimination[tiab] OR quality of care[tiab] OR referral*[tiab]	
7.	4 AND 6 Filters: Abstract, English, from 2000 - 2021	713
8.	7 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb]))	133
9.	7 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Time Factors"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Case Reports" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case series[tiab] OR evaluat*[tiab] OR non compar*[tiab] OR noncompar*[tiab] OR nonrandom*[tiab] OR epidemiologic study[tiab] OR epidemiologic studies[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab]	458

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Alberga, 2016 [2]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Alexander, 2020 [3]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Ariza, 2009 [4]	Ej relevant utfallsmått. Föräldrar fick enbart svara på om huruvida olika levnadsvanor hade tagits upp.
Baillargeon, 2020 [5]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Banerjee, 2013 [6]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Bohman, 2013 [7]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Burton, 2016 [8]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Campbell-Scherer, 2019 [9]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Christian, 2011 [10]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse. Interventionen är ett digitalt stöd som hjälper allmänläkare att individanpassa behandling av fetma. Inkluderar patienter med övervikt och har vikt som primärt utfall.
Edwards, 2015 [11]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Fillingham, 2014 [12]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Gerner, 2010 [13]	Utvärderar inte riktiga patienternas subjektiva upplevelse. Använde skådespelare som simulerade patienter för utvärdering.
Goodfellow, 2016 [14]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Harvey, 2002 [15]	Nyare översikt finns (Flodgren).
Hayes, 2019 [16]	Fulltext saknas
Heslehurst, 2014 [17]	Systematisk översikt med relevant fokus men som inte fann några relevanta studier.
Jacobson, 2011 [18]	Utvärderar inte upplevt bemötande eller nöjdhet med vården.
Jarman, 2019 [19]	Endast en dietist i intervention och en i kontroll. Patients BMI oklart.
Kolko, 2017 [20]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Kominiarek, 2018 [21]	Mäter varken patients subjektiva åsikter eller vikt.
Little, 2016 [22]	Ingen utbildning av vårdpersonal. Utvärderar en behandlingsmetod.
McQuigg, 2005 [23]	Enbart preliminära resultat då studien ej är klar. Utvärderar en kombination av utbildning och vikttnedgångsprogram med utfallsmåttet vikt men inte patienternas subjektiva upplevelse
Moore, 2003 [24]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse

Oliver, 2020 [25]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Polacsec, 2009 [26]	Ej relevant utfallsmått. Föräldrar fick enbart svara på om huruvida olika levnadsvanor hade tagits upp.
Pollak, 2016 [27]	Patienternas upplevelse av bemötande korrelerades till graden av MI-kompetens och inte till de olika interventionsarmarna. Således mättes effekten av MI och inte av utbildningsinsatsen.
Pollak, 2016 [28]	Författarna beskriver att patienternas subjektiva nöjdhet ökade men grupperna skiljde sig åt vid start och det saknas info om BMI.
Sargent, 2011 [29]	Ingen intervention, retrospektiv studie.
Shue, 2016 [30]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Stanford, 2015 [31]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Steele, 2013 [32]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Stephens, 2008 [33]	Utvärderade enbart en metod, -effekten av en visuell posters inverkan på samtalet.
Stiff, 2014 [34]	Utvärderar en metod, inte utbildning av vårdpersonal.
Thompson, 2019 [35]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Vallis, 2013 [36]	Ingen intervention
Vasudevan, 2017 [37]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Wake, 2013 [38]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Wylie-Rosett, 2001 [39]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse
Zaver, 2020 [40]	Utvärderar inte patienternas subjektiva upplevelse

Referenser

1. Flodgren, G, Gonçalves-Bradley, DC, Summerbell, CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. The Cochrane database of systematic reviews. 2017; 11(11):Cd000984.
2. Alberga, AS, Pickering, BJ, Alix Hayden, K, Ball, GD, Edwards, A, Jelinski, S, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. Clinical obesity. 2016; 6(3):175-88.
3. Alexander, T, Ledoux, T, McCarley, K, Thompson, M, Arbona, C, Olvera, N. P151 Eye to the Future: Developing the Next Generation of Childhood Obesity Prevention Educators...Society for Nutrition Education and Behavior, 53rd Annual Conference, Virtual Conference, July 20-24, 2020. Journal of Nutrition Education & Behavior. 2020; 52(7):S88-S.

4. Ariza, AJ, Laslo, KM, Thomson, JS, Seshadri, R, Binns, HJ. Promoting growth interpretation and lifestyle counseling in primary care. *The Journal of pediatrics*. 2009; 154(4):596-601.e1.
5. Baillargeon, JP, St-Cyr-Tribble, D, Xhignesse, M, Brown, C, Carpentier, AC, Fortin, M, et al. Impact of an educational intervention combining clinical obesity preceptorship with electronic networking tools on primary care professionals: a prospective study. *BMC medical education*. 2020; 20(1):361.
6. Banerjee, ES, Gambler, A, Fogleman, C. Adding obesity to the problem list increases the rate of providers addressing obesity. *Family medicine*. 2013; 45(9):629-33.
7. Bohman, B, Forsberg, L, Ghaderi, A, Rasmussen, F. An evaluation of training in motivational interviewing for nurses in child health services. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013; 41(3):329-43.
8. Burton, AM, Brezaussek, CM, Agne, AA, Hankins, SL, Willett, LL, Cherrington, AL. Evaluation of a workshop to improve residents' patient-centred obesity counselling skills. *Postgraduate medical journal*. 2016; 92(1090):455-9.
9. Campbell-Scherer, DL, Asselin, J, Osunlana, AM, Ogunleye, AA, Fielding, S, Anderson, R, et al. Changing provider behaviour to increase nurse visits for obesity in family practice: the 5As Team randomized controlled trial. *CMAJ open*. 2019; 7(2):E371-e8.
10. Christian, JG, Byers, TE, Christian, KK, Goldstein, MG, Bock, BC, Prioreschi, B, et al. A computer support program that helps clinicians provide patients with metabolic syndrome tailored counseling to promote weight loss. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011; 111(1):75-83.
11. Edwards, EJ, Stapleton, P, Williams, K, Ball, L. Building skills, knowledge and confidence in eating and exercise behavior change: brief motivational interviewing training for healthcare providers. *Patient education and counseling*. 2015; 98(5):674-6.
12. Fillingham, A, Peters, S, Chisholm, A, Hart, J. Early training in tackling patient obesity: a systematic review of nurse education. *Nurse education today*. 2014; 34(3):396-404.
13. Gerner, B, Sanci, L, Cahill, H, Ukoumunne, OC, Gold, L, Rogers, L, et al. Using simulated patients to develop doctors' skills in facilitating behaviour change: addressing childhood obesity. *Medical education*. 2010; 44(7):706-15.
14. Goodfellow, J, Agarwal, S, Harrad, F, Shepherd, D, Morris, T, Ring, A, et al. Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care in England. *Implementation science : IS*. 2016; 11(1):77.
15. Harvey, EL, Glenny, AM, Kirk, SF, Summerbell, CD. An updated systematic review of interventions to improve health professionals' management of obesity. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2002; 3(1):45-55.

16. Hayes, L. Educating and Empowering the Primary Care Healthcare Team about Identification, Documentation and Treatment of Obesity: A Practice Improvement Project. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research*. 2019; 9(2):20-7.
17. Heslehurst, N, Crowe, L, Robalino, S, Sniehotta, FF, McColl, E, Rankin, J. Interventions to change maternity healthcare professionals' behaviours to promote weight-related support for obese pregnant women: a systematic review. *Implementation science : IS*. 2014; 9:97.
18. Jacobson, D, Gance-Cleveland, B. A systematic review of primary healthcare provider education and training using the Chronic Care Model for childhood obesity. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011; 12(5):e244-56.
19. Jarman, M, Adam, L, Lawrence, W, Barker, M, Bell, RC. Healthy conversation skills as an intervention to support healthy gestational weight gain: Experience and perceptions from intervention deliverers and participants. *Patient education and counseling*. 2019; 102(5):924-31.
20. Kolko, RP, Kass, AE, Hayes, JF, Levine, MD, Garbutt, JM, Proctor, EK, et al. Provider Training to Screen and Initiate Evidence-Based Pediatric Obesity Treatment in Routine Practice Settings: A Randomized Pilot Trial. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2017; 31(1):16-28.
21. Kominiarek, MA, O'Dwyer, LC, Simon, MA, Plunkett, BA. Targeting obstetric providers in interventions for obesity and gestational weight gain: A systematic review. *PloS one*. 2018; 13(10):e0205268.
22. Little, P, Stuart, B, Hobbs, FR, Kelly, J, Smith, ER, Bradbury, KJ, et al. An internet-based intervention with brief nurse support to manage obesity in primary care (POWeR+): a pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2016; 4(10):821-8.
23. McQuigg, M, Brown, J, Broom, J, Laws, RA, Reckless, JP, Noble, PA, et al. Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme. *European journal of clinical nutrition*. 2005; 59 Suppl 1:S93-100; discussion S1.
24. Moore, H, Summerbell, CD, Greenwood, DC, Tovey, P, Griffiths, J, Henderson, M, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003; 327(7423):1085.
25. Oliver, TL, Qi, B-B, Shenkman, R, Diewald, L, Smeltzer, SC. Weight Sensitivity Training Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 2020; 59(8):453-6.
26. Polacsek, M, Orr, J, Letourneau, L, Rogers, V, Holmberg, R, O'Rourke, K, et al. Impact of a primary care intervention on physician practice and patient and family behavior: keep ME Healthy---the Maine Youth Overweight Collaborative. *Pediatrics*. 2009; 123 Suppl 5:S258-66.
27. Pollak, KI, Coffman, CJ, Tulskey, JA, Alexander, SC, Østbye, T, Farrell, D, et al. Teaching Physicians Motivational Interviewing for Discussing Weight With Overweight Adolescents. *The Journal of adolescent health : official journal of the Society for Adolescent Medicine*. 2014; 55(2):145-51.

- official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2016; 59(1):96-103.
28. Pollak, KI, Nagy, P, Bigger, J, Bilheimer, A, Lyna, P, Gao, X, et al. Effect of teaching motivational interviewing via communication coaching on clinician and patient satisfaction in primary care and pediatric obesity-focused offices. *Patient education and counseling*. 2016; 99(2):300-3.
 29. Sargent, GM, Pilotto, LS, Baur, LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011; 12(5):e219-35.
 30. Shue, CK, Whitt, JK, Daniel, L, Shue, CB. Promoting conversations between physicians and families about childhood obesity: evaluation of physician communication training within a clinical practice improvement initiative. *Health communication*. 2016; 31(4):408-16.
 31. Stanford, FC, Johnson, ED, Claridy, MD, Earle, RL, Kaplan, LM. The Role of Obesity Training in Medical School and Residency on Bariatric Surgery Knowledge in Primary Care Physicians. *International journal of family medicine*. 2015; 2015:841249.
 32. Steele, RG, Wu, YP, Cushing, CC, Jensen, CD. Evaluation of child health matters: a web-based tutorial to enhance school nurses' communications with families about weight-related health. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*. 2013; 29(2):151-60.
 33. Stephens, GS, Blanken, SE, Greiner, KA, Chumley, HS. Visual prompt poster for promoting patient-physician conversations on weight loss. *Annals of family medicine*. 2008; 6 Suppl 1(Suppl 1):S33-6.
 34. Stiff, L, Vogel, L, Remington, PL. Evaluating the implementation of a primary care weight management toolkit. *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin*. 2014; 113(1):28-31.
 35. Thompson, KL, Chung, M, Handu, D, Gutschall, M, Jewell, ST, Byham-Gray, L, et al. The Effectiveness of Nutrition Specialists on Pediatric Weight Management Outcomes in Multicomponent Pediatric Weight Management Interventions: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2019; 119(5):799-817.e43.
 36. Vallis, M, Piccinini-Vallis, H, Sharma, AM, Freedhoff, Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2013; 59(1):27-31.
 37. Vasudevan, DA, Northrup, TF, Mandayam, S, Bamidele, OO, Stotts, AL. Impact of Physician Training on Diagnosis and Counseling of Overweight and Obese Asian Patients. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2017; 4(3):322-8.
 38. Wake, M, Campbell, MW, Turner, M, Price, A, Sabin, MA, Davis, E, et al. How training affects Australian paediatricians' management of obesity. *Archives of disease in childhood*. 2013; 98(1):3-8.

39. Wylie-Rosett, J, Swencionis, C, Ginsberg, M, Cimino, C, Wassertheil-Smoller, S, Caban, A, et al. Computerized weight loss intervention optimizes staff time: the clinical and cost results of a controlled clinical trial conducted in a managed care setting. *Journal of the American Dietetic Association*. 2001; 101(10):1155-62; quiz 63-4.
40. Zaver, V, Wormald, S, Prasad, V, Perera, K. How can referrals of patients who are obese to the local exercise referral scheme be increased? A UK based primary care quality improvement study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2020; 70(suppl 1).

Id 4: Kombinerad levnadsvanebehandling

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Gravida med obesitas.

Rekommendation: Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling.

Prioritet: 4.

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Behandlingens effekt är liten till måttlig, men den har inga rapporterade biverkningar, och det finns ingen alternativ behandling för patientgruppen. Behandlingen kan möjligen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt, både för den gravida och barnet.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Obesitas är en kronisk, komplex sjukdom till följd av en hög andel fettmängd i kroppen, som innebär en ökad risk för ohälsa och nedsatt livskvalitet. För vuxna definieras sjukdomen vanligen med ett kroppsmasseindex (BMI) över $>30 \text{ kg/m}^2$. Detta underlag avser enbart gravida med obesitas.

Kombinerad levnadsvanebehandling för gravida syftar till en hälsosam viktutveckling och består av upp till tre komponenter: individuell anpassning av a) kost och matvanor, b) fysisk aktivitet och stillasittande samt c) stöd till beteendeförändring.

a) Kost kan exempelvis röra individuellt anpassade matvanor, energirestriktion, kostens sammansättning och kostmönster. Det kan även omfatta måltidsersättning, dock är en lågenergi kotersättning där samtliga måltider byts ut mot kotersättningen inte lämpligt.

b) Fysisk aktivitet kan exempelvis röra råd och dialog kring individuellt anpassade aktiviteter, inklusive typ och frekvens, men även råd kring stillasittande. Det kan även innefatta tillgång till gym, att delta i gruppträning eller fysisk aktivitet på recept.

c) Stöd till beteendeförändring kan till exempel vara stöd för att genomföra och vidmakthålla levnadsvaneförändringar. Stödet kan ske inom ramen för personcentrerad vård genom exempelvis uppföljning av och problemlösning kring förändringar gällande kost och fysisk aktivitet. Stödet bör ges enligt en strukturerad och evidensbaserad metod, exempelvis motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi. Stödet kan också hantera andra aspekter som kan bidra till obesitas än kost och fysisk aktivitet, som exempelvis sömnvanor, impulskontroll, självreglering, ökad självkänsla/självbild, tilltro till den egna förmågan att lösa problem eller stresshantering. Kombinerad levnadsvanebehandling kan genomföras vid

fysiska besök eller på distans, individuellt eller i grupp, samt ges med olika intensitet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Vid obesitas hos gravida ger kombinerad levnadsvanebehandling jämfört med sedvanlig vård:

- 1,93 kg lägre viktuppgång under graviditeten, MD: -1,93 (95 % KI: -2,96 till -0,90) (måttlig tillförlitlighet)
- 10 % större chans att hålla sig inom sedvanliga kriterier (Institute of Medicine, IOM) för en hälsosam viktutveckling för personer med obesitas som är gravida, på 5–9 kg eller max 9 kg, under graviditeten, RD: 0,10 (95 % KI: 0,04 till 0,17) (måttlig tillförlitlighet)
- ingen skillnad på andelen som utvecklar graviditetsdiabetes, RD: 0,00 (95 % KI: -0,03 till 0,03) (måttlig tillförlitlighet)
- ingen skillnad på andelen som får preeklampsi, RD: -0,01 (95% KI -0,2 till 0,1) (måttlig tillförlitlighet)
- ingen skillnad på andelen som gör kejsarsnitt, RD: -0,03 (95% KI -0,07 till 0,01) (måttlig tillförlitlighet).

Kommentar

Sammanlagt så höll sig ungefär 50% av deltagarna i interventionsgrupperna inom den rekommenderade viktökningen, medan 40% av deltagarna i kontrollgrupperna gjorde detta.

När det gäller andelen som utvecklar graviditetsdiabetes syntes sammantaget ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupper, i båda grupperna var det ca 20% som fick graviditetsdiabetes.

En effekt om genomsnittligt 2 kg mindre viktuppgång eller 10 % fler som inte överstiger 9kg viktuppgång kan tyckas som en liten men möjligen relevant effekt.

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i de flesta studierna om biverkningar eller oönskade effekter av interventionen. En studie avsåg att rapportera biverkningar, men ingen deltagare rapporterade någon.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 13 randomiserade kontrollerade studier (med 16 medtagna publikationer) där syftet med interventionen varit att begränsa viktuppgång under graviditet för att på så sätt minska risken för graviditetskomplikationer och sjukdom hos mor och barn. Populationen har bestått av gravida kvinnor där alla eller majoriteten hade BMI ≥ 30 kg/m² vid graviditetsstart eller där man särredovisat de med obesitas. I en liten studie hade samtliga kvinnor dessutom insulinresistens [1]. Det råder stor heterogenitet vad gäller interventionernas omfattning, innehåll och utförande.

Interventionerna utfördes av olika professioner t.ex. barnmorska, hälsocoach, dietist, fysioterapeut[2], gynekolog och ibland i kombination av flera professioner. Antal kontakttillfällen för intervention under graviditet (utöver sedvanliga barnmorskekontakter) varierade från fyra upp till arton. Kontakterna skedde i vissa fall enbart med individuella samtal och i andra fall kombinerade med telefonkontakt eller email [3, 4]. I flera studier skedde en del av träffarna i grupp tillsammans med andra gravida [3, 5, 6].

Kostråden omfattade i vissa fall en tydlig energiintagsrestriktion med en övre gräns på mellan 1200–1700 kcal/dygn [1, 7] eller enligt individuell energibehovsberäkning [2, 6]. En del studier gav generella råd om ”hälsosamt ätande”, medan andra specificerade energiprocent fett, kolhydrater och protein i kostråden. En del angav kostråd med lågt glykemiskt index (GI) [1, 3], begränsad andel mättat fett [1, 3, 4], ökad fibermängd [4], ökat protein [4] eller minskade portionsstorlekar [4]. Kostdagböcker användes i flera studier där deltagarna fick individuell feedback på innehållet. Flera studier hänvisade till tidigare definierade dieter som DASH-dieten (Dietary Approaches to Stop Hypertension) [6], medelhavskost [7] eller vedertagna nationella näringsrekommendationer [2, 5, 7].

Tre studier hade ett uttalat viktmål på <5kg viktuppgång under graviditet [2, 4, 7]. En studie förordade en individualiserad viktuppgång på 3 % baserat på inskrivningsvikten [6].

För fysisk aktivitet omfattar rekommendationerna i behandlingarna ett antal steg om dagen eller att vara fysisk aktiv ett visst antal minuter per dag. En studie erbjöd gruppträning 1g/v [2] och majoriteten tillhandahöll pedometer [2-4, 6, 7] och i några fall även gummiband [4], tränings-DVD [3] eller gratis gym-medlemskap [2].

Som psykosocialt stöd nämner flera studier följande: motiverande samtal (MI) [4, 5], samtal byggt på social kognitiv teori [3], empowerment [4], KBT-tekniker [4], förändringsprocessen [5] eller att man arbetat med individanpassad problemlösning [5-7]. Individanpassade beteendemål sattes mellan träffarna i flera studier [3, 5, 6]. Självmonitorering med hjälp av loggböcker [3, 5] eller kostregistrering förekom, och vissa av deltagarna uppmanades att även lämna in dem till behandlaren [5, 6].

Kontrollgrupperna fick sedvanlig vård, vilket ofta inkluderade en broschyr om, men ibland också ett initialt samtal om, hälsosam kost och motion under graviditet [3, 6].

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Viktuppgång under graviditeten, kg	7,8 till 13,5 kg	5,0 till 11,5 kg	Skillnad i effekt (MD): 1,93 kg mindre i interventionsgruppen (95 % KI: -2,96, -0,90)	2 143 (10), [1, 3-6, 8-12]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet ¹	Från startvikt innan graviditet till vecka 34-36, sista vikten.
Andel som gått upp max 9 kg eller mellan 5-9 kg under graviditeten	267/675	322/654	Skillnad i risk (RD): 0,10 (95 % KI: 0,04, 0,17)	1 329 (8), [1, 2, 4, 5, 7, 10-12]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet ¹	Interventionsgruppen hade 10% större chans att gå upp max 9 kg jämfört med kontrollgruppen.
Andel som utvecklat graviditetsdiabetes	242/1206	225/1142	Skillnad i risk (RD): 0,00 (95 % KI: -0,03, 0,03)	2 348 (7), [1-7]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet ¹	
Andel som fått preeklampsi	70/1204	60/1207	Skillnad i risk (RD): -0,01 (95% KI -0,2 till 0,1)	2411 (6) [2, 3, 5-7, 11]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet ¹	
Andel som fått kejsarsnitt	405/1255	440/1251	Skillnad i risk (RD): -0,03 (95% KI -0,07 till 0,01)	2506 (7) [1-3, 5-7, 11]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet ¹	

¹ summa av smärre brister

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, studieperiod, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Genomsnittlig viktuppgång i kg under graviditeten (Från startvikt/pre-graviditetsvikt till sista vikt under graviditet v.34–36.)	Andel som gått upp mellan 5–9 kg (eller max 9kg om så angivet)	Viktförändring i kg 1 år efter förlossning	Förekomst av graviditets- och förlossningskomplikationer	Förekomst av graviditetsdiabetes	Övrigt
Guelinckx et al., 2010, [11], singelcenter, RCT, n=195, datainsamling 2006-2008, Nederländerna, måttlig risk för bias	Gravida som talade holländska, BMI >29 kg/m ² , inkluderades till om graviditetsvecka 14. Medeldata vid baslinje: ålder ~29, BMI ~33.	I "aktiv": ovanstående broschyr, samt 3 st rådgivning i grupp av nutritionist kring kost, fysisk aktivitet och stöd för att underlätta beteendeförändring K: sedvanlig vård Ingen av grupperna fick råd om restriktion av energiintag.	I(n=42): 9,8(±7,6); K(n=43):10,6 (±6,9)	I(n=42): 26,2%; K(n=43): 23,3%		Förekomst av pre-eklamsi I: 1/42; K 2/43. Förekomst av kejsarsnitt I: 7/42; K: 11/43 Förekomst av graviditetsorsakad hypertension I: 14/42; K: 18/43		Bortfall mellan 34–43% i de olika grupperna. Bortfallsanalyser gjordes. Studien innehöll även en tredje grupp som fick "passiv intervention"(sedvanlig vård + broschyr), men eftersom den inte motsvarar behandlingen i PICOS presenteras inte resultaten här.
Petrella et al., 2014, [9], singelcenter, RCT, n=61(38)[†], datainsamling 2011, Italien, låg	BMI >30 [†] , >18 år, singelgravitet, inkluderas i v 12. Medeldata vid baslinje: ålder ~32, Medel-BMI för	I: Utöver sedvanlig mödravård, deltagande i ett terapeutiskt livsstilsförändringsprogram som bestod av	I(n=18): 6,7(±4,3); K(n=20):10,1(±5,6), p=0,047			Redovisas inte separat för deltagare med obesitas.	Redovisas inte separat för deltagare med obesitas.	[†] I studien inkluderas även personer med övervikt, men endast resultat för de med obesitas redovisas här. Bortfall redovisas inte

till måttlig risk för bias	gruppen med obesitas redovisas inte separat, sammantaget med gruppen överviktiga var det ca 32 kg/m ²	kostråd inklusive mål för viktuppgång och kostsammansättning, främjande av en mer fysiskt aktiv livsstil, pedometer. Det står inget om uppföljning/stöd, oklart hur många tillfällen interventionen gavs. K: skriftlig information, sedvanlig vård.		separat för personer med obesitas, men var totalt 2 personer, båda i kontrollgruppen.
Liu et al., 2021 [13], singelcenter, RCT, n=217(112)[†], USA, datainsamling 2015-2018, låg till måttlig risk för bias	BMI >30 men vikt under 168 kg [†] , 18-44 år, inkluderades t o m graviditetsvecka 16. Studien redovisar resultaten uppdelade i två grupper utifrån om deltagarna identifierade sig som att ha eller inte ha afro-amerikanskt ursprung. Baslinjedata (för samtliga deltagare): medelålder ~30 år.	I: utöver sedvanlig mödravård, omfattande livsstilsintervention som rörde viktuppgång, energiintag, fysisk aktivitet, individanpassade mål och stöd samt kontinuerlig uppföljning av dessa. Konsultationerna skedde fysiskt och per telefon. Dessutom fick deltagarna tillgång till podcasts med mer allmän information. K: sedvanlig behandling, tillgång till samma podcast som I, informationsmail.	Utfall för deltagare med obesitas, afro-amerikanskt ursprung I(n ej rapporterat): 12,6(95 % KI 10,0 till 15,2); K(n ej rapporterat):8,5(95 %KI 5,8 till 11,2), skillnad mellan grupperna: 4,1(95% KI 0,3 till 7,9). Utfall för deltagare med obesitas, utan afro-amerikanskt ursprung I(n ej rapporterat): 11,6(95% KI 8,8 till 14,5); K(n ej rapporterat): 10,0(95%KI 7,3 till	[†] I studien inkluderas även personer med övervikt, men endast resultat för de med obesitas redovisas här. Bortfallet rapporterades enbart totalt, och var 2/217. Resultaten ingår inte i meta-analysen eftersom antal personer med obesitas i varje grupp inte rapporterades.

			12,7); skillnad mellan grupperna: 1,6(95%KI -2,2 till 5,4)				
Kunath et al, 2019 [12], multicenter, kluster-randomiserad studie, n=2261(274)[†], Tyskland, låg till måttlig risk för bias	BMI 30-40 [‡] , singelgravitet. Inkluderades t o m v. 12. Ålder 18-43 år. Baslinjedata (för samtliga deltagare): medelålder ~30 år.	I: livsstilsintervention inklusive energiintagsmål och mål för fysiskaktivitet (150 minuter per vecka med måttlig intensitet), utöver sedvanlig vård. Tre individuella, fysiska besök under graviditeten samt ett efter förlossningen. Självmonitorering av viktuppgång med ett kort där de kunde se rekommenderad uppgång enligt IOM. Pedometer, foldrar med lämpliga övningar under graviditet. Kontinuerlig feedback. K: broschyr om hälsosam livsstil, sedvanlig vård	I(n=108): 11,5(6,8); K(n=115): 10,6(6,5); skillnad mellan grupperna: 1,0(95%KI -0,9 till 2,9), n.s.	I(n=108): 39 st (36%); K(n=115): 48 st (42%), n.s.	Redovisas inte separat för deltagare med obesitas	Redovisas inte separat för deltagare med obesitas	[†] I studien inkluderas även personer med övervikt, men endast resultat för de med obesitas redovisas här. Andelen bortfall var 11%.
Gallagher et al, 2018 [10], singelcenter, RCT, datainsamling 2013-2015, n=210(85)[‡], USA,	BMI >30 [‡] , singelgravitet, inkluderades v. 9-15. Baslinjedata: medelålder (obs inklusive övervikt) ~34.	I: fokus på kost, fysisk aktivitet, beteende och socialt stöd. Utvecklades från <i>The diabetes prevention program</i> och <i>Action for health in diabetes</i> . Inkl. tydliga energiintags-	I(n=37): 6.07(±4.24) K(n=41): 8.75(±4.27) skillnad mellan grupperna:	I:31/37, 84% K:25/41, 61%	Redovisas inte separat för deltagare med obesitas		[‡] I studien inkluderas även personer med övervikt, men endast resultat för de med obesitas redovisas här. Andelen bortfall var 2/210.

låg till måttlig risk för bias		och viktuppgångsmål (enligt IOM).	-2,68 (±0,96), p=0,007			
		K: 20-30 minuters session med översiktlig information om hälsosam kost vid graviditet, gruppmöten var 8:e vecka.				
Ferrara et al., 2020 [8] multicenter (5 kliniker) RCT, datainsamling 2014-2017, n=398(139)[†] USA, låg till måttlig risk för bias	BMI >30 [†] , singelgraviditet, inkluderades v. 8-15. Randomiseringen balanserades för ålder, BMI, etnicitet. Baslinjedata: medelålder 32,5.	I: Utöver sedvanlig vård, 2 fysiska träffar samt 11 telefonsamtal som fokuserade på att hjälpa kvinnorna hålla sitt mål (7 kg viktuppgång för kvinnor med övervikt och 5 kg för kvinnor med obesitas), genom att fokusera på strategier för att förbättra viktutveckling, diet, fysisk aktivitet och stresshantering. K (sedvanlig vård): totalt 8 fysiska besök, fyra nyhetsbrev som fokuserade på riktlinjer samt hälsosamt ätande och fysisk aktivitet under graviditet.	I(n=68): 8,00(±5,90); K(n=71): 11,60(±5,66); skillnad mellan grupperna - 3,54(95% KI -5,51 till -1,57)		Redovisas inte separat för deltagare med obesitas.	[†] I studien inkluderas även personer med övervikt, men endast resultat för de med obesitas redovisas här.
Bogaerts et al., 2013 [5], multicenter (tre sjukhus) RCT, n=205(139)[†],	BMI ≥29 kg/m ² singelgraviditet inkluderades ≤ graviditetsv.15	I Fyra träffar a 1,5-2h i smågrupper (max 3 individer) med barnmorska om hälsosam	I(n=76): 10,6 (7,0); K(n=63): 13,5 (7,3)	I=29/76 (38.2 %);	Förekomst av preeklampsi I:2/76; K:4/63	[†] Studien innehöll en ytterligare behandlingsarm som dock inte motsvarade PICOS (sedvanlig vård

Bilaga: Kunskapsunderlag – Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter

datainsamling 2008-2011, Belgien, låg till måttlig risk för bias	Baslinjedata: medelBMI ~34 kg/m², medålder ~29 år.	kostsammansättning (andel av energiintag från kolhydrater, fett samt protein) baserat på 7-dagars kostregistrering. Info om fysisk aktivitet. Motiverande samtalstekniker och förändringsmodellen användes samt individuell målsättning mellan träffarna. Även fokus på oro /psykiskt mående.		K: 18/63 (28.5%)	Förekomst av kejsarsnitt I: 20/76; K:19/63	plus broschyr). Bortfallet var 2 deltagare i interventionsgruppen och 0 i kontrollgruppen.	
		K: Sedvanlig vård					
Menichini et al., 2020 [1], RCT, singelcenter, n=82, studieperiod ej rapporterad, Italien, låg risk för bias	Gravida med (BMI) ≥25 kg/m² (~85% med obesitas), ≥18 år med insulinresistens och singelgraviditet inkluderades i graviditetsv. 9-12 Baslinjedata: I: medel-BMI ~37, medelålder ~30.	I: Max 1700 kcal/dag lågt GI och låg energiandel mättat fett. Info om att promenera 30 min 4 ggr/v. Fyra uppföljningsträffar under graviditeten för att kontrollera följsamhet. K: Sedvanlig vård samt broschyr med råd om hälsosam kost utan kcal-restriktion. Samma motionsråd som i interventionsgruppen men i skriftlig form.	I(n=36): 6,7(± 6,7); K(n=46): 7,8(± 7,2), n.s.	I:17/36 (47,2%); K: 18/46 (39,1%), n.s.	Förekomst av kejsarsnitt I: 14/36 (39%); K: 21/46 (46%), n.s.	I:17/36 (47,2%); K: 22/46 (47,8%) n.s	Inga bortfall är rapporterade.
Patel et al., 2017, [14] RCT, multicenter (8	Uppföljning av UPBEAT-studien,	I och K: se Poston et al. nedan	†	Viktförändring i kg från graviditesstart	† Samma studie som Poston et al. men mindre del av		

sjukhus), datainsamling 2010-2015, n=720, Storbritannien, måttlig risk för bias	se Poston et al., 2015, nedan.				t till 6 mån post partum I(n=345) -0,37 (7,41); K(n=355): 0,36(6,71)		populationen. Därför tas redovisas enbart data som inte är med i Poston et al. i denna rad. Inget bortfall är rapporterat (dock var det 720 av ursprungliga 1555 mödrarna som deltog i uppföljningen).
Poston et al., 2015, [3], n=1555, RCT, multicenter (8 sjukhus), datainsamling 2009-2014, Storbritannien, måttlig risk för bias	UPBEAT-studien. Personer med BMI ≥30 kg/m ² , ≥16 år inkluderades I graviditetsvecka 15-18. Baslinjedata: medel-BMI ~36, medelålder ~30.	I: Initialt samtal om kost och motionsråd och 8 st veckovisa träffar med hälsocoach om hälsobeteenden. Pedometer, tränings- DVD, broschyr med recept och kostråd samt loggbok för självmonitorering. K: Sedvanlig vård vilket inkluderar ett initialt samtal om kost och motionsråd.	I(n=526): 7,19(4,6); K(n=567): 7,76(4,6); medelskillnad mellan grupperna: -0,55 (95% KI -1,08 till -0,02), p=0,041.		Förekomst av kejsarsnitt I: 271/765 (35%); K: 274/757 (36%), n.s. Förekomst av preeklampsi I: 27/753 (3,6%); K: 27/752 (3,6%), n.s.	I: 160/629 (25%); K: 172/651 (26%), medel-skillnad mellan grupperna: -1,2% (95% KI -5,8 till 3,8), n.s.	Bortfall rapporteras per utfallsmått och var ~5% fler i interventionsgruppen.
Renault et al., 2014 [7], RCT, singelcenter, studieperiod 2009- 2012, n=425, Danmark, låg till måttlig risk för bias	TOP-studien. Personer ≥18 år, gravida med BMI ≥30 kg/m ² , singel- graviditet inkluderades <16 graviditetsveckor. Baslinjedata: medel-BMI ~34, medelålder ~31.	I: Kontakt med dietist varannan vecka (fysiskt besök eller telefonkontakt); sammanlagt 11-13 kontakter. Mål att gå upp max 5 kg med en diet på 1200-1675 kcal (medelhavskost) samt pedometer och instruktion att gå 11.000 steg/dag. SMS- påminnelse 1g/v.	Medianvärden I(n=130): 8,6 kg; K(n=134) 10,9 kg, n.s.	Andel som gått upp max 9 kg I: 72/130 (55%); K:50/134 (37%), p=0,013	Förekomst av kejsarsnitt I: 32/130 (25%); K: 50/134 (37%), p=0,016.	I: 6/103 (3,8%); K: 7/134 (5.2%), n.s.	Medelvärde på antal kg som kvinnorna gått upp var ej rapportera, endast median. Bortfall var 8%. Studien inkluderade ytterligare en behandlingsarm som inte uppfyllde PICOS; resultaten redovisas därför inte här.

(K) Sedvanlig vård samt 1 träff med dietist vid v.11-14						
Simmons et al, 2017 [4], RCT, n=436, multicenter, multinationell studie (11 mödravårdskliniker i Storbritannien, Irland, Nederländerna, Österrike, Polen, Italien, Spanien, Danmark och Belgien), studieperiod 2012-2015, låg till måttlig risk för bias	DALI lifestyle-study. Deltagarna var ≥18 år, gravida med BMI ≥29 kg/m ² med singel-graviditet och inkluderades <19 graviditetsveckan. Baslinjedata: medel-BMI ~34 kg/m ² , medelålder ~32 år.	I: 5 fysiska besök, 4 telefonbesök baserade på motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi. Mål att gå upp max 5 kg genom hälsosam kost och begränsade portionsstorlekar. Fysisk aktivitet förordades och deltagarna erhöll en "verktygslåda" innehållande handbok, utbildningsmaterial, pedometer, elastiska gummiband att träna med. K: sedvanlig vård	Viktuppgång i kg I(n=75): 6,5(3,8); K(n=79): 8,8(4,7); skillnad mellan grupperna: -2,02 (95% KI -3,58 till -0,46), p<0,05.	Andel som gått upp max 9 kg I:30/75 (40%); K:19/79 (24%); OR 2,13 (95% KI 1,05 till 4.33)	Andel som utvecklade graviditetsdiabetes: I:18/92(20%); K:19/100(19%); OR=0,80 (95% KI 0,43 till 1,49)	Studien inkluderade även två ytterligare interventionsarmar som enbart fått intervention kring fysisk aktivitet respektive enbart kostintervention. Totalt 6% bortfall.
Vesco et al., 2016 [15], RCT, singelcenter, studieperiod 2009-2013, n=114, USA, låg till måttlig risk för bias	Samma population som Vesco et al., 2014, se nedan (Healthy mums cohort)	Samma som nedan		Medelskillnad i 1 år efter förlossning I(n=43) -1,4; K(n=46): -0,9; skillnad mellan grupperna: -0,5 (95% KI -4,0 till 3,1), n.s		Bortfall 22%.

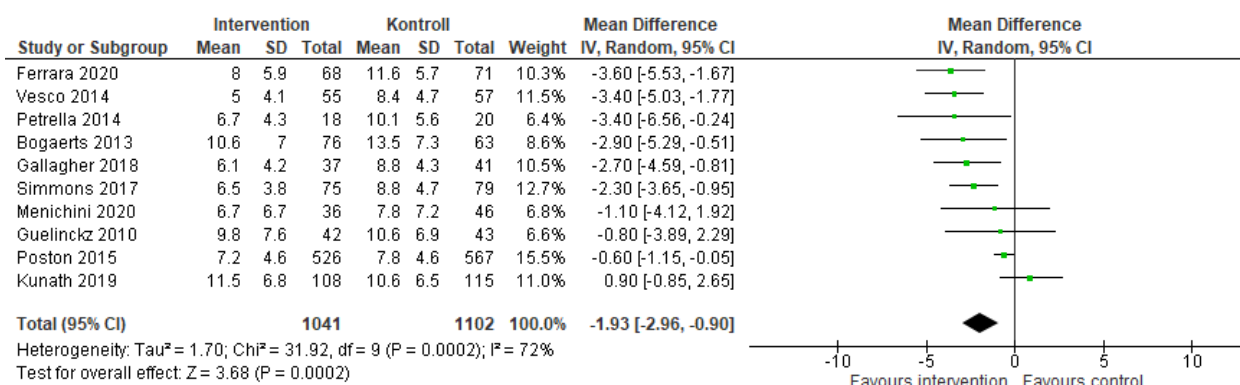
Vesco et al., 2014 [6], RCT, singelcenter, n=114, 2009-2013, USA, låg till måttlig risk för bias	Healthy mums cohort . Deltagare var ≥18 år, gravida med BMI ≥30 kg/m² och singel-graviditet, som inkluderades i <21 graviditets-veckan. Baslinjedata: medel-BMI:~37 kg/m², medelålder ~32 år.	I: Två initiala individuella träffar och därefter veckovisa gruppträffar med dietist. Individuell målsättning att gå upp max 3% från inskrivningsvikt, individuella kostråd med energi-intagsrestriktion. Rek. 30 min fys.akt/dag, pedometer samt egenmonitorering. K: Sedvanlig vård plus ett tillfälle med allmänna kostråd samt personlig feedback på kostdagböcker	I(n=55): 5,0(4,1); K(n=57): 8,4(4,7); skillnad mellan grupperna: -3,4(95% KI -5,1 till -1,8)	Förekomst av kejsarsnitt I: 21/56 (38%); K: 25/58 (43%)	Förekomst av graviditetsdiabetes I: 6/56 (11%); K: 7/58 (12%); OR 0,87, n.s.	Bortfall: 4% i interventionsgruppen, 0% i kontrollgruppen.	
Vinter et al., 2014 [16], RCT, multicenter (2 sjukhus), n=360, 2007-2010, Danmark, måttlig risk för bias	Population ur nedanstående referens, Vinter et al., 2011. (Lifestyle in pregnancy study)	Samma som nedan		Andel kvinnor som väger >0kg mer 1 år efter förlossning jmf med vikt vid baslinje I(n=57):46%; K(n=66):57%, p=0,088		Bortfall 34%	
Vinter, 2011 [2], RCT, multicenter (2 sjukhus), n=360, 2007-2010, Danmark, måttlig risk för bias	(Lifestyle in pregnancy study) Deltagarna var 18-40 år, gravida, dansktalande med BMI 30-45 kg/m² ,	I: Individuella kostråd (fyra träffar med dietist) inklusive energiintagsrestriktion , mål att gå upp max 5 kg. Medlemskap på gym, 1h	Medianvärden I(n=150): 7,0; K(n=154): 8,6, p=0,014	Andel som gått upp max 9 kg I:93/150 (64,6%);	Förekomst av preeklampsi I:23/150 (15%); K:28/154 (18%)	Förekomst av graviditetsdiabetes I:9/150 (6%); K:8/154 (5%), n.s.	Värde för viktuppgång i kg är inte inkluderad i meta-analys eftersom enbart medianvärden är rapporterade.

Bilaga: Kunskapsunderlag – Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter

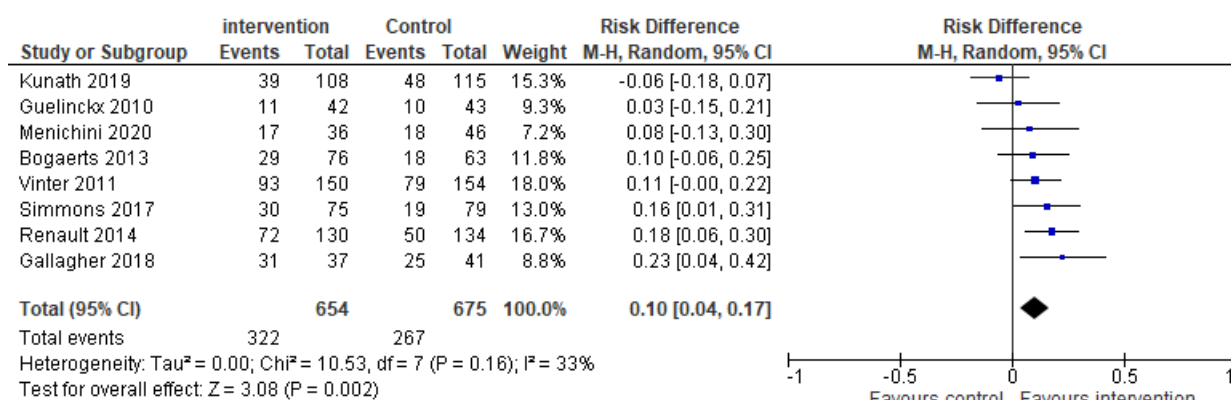
inkluderades i graviditetsv.10-14 och följdes till v.34-36. Baslinjedata: medel-BMI ~33 kg/m ² , medelålder ~29 år.	gruppträning/v och råd att vara aktiva 30-60 min/dag. Coachning i grupp av fysioterapeut 4-6 ggr under graviditeten. K: Sedvanlig vård och initial info om studiens syfte samt tillgång till websida med kost och motionsråd.	K:79/154 (53,4%), p=0,058	Förekomst av kejsarsnitt I: 40/150 (27%); K:39/154 (25%)	Rapporterat bortfall 16%.
---	--	------------------------------	--	---------------------------

Metaanalys

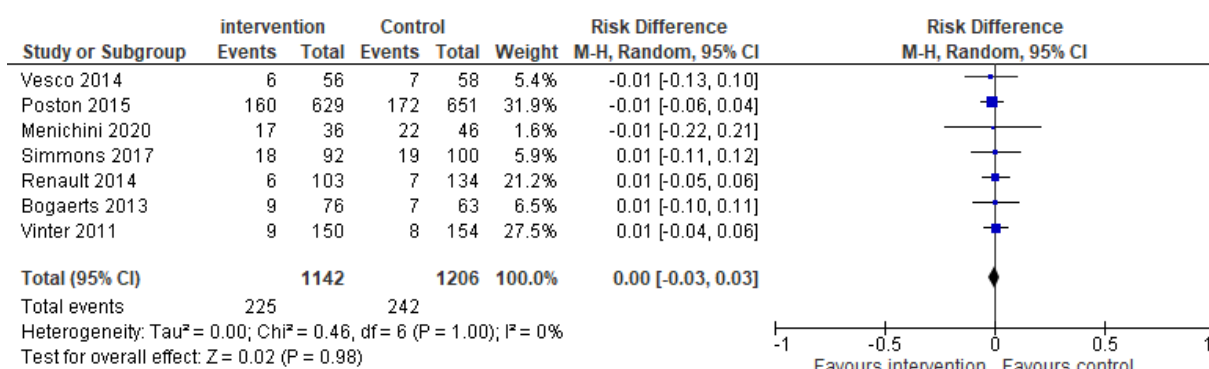
Samtliga metaanalyser är utförda i RevMan 5.



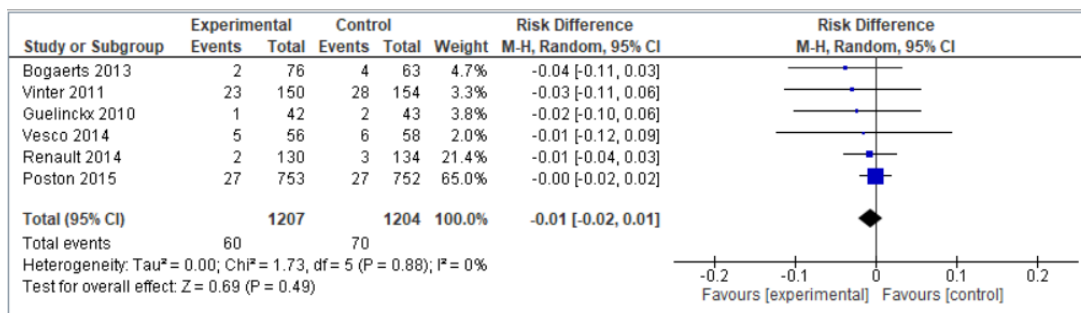
Skillnad i medelvärde för viktuppgång i kg under graviditeten för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.



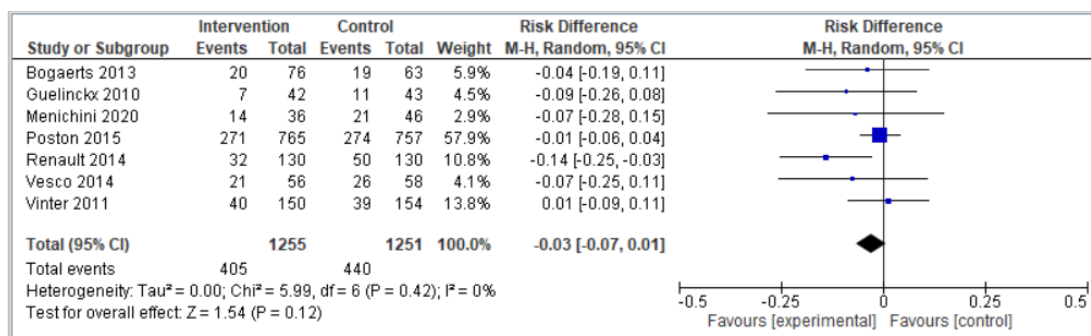
Skillnad i chansen att uppnå max 9 kg viktuppgång eller mellan 5-9 kg viktuppgång under graviditeten mellan intervention och kontrollgruppen.



Skillnad i risk för graviditetsdiabetes mellan intervention och kontrollgruppen.



Skillnad i risk för preeklampsi mellan intervention och kontroll



Skillnad i risk för kejsarsnitt mellan intervention och kontroll

Frågeställning och PICOS

Vilken effekt har kombinerad levnadsvanebehandling på viktrelaterade mått hos gravida med obesitas, jämfört med annan intervention eller sedvanlig vård?

- **Population:** gravida med obesitas.
- **Intervention:** kombinerad levnadsvanebehandling innehållande kost och fysisk aktivitet, med eller utan psykosocial intervention. I sökning och gallring av litteratur har även publikationer som enbart inkluderat en eller två behandlingskomponenter accepterats.
- **Kontrollgrupp:** annan eller ingen intervention eller sedvanlig vård.
- **Utfallsmått:** Primära utfallsmått: viktrelaterade mått under graviditet och viktrelaterade mått efter förlossning. Sekundära utfallsmått: t.ex. förlossningskomplikationer och mått på patientnöjdhet.
- **Studietyp:** systematisk översikt (SÖ), randomiserad kontrollerad studie (RCT).

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	414
Artiklar som lästes i fulltext	80
Artiklar som kvalitetsgranskades	4 SÖ, 16 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	16 RCT

Databas: CINAHL, PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: EBSCO Datum: 2021-02-26

Ämne: Gravida med obesitas. Kombinerad levnadsvanebehandling: kost, matvanor, fysisk aktivitet med eller utan psykosocial intervention

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	FT	TI (obese OR obesity OR overweight* OR weight) OR AB (obese OR obesity OR "gestational weight gain" SU (obesity OR overweight* OR "gestational weight gain")	222250
	FT	TI (pregnancy OR pregnant OR antenatal OR perinatal) OR AB (pregnancy OR pregnant) OR SU (pregnancy OR pregnant)	597616
	FT	TI ("weight loss intervention*" OR "weight control program*" OR "weight reduction program*" OR "weight loss program*" OR "lifestyle intervention*" OR "lifestyle modification*" OR "lifestyle change*" OR "lifestyle strateg*" OR "lifestyle program*" OR "life style intervention*" OR "life style modification*" OR "life style change*" OR "life style strateg*" OR "life style program*" OR "weight loss management" OR "multicomponent program*" OR "multicomponent intervention*" OR "multidisciplinary program*" OR "multidisciplinary treatment" OR "multidisciplinary intervention*" OR "multi-component program*" OR "multi-component intervention*" OR "multi-disciplinary treatment" OR "multi-disciplinary program*" OR "multi-disciplinary intervention*" OR "multicomponent pediatric obesity treatment") OR AB ("lifestyle intervention*" OR "lifestyle program*" OR "life style intervention*" OR "life style program*" OR "multicomponent program*" OR "multicomponent intervention*" OR "multi-component program*" OR "multi-component intervention*" OR "multicomponent pediatric obesity treatment")	11747
	FT	TI ((diet* OR nutrition* OR food* OR eating OR "calorie restriction*" OR "caloric restriction" OR "restricted calor*" OR "energy intake" OR meal*) AND (exercise* OR "physical activit*" OR "physical training" OR "motor activit*" OR "physical therap*" OR "physical education" OR movement OR "screen time" OR sedentary) OR AB ((diet* OR nutrition* OR food* OR eating OR "calorie restriction*" OR "caloric restriction" OR "restricted calor*" OR "energy intake" OR meal*) AND (exercise* OR "physical activit*" OR "physical training" OR "motor activit*" OR "physical therap*" OR "physical education" OR movement OR "screen time" OR sedentary) OR SU ((diet* OR nutrition* OR food* OR eating OR "calorie restriction*" OR "caloric restriction" OR "restricted calor*" OR "energy intake" OR meal*) AND (exercise* OR "physical activit*" OR "physical training" OR "motor activit*" OR "physical therap*" OR "physical education" OR movement OR "screen time" OR sedentary)	86402

		3 OR 4	94624
		1 AND 2 AND 5 English; 1990-	1178
		4 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	77
		6 AND (TI random* OR AB random*)	319

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2021-03-02

Ämne: Gravida med obesitas. Kombinerad levnadsvanebehandling: kost, matvanor, fysisk aktivitet med eller utan psykosocial intervention

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	FT	(obese OR obesity OR "gestational weight gain"):ti,ab,kw	44053
	FT	(pregnancy OR pregnant OR antenatal OR perinatal):ti,ab,kw	68300
	FT	("weight loss intervention*" OR "weight control program*" OR "weight reduction program*" OR "lifestyle intervention*" OR "lifestyle modification*" OR "lifestyle change*" OR "lifestyle strateg*" OR "lifestyle program*" OR "life style intervention*" OR "life style modification*" OR "life style change*" OR "life style strateg*" OR "life style program*" OR "weight loss management" OR "multicomponent program*" OR "multicomponent intervention*" OR "multidisciplinary program*" OR "multidisciplinary treatment" OR "multidisciplinary intervention*" OR "multi-component program*" OR "multi-component intervention*" OR "multi-disciplinary treatment" OR "multi-disciplinary program*" OR "multi-disciplinary intervention*" OR "multicomponent pediatric obesity treatment");ti,ab,kw	3511
	FT	(diet* OR nutrition* OR food* OR eating OR "calorie restriction*" OR "caloric restriction" OR "restricted calor*" OR "energy intake" OR meal*);ti,ab,kw AND	22911

	(diet* OR nutrition* OR food* OR eating OR "calorie restriction*" OR "caloric restriction" OR "restricted calor*" OR "energy intake" OR meal*):ti,ab,kw	
3 OR 4		25321
1 AND 2 AND 5		540
		CDSR 13
		CENTRAL 527

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-02-26

Ämne: Gravida med obesitas. Kombinerad levnadsvanebehandling: kost, matvanor, fysisk aktivitet med eller utan psykosocial intervention

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	Mesh/FT	"Obesity/therapy"[Majr:NoExp] OR "Obesity, Maternal/therapy"[Mesh] OR "Obesity, Morbid/therapy"[Mesh] OR Obesity Maternal/prevention and control[Mesh] OR "Overweight/therapy"[Majr:NoExp] OR obese[tiab] OR obesity[tiab] OR overweight*[ti] OR weight[ti] OR "Gestational Weight Gain"[Mesh] OR gestational weight gain[tiab] OR GWG[tiab]	410396
	Mesh/FT	"Pregnancy"[Majr] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab] OR antenatal[ti] OR perinatal[ti]	597616
	Mesh/FT	"Life Style"[Majr] OR Weight management[ti] OR weight control program*[ti] OR weight gain reduc*[ti] OR (excessive weight gain[ti] AND prevent*[ti]) OR lifestyle intervention*[ti] OR lifestyle modification*[ti] OR lifestyle strateg*[ti] OR lifestyle program*[ti] OR life style intervention*[ti] OR life style modification*[ti] OR life style strateg*[ti] OR life style program*[ti] OR multicomponent program*[ti] OR multicomponent intervention*[ti] OR multidisciplinary program*[ti] OR multidisciplinary treatment[ti] OR multidisciplinary intervention*[ti] OR multi-component program*[ti] OR multi-component intervention*[ti] OR multi-disciplinary treatment[ti] OR multi-disciplinary program*[ti] OR multi-disciplinary intervention*[ti] OR behavioral intervention*[ti] OR behavioral modification*[ti] OR behavior change*[ti] OR behaviour change*[ti] OR behavioral chang*[ti] OR behaviour modification*[ti] OR behavioural intervention*[ti] OR ((Diet[Mesh] OR "Diet, Reducing"[Mesh] OR "Feeding Behavior"[Mesh:NoExp] OR "Energy Intake"[Mesh] OR Food[Mesh] OR diet*[tiab] OR nutrition*[tiab] OR food*[tiab] OR eating[tiab] OR calorie restriction*[tiab] OR caloric restriction[tiab] OR restricted calor*[tiab] OR dairy[tiab] OR energy intake[tiab] OR meal*[tiab]) AND (Exercise[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh] OR "Exercise Movement Techniques"[Mesh] OR "Physical Education and Training"[Mesh] OR exercise*[tiab] OR physical activit*[tiab] OR physical training[tiab] OR motor	144898

activit*[tiab] OR physical therap*[tiab] OR physical education[tiab] OR movement*[tiab]))	
1-3 AND English	1471
4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	124
5 AND Filters: Randomized Controlled Trial	218
5 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	80

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Adam et al, 2020 [17]	Uppfyller ej PICOS (utvärderar en behandling kring viktutveckling för personer som är gravida utan någon BMI-gräns)
Ainscough et al, 2017 [18]	Konferensabstrakt
Ainscough et al, 2019 [19]	Inkluderar personer med övervikt (majoritet av deltagarna) och obesitas (effektmått särredovisas inte)
Althuizen et al, 2012 [20]	Uppfyller ej PICOS (utvärderar en behandling kring viktutveckling för personer som är gravida utan någon BMI-gräns)
Asci et al, 2016 [21]	Uppfyller ej PICOS (utvärderar en behandling kring viktutveckling för personer som är gravida utan någon BMI-gräns)
Blau et al, 2020 [22]	Kvalitativ översikt som saknar relevant utfallsmått
Bruno et al, 2017 [23]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Buckingham-Schutt et al, 2019 [24]	Uppfyller ej PICOS (utvärderar en behandling kring viktutveckling för personer som är gravida utan någon BMI-gräns)
Cahill et al, 2018 [25]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Chan et al, 2018 [26]	Ej rätt population, inkluderar kvinnor med risk för graviditetsdiabetes, för lågt BMI
Craemer et al, 2019 [27]	SÖ, ej helt rätt för PICOS men tog RCT:er ur denna
Dahl, 2019 [28]	Avhandling, ingående manus som inte har identifierats som publicerade i vetenskaplig tidskrift
Ding et al, 2021 [29]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.

Dodd et al, 2016 [30]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Dodd et al, 2019 [31]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Facchinetti et al, 2019 [32]	Poster
Ferrara et al, 2016 [33]	Ej rätt population, inkluderar kvinnor med risk för graviditetsdiabetes, för lågt BMI (även personer med normal- samt undervikt inkluderas)
Ferrara, 2019 [34]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Ferrara, 2020 [8]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Griffith et al, 2020 [35]	Systematisk översikt utan relevant population
Günter et al, 2019 [36]	Ej rätt population, ingen BMI-gräns
Guo et al, 2019 [37]	Systematisk översikt om behandlingar som avser att förebygga graviditetsdiabetes
Guo et al, 2019 [38]	Ej rätt population, inkluderar kvinnor med graviditetsdiabetes, för lågt BMI
Haby et al, 2015 [39]	Var ej randomiserad
Hajian et al, 2020 [40]	Ej rätt population, inkluderar enbart gravida med övervikt (ej obesitas)
Harreiter et al, 2019 [41]	Saknar relevant utfallsmått
Hoffman et al, 2019 [42]	Inkluderar personer med BMI >18. Data för personer med obesitas särredovisas inte.
Hoffman et al, 2020 [43]	Konferensrapport
Holmes et al, 2020 [44]	Uppfyller ej PICOS (intervention)
Huang et al, 2009 [45]	Ej rätt population, ingen BMI-gräns
Kennelly et al, 2017 [46]	Konferensrapport
Koivusalo et al, 2016 [47]	Inkluderar personer som tidigare haft graviditets diabetes eller har obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Lin et al, 2020 [48]	Ej rätt population, inkluderar kvinnor med risk för graviditetsdiabetes, för lågt BMI

Luoto et al, 2011 [49]	Studieprotokoll
Michel et al, 2019 [50]	SÖ, ej helt rätt för PICOS men relevanta referenser hämtades från denna
Mills et al, 2019 [51]	Uppfyller ej PICOS (utfall)
Mitanchez et al, 2020 [52]	Oklart BMI och oklar intervention
Mohsenzadeh-Ledari et al, 2019 [53]	SÖ, ej relevant intervention
Mohsenzadeh-Ledari et al, 2020 [54]	Inkluderar kvinnor med metabolsyndrom, enbart övervikt (ej obesitas)
Olson et al, 2018 [55]	Inkluderar personer med BMI 18,5-35. Data för personer med obesitas särredovisas inte.
Pawalia et al, 2020 [56]	Uppfyller ej PICOS (intervention, utfall)
Peaceman et al, 2018 [57]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Phelan et al, 2018, 2020, 2021 [58] [59] [60]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Pollak et al, 2014 [61]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Polley et al, 2002 [62]	Uppfyller ej PICOS (utvärderar en behandling kring viktutveckling för personer som är gravida utan någon BMI-gräns)
Rhodes et al, 2020 [63]	Uppfyller ej PICOS (intervention)
Rissel et al, 2019 [64]	Uppfyller ej PICOS (utfallsmått, studiedesign)
Rönnberg et al, 2016 [65]	Uppfyller ej PICOS (utfallsmått)
Rönö et al, 2018 [66]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.
Sagedal et al, 2017 [67]	Inkluderar personer med BMI >19. Effektmått särredovisas inte för deltagare med obesitas.
Shieh et al, 2018 [68]	SÖ, ej helt rätt för PICOS men relevanta referenser hämtades från denna
Simon et al, 2020 [69]	Uppfyller ej PICOS (utfallsmått)
Su et al, 2016 [70]	Ej rätt population, inkluderar kvinnor med risk för graviditetsdiabetes, för lågt BMI

	(även personer med normal- samt undervikt inkluderas)
Syngelaki et al, 2019 [71]	SÖ, ej helt rätt för PICOS men relevanta referenser hämtades från denna
Thomson et al, 2016 [72]	Uppfyller ej PICOS (population, intervention)
Trak-Fellermeie et al, 2019 [73]	Hög risk för bias, få deltagare med stor obalans av andel med obesitas i intervention/kontrollgrupp
Vinter et al, 2018 [74]	Uppfyller ej PICOS (utfallsmått)
Walker et al, 2018 [75]	Saknar uppgift om BMI
Willcox et al, 2017 [76]	Inkluderar personer med övervikt och obesitas. Medel-BMI vid start är för lågt, och effektmått särredovisas inte för deltagarna med obesitas.

Referenser

1. Menichini, D, Petrella, E, Dipace, V, Di Monte, A, Neri, I, Facchinetti, F. The Impact of an Early Lifestyle Intervention on Pregnancy Outcomes in a Cohort of Insulin-Resistant Overweight and Obese Women. *Nutrients*. 2020; 12(5).
2. Vinter, CA, Jensen, DM, Ovesen, P, Beck-Nielsen, H, Jørgensen, JS. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes care*. 2011; 34(12):2502-7.
3. Poston, L, Bell, R, Croker, H, Flynn, AC, Godfrey, KM, Goff, L, et al. Effect of a behavioural intervention in obese pregnant women (the UPBEAT study): a multicentre, randomised controlled trial. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2015; 3(10):767-77.
4. Simmons, D, Devlieger, R, van Assche, A, Jans, G, Galjaard, S, Corcoy, R, et al. Effect of Physical Activity and/or Healthy Eating on GDM Risk: The DALI Lifestyle Study. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2017; 102(3):903-13.
5. Bogaerts, AF, Devlieger, R, Nuyts, E, Witters, I, Gyselaers, W, Van den Bergh, BR. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *International journal of obesity (2005)*. 2013; 37(6):814-21.
6. Vesco, KK, Karanja, N, King, JC, Gillman, MW, Leo, MC, Perrin, N, et al. Efficacy of a group-based dietary intervention for limiting gestational weight gain among obese women: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2014; 22(9):1989-96.
7. Renault, KM, Nørgaard, K, Nilas, L, Carlsen, EM, Cortes, D, Pryds, O, et al. The Treatment of Obese Pregnant Women (TOP) study: a randomized controlled trial of the effect of physical activity intervention assessed by

pedometer with or without dietary intervention in obese pregnant women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014; 210(2):134.e1-9.

8. Ferrara, A, Hedderson, MM, Brown, SD, Ehrlich, SF, Tsai, AL, Feng, J, et al. A telehealth lifestyle intervention to reduce excess gestational weight gain in pregnant women with overweight or obesity (GLOW): a randomised, parallel-group, controlled trial. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2020; 8(6):490-500.

9. Petrella, E, Malavolti, M, Bertarini, V, Pignatti, L, Neri, I, Battistini, NC, et al. Gestational weight gain in overweight and obese women enrolled in a healthy lifestyle and eating habits program. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2014; 27(13):1348-52.

10. Gallagher, D, Rosenn, B, Toro-Ramos, T, Paley, C, Gidwani, S, Horowitz, M, et al. Greater Neonatal Fat-Free Mass and Similar Fat Mass Following a Randomized Trial to Control Excess Gestational Weight Gain. *Obesity (19307381)*. 2018; 26(3):578-87.

11. Guelinckx, I, Devlieger, R, Mullie, P, Vansant, G. Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. *The American journal of clinical nutrition*. 2010; 91(2):373-80.

12. Kunath, J, Günther, J, Rauh, K, Hoffmann, J, Stecher, L, Rosenfeld, E, et al. Effects of a lifestyle intervention during pregnancy to prevent excessive gestational weight gain in routine care - the cluster-randomised GeliS trial. *BMC medicine*. 2019; 17(1):5.

13. Liu, J, Wilcox, S, Wingard, E, Turner-McGrievy, G, Hutto, B, Burgis, J. A Behavioral Lifestyle Intervention to Limit Gestational Weight Gain in Pregnant Women with Overweight and Obesity. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2021.

14. Patel, N, Godfrey, KM, Pasupathy, D, Levin, J, Flynn, AC, Hayes, L, et al. Infant adiposity following a randomised controlled trial of a behavioural intervention in obese pregnancy. *International journal of obesity (2005)*. 2017; 41(7):1018-26.

15. Vesco, KK, Leo, MC, Karanja, N, Gillman, MW, McEvoy, CT, King, JC, et al. One-year postpartum outcomes following a weight management intervention in pregnant women with obesity. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2016; 24(10):2042-9.

16. Vinter, CA, Jensen, DM, Ovesen, P, Beck-Nielsen, H, Tanvig, M, Lamont, RF, et al. Postpartum weight retention and breastfeeding among obese women from the randomized controlled Lifestyle in Pregnancy (LiP) trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2014; 93(8):794-801.

17. Adam, LM, Jarman, M, Barker, M, Manca, DP, Lawrence, W, Bell, RC. Use of healthy conversation skills to promote healthy diets, physical activity and gestational weight gain: Results from a pilot randomised controlled trial. *Patient education and counseling*. 2020; 103(6):1134-42.

18. Ainscough, K, Kennelly, M, Lindsay, K, Osullivan, E, Gibney, E, McAuliffe, F. The impact of an mhealth-supported lifestyle intervention on

dietary and physical activity outcomes among overweight and obese pregnant women: a randomised controlled trial. *Obesity facts*. 2017; 10:211-2.

19. Ainscough, KM, O'Brien, EC, Lindsay, KL, Kennelly, MA, O'Sullivan, EJ, O'Brien, OA, et al. Nutrition, Behavior Change and Physical Activity Outcomes From the PEARS RCT-An mHealth-Supported, Lifestyle Intervention Among Pregnant Women With Overweight and Obesity. *Frontiers in endocrinology*. 2019; 10:938.

20. Althuisen, E, van der Wijden, CL, van Mechelen, W, Seidell, JC, van Poppel, MNM. The effect of a counselling intervention on weight changes during and after pregnancy: a randomised trial. *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 120(1):92-9.

21. Asci, O, Rathfisch, G. Effect of lifestyle interventions of pregnant women on their dietary habits, lifestyle behaviors, and weight gain: a randomized controlled trial. *J Health Popul Nutr*. 2016; 35(1):7.

22. Blau, LE, Holmes, JM. Preventing Excess Gestational Weight Gain and Obesity in Pregnancy: the Potential of Targeting Psychological Mechanisms. *Current obesity reports*. 2020; 9(4):522-9.

23. Bruno, R, Petrella, E, Bertarini, V, Pedrielli, G, Neri, I, Facchinetti, F. Adherence to a lifestyle programme in overweight/obese pregnant women and effect on gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Maternal & child nutrition*. 2017; 13(3).

24. Buckingham-Schutt, LM, Ellingson, LD, Vazou, S, Campbell, CG. The Behavioral Wellness in Pregnancy study: a randomized controlled trial of a multi-component intervention to promote appropriate weight gain. *The American journal of clinical nutrition*. 2019; 109(4):1071-9.

25. Cahill, AG, Haire-Joshu, D, Cade, WT, Stein, RI, Woolfolk, CL, Moley, K, et al. Weight Control Program and Gestational Weight Gain in Disadvantaged Women with Overweight or Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2018; 26(3):485-91.

26. Chan, RS, Tam, WH, Ho, IC, Kwan, MW, Li, LS, Sea, MM, et al. Randomized trial examining effectiveness of lifestyle intervention in reducing gestational diabetes in high risk Chinese pregnant women in Hong Kong. *Scientific reports*. 2018; 8(1):13849.

27. Craemer, KA, Sampene, E, Safdar, N, Antony, KM, Wautlet, CK. Nutrition and Exercise Strategies to Prevent Excessive Pregnancy Weight Gain: A Meta-analysis. *AJP reports*. 2019; 9(1):e92-e120.

28. Dahl, AA. Healthy motivations for moms-to-be (healthy mom2b) study: A mobile health intervention targeting gestational weight gain among U S women: ProQuest Information & Learning; 2019.

29. Ding, B, Gou, B, Guan, H, Wang, J, Bi, Y, Hong, Z. WeChat-assisted dietary and exercise intervention for prevention of gestational diabetes mellitus in overweight/obese pregnant women: a two-arm randomized clinical trial. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2021.

30. Dodd, JM, Deussen, AR, Mohamad, I, Rifas-Shiman, SL, Yelland, LN, Louise, J, et al. The effect of antenatal lifestyle advice for women who are overweight or obese on secondary measures of neonatal body composition: the

LIMIT randomised trial. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2016; 123(2):244-53.

31. Dodd, JM, Deussen, AR, Louise, J. A Randomised Trial to Optimise Gestational Weight Gain and Improve Maternal and Infant Health Outcomes through Antenatal Dietary, Lifestyle and Exercise Advice: The OPTIMISE Randomised Trial. *Nutrients*. 2019; 11(12).

32. Facchinetti, F, Gambigliani Zoccoli, S, Petrella, E, Bertarini, V, Di Cerbo, L, Neri, I. 160: Counseling lifestyle changes in overweight/obese pregnant women: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2019; 220:S120-S1.

33. Ferrara, A, Hedderson, MM, Brown, SD, Albright, CL, Ehrlich, SF, Tsai, AL, et al. The Comparative Effectiveness of Diabetes Prevention Strategies to Reduce Postpartum Weight Retention in Women With Gestational Diabetes Mellitus: The Gestational Diabetes' Effects on Moms (GEM) Cluster Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*. 2016; 39(1):65-74.

34. Ferrara, A, Hedderson, MM, Brown, SD, Tsai, AL, Feng, J, Zhu, Y, et al. A pregnancy lifestyle intervention improves metabolic profile of women and infants by reducing gestational weight gain (GWG): the glow randomized controlled trial. *Diabetes*. 2019; 68.

35. Griffith, RJ, Alsweiler, J, Moore, AE, Brown, S, Middleton, P, Shepherd, E, et al. Interventions to prevent women from developing gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020; 6(6):Cd012394.

36. Günther, J, Hoffmann, J, Kunath, J, Spies, M, Meyer, D, Stecher, L, et al. Effects of a Lifestyle Intervention in Routine Care on Prenatal Dietary Behavior-Findings from the Cluster-Randomized GeliS Trial. *Journal of clinical medicine*. 2019; 8(7).

37. Guo, XY, Shu, J, Fu, XH, Chen, XP, Zhang, L, Ji, MX, et al. Improving the effectiveness of lifestyle interventions for gestational diabetes prevention: a meta-analysis and meta-regression. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2019; 126(3):311-20.

38. Guo, H, Zhang, Y, Li, P, Zhou, P, Chen, LM, Li, SY. Evaluating the effects of mobile health intervention on weight management, glycemic control and pregnancy outcomes in patients with gestational diabetes mellitus. *Journal of endocrinological investigation*. 2019; 42(6):709-14.

39. Haby, K, Glantz, A, Hanas, R, Premberg, A. Mighty Mums - An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity. *Midwifery*. 2015; 31(7):685-92.

40. Hajian, S, Aslani, A, Sarbakhsh, P, Fathnezhad-Kazemi, A. The effectiveness of healthy lifestyle interventions on weight gain in overweight pregnant women: A cluster-randomized controlled trial. *Nursing open*. 2020; 7(6):1876-86.

41. Harreiter, J, Simmons, D, Desoye, G, Corcoy, R, Adelantado, JM, Devlieger, R, et al. Nutritional Lifestyle Intervention in Obese Pregnant Women, Including Lower Carbohydrate Intake, Is Associated With Increased Maternal Free Fatty Acids, 3- β -Hydroxybutyrate, and Fasting Glucose Concentrations: A Secondary Factorial Analysis of the European Multicenter,

Randomized Controlled DALI Lifestyle Intervention Trial. *Diabetes care*. 2019; 42(8):1380-9.

42. Hoffmann, J, Günther, J, Stecher, L, Spies, M, Meyer, D, Kunath, J, et al. Effects of a Lifestyle Intervention in Routine Care on Short- and Long-Term Maternal Weight Retention and Breastfeeding Behavior-12 Months Follow-up of the Cluster-Randomized GeliS Trial. *Journal of clinical medicine*. 2019; 8(6).

43. Hoffmann, J, Gunther, J, Stecher, L, Spies, M, Meyer, D, Raab, R, et al. Does an antenatal lifestyle intervention in routine care improve maternal and infant health outcomes in the first year postpartum-12 months follow-up of the cluster-randomised GeliS trial. *Obesity reviews*. 2020; 21(SUPPL 1).

44. Holmes, H, Palacios, C, Wu, Y, Banna, J. Effect of a Short Message Service Intervention on Excessive Gestational Weight Gain in a Low-Income Population: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2020; 12(5).

45. Huang, TT, Yeh, CY, Tsai, YC. A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2011; 27(2):257-64.

46. Kennelly, M, Ainscough, K, O'Sullivan, E, Lindsay, K, McCarthy, M, Gibney, E, et al. A randomised controlled trial of an M-health behavioural lifestyle intervention to prevent gestational diabetes in overweight and obese pregnancy: PEARS trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2017; 124:14-.

47. Koivusalo, SB, Rönö, K, Klemetti, MM, Roine, RP, Lindström, J, Erkkola, M, et al. Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL): A Randomized Controlled Trial. *Diabetes care*. 2016; 39(1):24-30.

48. Lin, X, Yang, T, Zhang, X, Wei, W. Lifestyle intervention to prevent gestational diabetes mellitus and adverse maternal outcomes among pregnant women at high risk for gestational diabetes mellitus. *The Journal of international medical research*. 2020; 48(12):300060520979130.

49. Luoto, R, Kinnunen, TI, Aittasalo, M, Kolu, P, Raitanen, J, Ojala, K, et al. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS medicine*. 2011; 8(5):e1001036-e.

50. Michel, S, Raab, R, Drabsch, T, Günther, J, Stecher, L, Hauner, H. Do lifestyle interventions during pregnancy have the potential to reduce long-term postpartum weight retention? A systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2019; 20(4):527-42.

51. Mills, HL, Patel, N, White, SL, Pasupathy, D, Briley, AL, Santos Ferreira, DL, et al. The effect of a lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational metabolic profiles: findings from the UK Pregnancies Better Eating and Activity Trial (UPBEAT) randomised controlled trial. *BMC medicine*. 2019; 17(1):15.

52. Mitanhez, D, Ciangura, C, Jacqueminet, S. How Can Maternal Lifestyle Interventions Modify the Effects of Gestational Diabetes in the Neonate and

the Offspring? A Systematic Review of Meta-Analyses. *Nutrients*. 2020; 12(2).

53. Mohsenzadeh-Ledari, F, Taghizadeh, Z, Motaghi, Z, Keramat, A, Moosazadeh, M, Najafi, A. Appropriate Interventions for Pregnant Women with Indicators of Metabolic Syndrome on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *International journal of preventive medicine*. 2019; 10:2.

54. Mohsenzadeh-ledari, F, Taghizadeh, Z, Keramat, A, Moosazadeh, M, Yazdani, S, Najafi, A, et al. The effect of caring intervention (physical activity, diet and counseling) on gestational diabetes for pregnant women with metabolic syndrome. *Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2020.

55. Olson, CM, Groth, SW, Graham, ML, Reschke, JE, Strawderman, MS, Fernandez, ID. The effectiveness of an online intervention in preventing excessive gestational weight gain: the e-moms roc randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18(1):148.

56. Pawalia, A, Kulandaivelan, S, Savant, S, Yadav, VS. Effect of behavioural interventions for obesity prevention in pregnancy on the adequacy of gestational weight gain and retention: metabolic health of Indian women. *Serbian journal of experimental and clinical research*. 2020; 21(1):35-42.

57. Peaceman, AM, Clifton, RG, Phelan, S, Gallagher, D, Evans, M, Redman, LM, et al. Lifestyle Interventions Limit Gestational Weight Gain in Women with Overweight or Obesity: LIFE-Moms Prospective Meta-Analysis. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2018; 26(9):1396-404.

58. Phelan, S, Wing, RR, Brannen, A, McHugh, A, Hagobian, TA, Schaffner, A, et al. Randomized controlled clinical trial of behavioral lifestyle intervention with partial meal replacement to reduce excessive gestational weight gain. *The American journal of clinical nutrition*. 2018; 107(2):183-94.

59. Phelan, S, Clifton, RG, Haire-Joshu, D, Redman, LM, Van Horn, L, Evans, M, et al. One-year postpartum anthropometric outcomes in mothers and children in the LIFE-Moms lifestyle intervention clinical trials. *International journal of obesity (2005)*. 2020; 44(1):57-68.

60. Phelan, S, Hart, CN, Jelalian, E, Muñoz-Christian, K, Alarcon, N, McHugh, A, et al. Effect of prenatal lifestyle intervention on maternal postpartum weight retention and child body mass index z-score at 36 months. *International journal of obesity (2005)*. 2021.

61. Pollak, KI, Alexander, SC, Bennett, G, Lyna, P, Coffman, CJ, Bilheimer, A, et al. Weight-related SMS texts promoting appropriate pregnancy weight gain: A pilot study. *Patient education and counseling*. 2014; 97(2):256-60.

62. Polley, BA, Wing, RR, Sims, CJ. Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2002; 26(11):1494-502.

63. Rhodes, A, Smith, AD, Chadwick, P, Croker, H, Llewellyn, CH. Exclusively Digital Health Interventions Targeting Diet, Physical Activity, and Weight Gain in Pregnant Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020; 8(7):e18255.

64. Rissel, C, Khanal, S, Raymond, J, Clements, V, Leung, K, Nicholl, M. Piloting a Telephone Based Health Coaching Program for Pregnant Women:

A Mixed Methods Study. *Maternal and child health journal*. 2019; 23(3):307-15.

65. Ronnberg, A, Hanson, U, Ostlund, I, Nilsson, K. Effects on postpartum weight retention after antenatal lifestyle intervention - a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2016; 95(9):999-1007.

66. Rönö, K, Grotenfelt, NE, Klemetti, MM, Stach-Lempinen, B, Huvinen, E, Meinilä, J, et al. Effect of a lifestyle intervention during pregnancy-findings from the Finnish gestational diabetes prevention trial (RADIEL). *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2018; 38(9):1157-64.

67. Sagedal, LR, Sanda, B, Overby, NC, Bere, E, Torstveit, MK, Lohne-Seiler, H, et al. The effect of prenatal lifestyle intervention on weight retention 12 months postpartum: results of the Norwegian Fit for Delivery randomised controlled trial. *Bjog*. 2016.

68. Shieh, C, Cullen, DL, Pike, C, Pressler, SJ. Intervention strategies for preventing excessive gestational weight gain: systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2018; 19(8):1093-109.

69. Simon, A, Pratt, M, Hutton, B, Skidmore, B, Fakhraei, R, Rybak, N, et al. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2020; 21(3):e12972.

70. Su, T, Lu, J, Ma, H. Lifestyle intervention prevents pregnant woman from gestational diabetes mellitus: a Chinese randomized controlled trial. *International journal of clinical and experimental medicine*. 2016; 9(12):23584-90.

71. Syngelaki, A, Sequeira Campos, M, Roberge, S, Andrade, W, Nicolaides, KH. Diet and exercise for preeclampsia prevention in overweight and obese pregnant women: systematic review and meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2019; 32(20):3495-501.

72. Thomson, JL, Tussing-Humphreys, LM, Goodman, MH, Olender, SE. Gestational Weight Gain: Results from the Delta Healthy Sprouts Comparative Impact Trial. *Journal of Pregnancy*. 2016.

73. Trak-Fellermeier, MA, Campos, M, Meléndez, M, Pomeroy, J, Palacios, C, Rivera-Viñas, J, et al. PEARLS randomized lifestyle trial in pregnant Hispanic women with overweight/obesity: gestational weight gain and offspring birthweight. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*. 2019; 12:225-38.

74. Vinter, CA, Tanvig, MH, Christensen, MH, Ovesen, PG, Jørgensen, JS, Andersen, MS, et al. Lifestyle Intervention in Danish Obese Pregnant Women With Early Gestational Diabetes Mellitus According to WHO 2013 Criteria Does Not Change Pregnancy Outcomes: Results From the LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study. *Diabetes care*. 2018; 41(10):2079-85.

75. Walker, R, Bennett, C, Blumfield, M, Gwini, S, Ma, J, Wang, F, et al. Attenuating Pregnancy Weight Gain-What Works and Why: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2018; 10(7).
76. Willcox, JC, Wilkinson, SA, Lappas, M, Ball, K, Crawford, D, McCarthy, EA, et al. A mobile health intervention promoting healthy gestational weight gain for women entering pregnancy at a high body mass index: the txt4two pilot randomised controlled trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2017; 124(11):1718-28.

Id 5: Samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Gravida som behöver utökat stöd.

Rekommendation: Låt samma barnmorsketeam följa den gravida genom hela vårdkedjan.

Prioritet: FoU.

Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men det pågår studier på området.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderande insatsen

Gravida med behov av utökat stöd innefattar bland annat gravida där språk- och kulturbarriär föreligger, samt gravida med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, substansbruk, negativ/traumatisk förlossningsupplevelse, primär förlossningsrädsla, sekundär förlossningsrädsla, ohälsosamma levnadsvanor, obesitas, komplicerade graviditeter (somatiska sjukdomar) eller psykosocial utsatthet. Vårdformen som kallas caseload midwifery innebär att samma barnmorsketeam sköter hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Foster/Barn

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell, för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- amning,
- förtidsbörd (graviditetslängd).

Det saknas studier för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- perinatal mortalitet,
- morbiditet,
- APGAR,
- överföring till intensivvårdsavdelning.

Gravid/moder

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell, för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- instrumentell förlossning,
- kejsarsnitt,
- postpartum depression.

Det saknas studier för att bedöma effekten av case load midwifery jämfört med traditionell vårdmodell för gravida kvinnor med behov av utökat stöd på utfallen:

- mortalitet,
- intensivvård,
- smärtlindring,
- induktion,
- antal akuta vårdbesök,
- nöjdhet,
- upplevelser hos modern.

Kommentar

Populationerna som studerats i de två identifierade studierna hade diabetes (graviditetsdiabetes, typ I och II) respektive en sjukhistoria av svår depression.

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget har haft en ansats att ta fram studier med kvantitativ eller kvalitativ metodik. För den kvantitativa delen (effekterstudier med utfall på kvinna och barn) utgick underlaget från en välgjord HTA-rapport från Västra Götalandsregionen (1). Den HTA rapporten innefattar även gravida som inte är i behov av utökat stöd, men två av rapportens inkluderade studier var relevanta för detta underlag. Vid en uppdatering av HTA-rapportens litteratursökning identifierades ingen ny relevant studie. I underlaget ingår således två RCT studier från Nya Zeeland (2) respektive Storbritannien (3). Den ena studien har studerat gravida med diabetes (graviditetsdiabetes, typ I och II) (2) och den andra studerade gravida med tidigare svår depression (3).

Lästips: Två retrospektiva observationsstudier (4, 5).

För den kvalitativa delen (upplevelser hos kvinnan) utfördes en litteratursökning specifikt för denna studieform. Dock var det ingen studie som var relevant för detta underlags frågeställning där både intervention

och kontrollbehandling ska vara studerade. Samtliga studier som har exkluderats efter fulltextgranskning redovisas i Tabellerna 1–3 nedan.

Pågående studier

En pågående multicenter randomiserad kontrollerad studie (MAGNOLIA, Midwifery Caseload Care – SupportinG Childbearing Women: A Randomised ContrOLled TrIAI, ACTRN12621001211853, anzctr.org.au) har identifierats. Studien utforskar vårdformen caseload midwifery och dess inverkan på utfallet förtidsbörd hos populationen sårbara gravida. Andra utfall som studeras inkluderar låg födelsevikt, vård på neonatal intensivvårdsavdelning, kejsarsnitt, amning, föräldranöjdhet och förlossningsupplevelse. Studien genomförs i Australien och beräknas vara klar 31 december 2025.

Hälsoekonomisk bedömning

Det saknas publicerade vetenskapliga studier som innehåller en analys av kostnadseffektiviteten av samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan för gravida med behov av utökat stöd, jämfört med traditionell vårdmodell.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Antal deltagare (antal studier), samt (referens)	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sedvanlig rutin)	Interventionsgrupp (case load midwifery)			
A -Amning	122/138	123/134	272 (1 studie) (1)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ¹ -1 risk för bias ³
B -Förtidsbörd, graviditetsvecka	Graviditetsvecka: 38.1±1.4, n=138	Graviditetsvecka: 38.1±1.4, n=134	272 (1 studie) (1)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ¹ -1 risk för bias ⁴
C- Instrumentell förlossning	15/138	20/134	272 (1 studie) (1)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ² -1 risk för bias ⁴
D- Kejsarsnitt (total och akuta)	49/138 38 akuta och 11 planerade	47/134 40 akuta och 7 planerade	272 (1 studie) (1)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ¹ -1 risk för bias ⁴
E- Postpartum depression	10/43	10/44	87 (1 studie) (2)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ² -1 risk för bias ³
F- Föräldranöjdhet/trygghet	Hela förloppet 103/127	Hela förloppet 111/126	253 (1 studie) (1)	Mycket låg ⊕○○○	-2 precision/samstämmighet ¹ -1 risk för bias ³

¹En studie med få deltagare,

² En studie med få händelser och få deltagare,

³ Inte blindad, inte opartisk bedömning, oklart om blivande grupptillhörighet kunde förutses, inget studieprotokoll,

⁴ Oklart om blivande grupptillhörighet kunde förutses, inget studieprotokoll.

Översikt av inkluderade studier

Författare År Referens Studiedesign Land Risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A: Amning	Utfall B: Förtidsbörd	Utfall C: Instrumentell förlossning	Utfall D: Kejsarsnitt (total och akuta)	Utfall E: Postpartumdepression	Utfall F: Föräldranöjdhet/trygghet	Övrigt
Marks et al. 2003 (2) RCT Storbritannien Måttlig risk för bias	87 gravida med anamnes av depression	I: Case load (ett team, 6 barnmorskor) K: Sedvanlig rutin					I: 10/44 C: 10/43		Risk för bias: Inte blindad Inte opartisk bedömning blivande grupptillhörighet kunde förutses Inget studieprotokoll
Morrison et al. 2002 (1) RCT Nya Zeeland Måttlig risk för bias	172 gravida med diabetes (graviditetsdiabetes typ I och 2)	I: Case load (ett team, 3 barnmorskor) K: Sedvanlig rutin	I: 123/134 C: 122/138	Graviditetsvecka: I: 38±2, n=134 C: 38.1±1.4, n=138	I: 20/134 C: 15/138	I: 47/134 40 akuta och 7 planerade C: 49/138 38 akuta och 11 planerade		Hela förloppet I: 111/126 C: 103/127	Risk för bias: Inte blindad Oklart om blivande grupptillhörighet kunde förutses. Ingen studieprokoll.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har relationell kontinuitet ("case load midwifery") genom hela vårdkedjan på förlossningsutfall (för barn och mamma) och känsla av trygghet och nöjdhet för gravida med behov av utökat stöd, jämfört med traditionell vård?

Population: Gravida med behov av utökat stöd, till exempel nyanlända där språk- och kulturbarriär föreligger, utlandsfödda där språkbarriär föreligger, psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, substansbruk, negativ/traumatisk förlossningsupplevelse, primär förlossningsrädsla, sekundär förlossningsrädsla, ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. nikotinbruk), obesitas, komplicerade graviditeter (somatiska sjukdomar), psykosocial utsatthet

Intervention: Samma barnmorsketeam (relationell kontinuitet) genom hela vårdkedjan (graviditet, förlossning och eftervård)

Kontrollgrupp: Traditionella vårdmodeller utan relationell kontinuitet genom hela vårdkedjan

Utfallsmått:

Barnutfall: Perinatal mortalitet, morbiditet: allvarlig morbiditet (hjärnskada, kroppsskada, svår infektion etc.), Apgar ≤ 4 vid 5 minuter, Apgar ≤ 7 vid 5 minuter, vård på neonatal intensivvårdsavdelning (pga morbiditet), amning, förtidsbörd (graviditetslängd)

Mödrautfall: Induktion, mortalitet, intensivvård, morbiditet/komplikationer (t.ex. perinealbristningar, blödningar, instrumentell förlossning), kejsarsnitt (totalt respektive enbart akuta), smärtlindring, postpartumdepression, antal akuta vårdbesök, föräldranöjdhet/trygghet (t.ex. satisfaction with information, advice, explanation, venue of delivery, preparation for labour and birth, as well as giving choice for pain relief and behaviour of the care), upplevelse

Studietyp: RCT, kvalitativa studier

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 SÖ, 550 artiklar (uppdaterad SÖ:s sökning) + 1 810 artiklar (kval. sökning) + 333 artiklar*
Artiklar som lästes i fulltext	1 SÖ och översiktens inkluderade studier, 4 studier från uppdaterad SÖ:s sökning, 15 från kval.sökning
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ, samt 2 av översiktens inkluderade studier
Artiklar som inkluderades i underlaget	2 RCT

* sista sökdatum 2024-02-29

CINAHL via EBSCO 29 February 2024

Title: Updated and slightly modified search of¹

Search terms	Items found
Intervention: caseload midwifery	
(midwi* N3 (continu* or caseload*))	965
(midwi* N2 team*)	288
"midwi* model"	183
"midwi* led"	868
"midwi* manag*"	253
"midwi* group"	153
"midwi* one-to-one" OR "one-to-one midwi*"	55
"lead maternity carer"	49
"primary care midwives"	50
"community midwife"	111
1-10 (OR)	2629
Final result/Study types/limits:	
(MH "Descriptive Research" OR MH "Descriptive Statistics" OR MH "Audiorecording" OR MH "Videorecording" OR MH "Diaries" OR MH "Qualitative Studies+" OR MH "Content Analysis" OR MH "Interviews+" OR "action research" OR "cluster sample" OR "categor*" OR "content analysis" OR "constant comparative method" OR "discourse analysis" OR "ethnograph*" OR "ethnonurs*" OR "ethnolog*" OR "ethnomethodolog*" OR "field stud*" OR "finding*" OR "Focus Group*" OR "grounded theor*" OR "hermeneutic*" OR "interview*" OR "lived experience*" OR "life experience*" OR "meaning#" OR "Narrat*" OR "phenomeno*" OR "purposive sample" OR "social systems theory" OR "thematic analysis" OR "theme*" OR "theoretical sample" OR "qualitative")	1843209
11 AND 12 [search date 230322]	1310
11 and Limiters - Peer Reviewed; Publication Type: Journal Article; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish [search date 240229]	2262

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract; **AU** = Author; **DE** = Term from the thesaurus; **MH** = Exact Subject Heading from CINAHL Subject Headings; **MM** = Major Concept; **TI** = Title; **TX** = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields; **ZC** = Methodology Index; ***** = Truncation; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **N** = Near Operator (N) finds the words if they are a maximum of x words apart from one another, regardless of the order in which they appear.; **W** = Within Operator (W) finds the words if they are within x words of one another, in the order in which you entered them

¹ Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, Steen Carlsson K, Strandell A, Svanberg T, Wessberg A, Wallerstedt SM. Nytt och risker med *caseload midwifery*: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapartal, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022. HTA 2022:S1

Title: Updated and slightly modified search of²

Search terms	Items found
Intervention: Caseload midwifery¹	
1. ((midwi* NEAR/3 (continu* or caseload*)):ti,ab,kw	109
((midwi* NEAR/2 team*)):ti,ab,kw	41
((midwi* NEXT (model* or led or manag* or group or one-to-one)):ti,ab,kw	212
("lead maternity carer"):ti,ab,kw	2
("primary care midwives"):ti,ab,kw	2
("community midwife"):ti,ab,kw	21
1-6 (OR)	326
(clinicaltrials OR trialsearch):so	494044
(conference abstract):pt	0
8 or 9	494044
7 not 10	257
Final result/Study types/Limits:	
11.	CDSR/10 CENTRAL/245

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

:**au** = Author; MeSH = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **this term only** = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; **:ti** = Title; **:ab** = Abstract; **:kw** = Keyword; ***** = Truncation; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **CDSR** = Cochrane Database of Systematic Review; **Cochrane Protocols** = Protocols of systematic reviews registered in Cochrane Library; **CENTRAL** = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"

Embase via Elsevier 28 August 2023, 29 February 2024

Title: Updated and slightly modified search of³

Search terms	Items found
Intervention: Caseload midwifery	
1. midwi* NEAR/3 (continu* OR caseload*)	721
(midwi* NEAR/2 team*)	302
midwi\$ AND (model* OR led OR manag* OR group OR 'one to one')	15
'lead maternity carer'	33
'primary care midwives'	64
'community midwife'	131
1-6 (OR)	1211
editorial:it	771637
7 not 8	1205
Final result	
9 AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR [norwegian]/lim OR [swedish]/lim) AND [2021-2023]/py [search date 240229]	338
(qualitative OR 'life experiences' OR 'human science' OR 'discourse analy*' OR 'narrative analy*' OR 'lived experience*' OR 'field research' OR 'field studies' OR 'field	179938

² Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, Steen Carlsson K, Strandell A, Svanberg T, Wessberg A, Wallerstedt SM. Nytt och risker med *caseload midwifery*: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapart, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022. HTA 2022:S1

³ Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, Steen Carlsson K, Strandell A, Svanberg T, Wessberg A, Wallerstedt SM. Nytt och risker med *caseload midwifery*: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapart, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022. HTA 2022:S1

study' OR giorgi* OR husserl* OR merleau) AND ponty* OR 'van kaam*' OR 'van manen*' OR spiegelberg* OR colaizzi* OR heidegger* OR 'participant observ*' OR 'data saturat*' OR semiotics OR heuristic OR hermeneutic* OR 'focus group*' OR 'purposive sampl*' OR 'constant comparison' OR 'constant comparative' OR 'grounded research' OR 'grounded studies' OR 'grounded study' OR 'grounded theor*' OR phenomenol* OR ethnon* OR 'meta-synthesis' OR 'meta-ethno'	
9 and 11 [search date 230323]	143
9 AND ([danish]/lim OR [english]/lim OR [norwegian]/lim OR [swedish]/lim) [search date 230828]	1175

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

/de = Term from the Emtree controlled vocabulary; **/exp** = Includes terms found below this term in the Emtree hierarchy

/mj = Major Topic; **:ab** = Abstract; **:au** = Author; **:ti** = Article Title; **:ti,ab** = Title or abstract; ***** = Truncation; **' '** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **NEAR/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in either direction; **NEXT/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in the order specified

Medline via OvidSP 28 August 2023, 29 February 2024

Title: Updated and slightly modified search of⁴

Search terms	Items found
Intervention: Caseload midwifery	
1. (midwi\$ adj3 (contin\$ or caseload\$)).mp.	589
2. (midwi\$ adj2 team\$).mp.	185
3. (midwi\$ adj (model\$ or led or manag\$ or group or one-to-one)).mp.	1191
4. lead maternity carer.mp.	30
5. primary care midwives.mp.	57
6. community midwife.mp.	84
7. 1-6 (OR)	1882
8. (comment or editorial).pt.	1472920
9. 7 NOT 8	1832
Final result/Study types/Limits:	
10. 9 limit to yr="2021 -Current" [search 240229]	477
exp Attitude/ or comparative study/ or exp empirical research/ or Focus Groups/ or Interviews as Topic/ or interview/ or Interview, Psychological/ or grounded theory/ or Nursing Methodology Research/ or phenomenology/ or qualitative research/ or Questionnaires/ or content analys*.mp. or discourse analys*.mp. or cluster sampl*.mp. or content analys*.mp. or constant comparative method*.mp. or ethnographic research.mp. or ethnological research.mp. or ethnonursing research.mp. or field stud*.mp. or field work*.mp. or grounded theory.mp. or hermeneutic*.mp. or interview*.mp. or lived experience*.mp. or mixed method*.mp. or narrativ*.mp. or phenomenological research.mp. or purposive sample.mp. or qualitative.mp. or thematic analys*.mp. or theoretical sampl*.mp. or questionnaire*.mp.	3760254
9 and 11 [search 230322]	1048
9 limit to (danish or english or norwegian or swedish) [search 230828]	1799

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. = Abstract; **.ab,ti.** = Abstract or title; **.af.** = All fields; **Exp** = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.sh.** = Term from the Medline controlled vocabulary; **.ti.** = Title; **/** = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; ***** = Focus (if found in front of a MeSH-term); *** or \$** = Truncation (if found at the end of a free text term); **.mp** = Text,

⁴ Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, Steen Carlsson K, Strandell A, Svanberg T, Wessberg A, Wallerstedt SM. Nytt och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapartal, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022. HTA 2022:S1

heading word, subject area node, title; " " = Citation Marks; searches for an exact phrase; *ADJn* = Positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each oth

Exkluderade studier

Tabell 1. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av uppdaterad sökning av HTA-rapport

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Brigante et al., 2023 (6)	Saknas C
Fernandez Turienzo et al., 2023 (7)	Ej relevant P
Shiyu et al., 2022 (8)	Ej relevant språk
Zhang et al., 2021 (9)	Ej relevanta P

Tabell 2. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av studier som ingår i HTA-rapport

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Fernandez Turienzo et al., 2020 (10)	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2021 (11)	Ej relevant P
Forster et al., 2016 (12)	Ej relevant P
Homer et al., 2001 (13)	Ej relevant P eller I
Homer et al., 2002 (14)	Ej relevant P
Homer et al., 2021 (15)	Ej relevant P eller I
McLachlan et al., 2016 (16)	Ej relevant P
McLachlan et al., 2012 (17)	Ej relevant P
North Staffordshire 2000 (18)	Ej relevant P
Tracy et al., 2014 (19)	Ej relevant P

Tabell 3. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier	Orsak till exklusion
Allen et al., 2020 (20)	Ej relevant P
Allen et al., 2017 (21)	Ej relevant P
Allen et al., 2019 (22)	Ej relevant P
Beake et al., 2013 (23)	Ej relevant P
Corcoran et al., 2020 (24)	Ej relevant P
Ellis al., 2021 (25)	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2023 (7)	Ej relevant P
Fernandez Turienzo et al., 2021 (11)	Ej relevant P
Hoang et al., 2014 (26)	Ej relevant P
Homer et al., 2002 (14)	Ej relevant P
McCourt et al. 2000 (27)	Ej relevant P

Perriman et al., 2018 (28)	Ej relevant publikationstyp (abstrakt konferens)
Perriman et al., 2018 (29)	Saknar C
Shiyu et al., 2022 (8)	Ej relevant språk
Tafe et al., 2023 (30)	Saknar C

Referenser

1. Wassén L BBB, Eriksson M, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, Rubertsson C, Steen Carlsson K, Strandell A, Svanberg T, Wessberg A, Wallerstedt SM. Nytt och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård [Benefits and risks of caseload midwifery: continuity of midwifery team during antenatal, intrapartal, and postnatal care]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2022 HTA 2022:S1.
2. Morrison J NL, Taylor R, McGowan L. Caring for pregnant women with diabetes. Br J Midwifery. 2002;10(7):434-9.
3. Marks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2003;13(2):119-27.
4. Allen J, Gibbons K, Beckmann M, Tracy M, Stapleton H, Kildea S. Does model of maternity care make a difference to birth outcomes for young women? A retrospective cohort study. Int J Nurs Stud. 2015;52(8):1332-42.
5. Rayment-Jones H, Murrells T, Sandall J. An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data--a retrospective, observational study. Midwifery. 2015;31(4):409-17.
6. Brigante L, Coxon K, Fernandez Turienzo C, Sandall J. "She was there all the time". A qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care. Women Birth. 2023;20:20.
7. Fernandez Turienzo C, Hull LH, Coxon K, Bollard M, Cross P, Seed PT, et al. A continuity of care programme for women at risk of preterm birth in the UK: Process evaluation of a hybrid randomised controlled pilot trial. PLoS ONE. 2023;18(1):e0279695.
8. Shiyu LU, Hongfang YE, Maosha W. Meta-analysis of the effect of continuous midwifery care on the maternal delivery. Journal of Nurses Training. 2022;37(16):1492-7.
9. Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. Am J Transl Res. 2021;13(6):7249-55.
10. Fernandez Turienzo C, Bick D, Briley AL, Bollard M, Coxon K, Cross P, et al. Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. PLoS Med. 2020;17(10):e1003350.
11. Fernandez Turienzo C, Silverio SA, Coxon K, Brigante L, Seed PT, Shennan AH, et al. Experiences of maternity care among women at increased

risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PLoS ONE*. 2021;16(4):e0248588.

12. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:28.

13. Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, et al. Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG*. 2001;108(1):16-22.

14. Homer CS, Davis GK, Cooke M, Barclay LM. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*. 2002;18(2):102-12.

15. Homer CSE, Davis DL, Mollart L, Turkmani S, Smith RM, Bullard M, et al. Midwifery continuity of care and vaginal birth after caesarean section: A randomised controlled trial. *Women Birth*. 2022;35(3):e294-e301.

16. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2016;123(3):465-74.

17. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2012;119(12):1483-92.

18. T. NSCCR. A randomised study of midwifery caseload care and traditional 'shared-care'. *Midwifery*. 2000;16(4):295-302.

19. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9906):1723-32.

20. Allen J, Jenkinson B, Tracy SK, Hartz DL, Tracy M, Kildea S. Women's unmet needs in early labour: Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO trial of caseload midwifery. *Midwifery*. 2020;88:102751.

21. Allen J, Kildea S, Hartz DL, Tracy M, Tracy S. The motivation and capacity to go 'above and beyond': Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO randomised controlled trial of caseload midwifery. *Midwifery*. 2017;50:148-56.

22. Allen J, Kildea S, Tracy MB, Hartz DL, Welsh AW, Tracy SK. The impact of caseload midwifery, compared with standard care, on women's perceptions of antenatal care quality: Survey results from the M@NGO randomized controlled trial for women of any risk. *Birth*. 2019;46(3):439-49.

23. Beake S, Acosta L, Cooke P, McCourt C. Caseload midwifery in a multi-ethnic community: the women's experiences. *Midwifery*. 2013;29(8):996-1002.

24. Corcoran PM, Catling C, Homer CS. Models of midwifery care for Indigenous women and babies: A meta-synthesis. *Women Birth*. 2017;30(1):77-86.
25. Ellis S. Is continuous midwifery support during labour an effective tool for women who fear childbirth? *MIDIRS Midwifery Digest*. 2020;30(1):59-65.
26. Hoang H, Le Q, Ogden K. Women's maternity care needs and related service models in rural areas: A comprehensive systematic review of qualitative evidence. *Women Birth*. 2014;27(4):233-41.
27. McCourt C, Pearce A. Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups? *Midwifery*. 2000;16(2):145-54.
28. Perriman N, Davis D. Understanding what it is that women value about continuity of midwifery care. *Women and Birth*. 2018;31:S52.
29. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018;62:220-9.
30. Tafe A, Cummins A, Catling C. Exploring women's experiences in a midwifery continuity of care model following a traumatic birth. *Women Birth*. 2023;10:10.

Id 18: Behandling vid graviditetsdiabetes

Rekommendation

Till hälso- och sjukvården

För gravida som har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes *:

Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.

Prioritet: 4

* Enligt gränsvärdena under rubriken Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Motivering till rekommendationen

Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad och är viktigt att behandla, eftersom det kan få långsiktiga konsekvenser för både den gravida och barnet. Det vetenskapliga stödet är dock begränsat för att behandla förhöjda blodsockervärden enligt Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden. Det finns visad nytta för både den gravida och barnet på kort sikt, men evidensen har låg tillförlitlighet. Prioriteringen är gjord specifikt utifrån Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden för diagnos.

Vilka gäller rekommendationen?

Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda glukosnivåer i plasma under graviditeten, som inte beror på tidigare känd diabetes.

Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Eftersom gränsvärden och teststrategier för graviditetsdiabetes varierar både nationellt och internationellt är andelen gravida som diagnostiseras inte alltid jämförbar [1-3].

Socialstyrelsen har undersökt vilket glukosgränsvärde som bör gälla för diagnosen graviditetsdiabetes i Sverige, utifrån tillgänglig vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet. Tabell 1 visar vilka gränsvärden som gäller.

Tabell 1. Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Gravida som uppnår något av följande glukosvärden bör få diagnosen graviditetsdiabetes:

Tillfälle	Gränsvärde
Fastande	5,4 mmol/l
1 timme efter 75 g peroral glukosbelastning (OGTT)	10,1 mmol/l
2 timmar efter 75 g OGTT	8,6 mmol/l

Observera att värdena gäller för test med venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert. Om din verksamhet använder provrör utan tillsats av sur citratbuffert behöver ni korrigera värdena med -0,3 mmol/l fastande och -0,1 mmol/l 1 timme och 2 timmar efter OGTT.

➔ **Läs mer** om hur vi har utrett gränsvärdena i bilagan *Gränsvärden för graviditetsdiabetes*.

Orsaker till graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes kan förklaras av

- ökad insulinresistens i kroppens celler
- otillräcklig insulinproduktion för att möta det ökade insulinbehovet under graviditeten.

Vid graviditetsdiabetes finns ökade risker för obstetriska och neonatala komplikationer i samband med graviditet och förlossning, exempelvis förlossningsskador, makrosomi och skulderdystoci [4].

Hur allvarligt är personernas tillstånd?

Tillståndet graviditetsdiabetes har en stor svårighetsgrad.

➔ **Läs mer** om hur vi har bedömt tillståndets svårighetsgrad i bilagan *Metodbeskrivning – Nationella riktlinjer 2026 – Graviditet, förlossning och tiden efter*.

Vad innebär insatsen?

Att följa och vid behov sänka blodsockret vid diagnostiserad graviditetsdiabetes syftar till att hålla glukosnivåerna i plasma under de rekommenderade gränsvärdena, för att minska risken för komplikationer hos både den gravida och barnet. Detta ger en tryggare graviditet och förlossning med goda förutsättningar för både den gravidas och barnet. Insatsen kan bidra till att identifiera gravida som senare i livet har en ökad risk för diabetes typ 2 [5-7].

Behandlingen innebär:

Egenkontroll av blodsockret: Patienten kontrollerar själv sina glukosnivåer upprepade gånger under hela den fortsatta graviditeten.

Levnadsvanebehandling: Patienten får råd och stödjande insatser om kost och fysisk aktivitet efter behov.

Läkemedelsbehandling vid behov: Om levnadsvanebehandlingen är otillräcklig, kan det vara aktuellt att gå vidare med läkemedelsbehandling. En obstetriker eller motsvarande gör en individuell bedömning i samråd med patienten och ordinerar insulin. I vissa fall kan metformin vara aktuellt, antingen istället för insulin eller som tillägg. Patientens egenkontroller av glukosnivån styr doseringen av läkemedlen.

Vilken effekt har insatsen?

Slutsatser om önskade effekter

Slutsatserna bygger på en svensk och en nyzeeländsk studie. I studierna har gravida erbjudits test med 75 g OGTT. Teststrategin och analysen mellan studierna skiljer sig på ett sådant sätt att riskerna inte är direkt jämförbara. Läs mer om skillnaderna under kommentaren till slutsatsen och under rubriken *Kommentar om studierna*.

I studierna jämfördes gravida som fick diagnos och behandling enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) gränsvärden från 2013 med gravida som fått diagnos och behandling baserat på äldre, högre gränsvärden.

Den sammantagna evidensen från de två studierna visar:

troligen en lägre risk för makrosomi

(svensk studie (4 500 g): relativ risk (RR) = 0,79, 95% konfidensintervall (KI) = 0,72–0,87; nyzeeländsk studie (4 000 g): RR = 0,95, 95% KI = 0,81–1,12)

möjligen en lägre risk för att barnet föds stort för graviditetslängden (large for gestational age; LGA > 2 SD)

(svensk studie: RR = 0,91, 95% KI = 0,84–0,99)

troligen ingen statistisk skillnad på risken för att barnet föds stort för graviditetslängden (LGA 90 percentilen)

(svensk studie: RR = 0,97, 95% KI 0,91–1,02; nyzeeländsk studie: RR = 0,98, 95% KI = 0,80–1,19)

möjligen en lägre risk för förlossningsbristningar (grad III och IV) (svensk studie: RR = 0,78, 95 % KI = 0,68–0,89)

möjligen ingen statistisk signifikant skillnad på risken för att barnet föds litet för graviditetslängden (small for gestational age; SGA 10 percentilen)
(svensk studie: RR = 0,98, 95% KI = 0,90–1,06; nyzeeländsk studie: RR = 1,08, 95% KI = 0,87–1,33)

möjligen ingen statistisk signifikant skillnad på risken för kejsarsnitt
(svensk studie: RR = 1,02, 95 % KI 0,98–1,07), nyzeeländsk studie: RR = 0,93, 95% = KI = 0,86–1,01)

möjligen ingen statistisk signifikant skillnad på risken för preeklampsi
(svensk studie: RR = 1,18, 95 % KI = 0,92–1,49; nyzeeländsk studie: RR = 0,97, 95% KI = 0,71–1,33)

troligen en högre risk för neonatala andningssvårigheter som medför behov av andningsstöd
(svensk studie: RR = 1,51, 95% KI = 1,12–2,02; nyzeeländsk studie: RR = 1,20, 95% KI = 0,95–1,51).

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten på risken för att barnet föds litet för graviditetslängden (SGA <2 SD) är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat detta utfall är mycket låg.

I både den svenska och den nyzeeländska studien utfördes en subgruppsanalys för de studiedeltagare vars resultat enligt OGTT låg i intervallet mellan äldre, högre gränsvärden och nya, lägre gränsvärden enligt WHO 2013. Gruppen som uppfyllde WHO:s lägre gränsvärden och fick diagnos och behandling jämförs då mot en grupp som inte fick diagnos eller behandling alls.

Den sammantagna evidensen i subgruppsanalysen från de två studierna visar:

en lägre risk för makrosomi
(svensk studie: RR = 0,32, 95% KI = 0,19–0,54; nyzeeländsk studie RR = 0,24 (95% KI 0,11 - 0,52).

möjligen en lägre risk för att barnet föds stort för graviditetslängden (LGA >2 SD)

(svensk studie: RR = 0,77, 95% KI = 0,62–0,96).

troligen en lägre risk för att barnet föds stort för graviditetslängden (LGA 90 percentilen)
(svensk studie: RR = 0,87, 95% KI = 0,75–1,01; nyzeeländsk studie: RR = 0,33, 95% KI = 0,18 – 0,62).

troligen ingen statistisk signifikant skillnad på risken för att barnet föds litet för graviditetslängden (SGA 10 percentilen)
(svensk studie: RR = 1,13, 95% KI = 0,81–1,57; nyzeeländsk studie: RR = 2,64, 95% KI = 1,13 - 6,16).

troligen ingen statistisk signifikant skillnad på risken för kejsarsnitt.
(svensk studie: RR = 0,92, 95% KI = 0,77–1,11; nyzeeländsk studie: RR = 0,82, 95% KI = 0,65–1,02).

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten på neonatala andningssvårigheter (behov av andningsstöd), SGA (<2 SD), preeklampsi och på förlossningsbristningar (grad III och IV) är otillräckligt för gravida som vid 75 g OGTT har resultat i intervallet mellan gränsvärden för graviditetsdiabetes enligt WHO 2013 och tidigare, högre gränsvärden. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna i underlaget som analyserat dessa utfall är mycket låg.

Kommentar: Eftersom underlaget enbart består av två studier, som dessutom skiljer sig åt i flera avseenden, har resultaten inte sammanvägts i en meta-analys. Skillnaderna mellan studierna gäller urvalsförfarande för studiepopulationen, studiepopulationens sammansättning, diagnoskriterier för jämförelse, provtagningsrör för glukosanalys, standardkurva för tillväxt samt riktlinjer för behandling och obstetrisk övervakning vid graviditetsdiabetes.

Skillnaden i urvalsstrategi mellan den svenska och den nyzeeländska studien innebär att den svenska studien i högre grad inkluderar en riskpopulation (dvs. gravida som har minst en känd riskfaktor för att utveckla graviditetsdiabetes), medan den nyzeeländska studien erbjöd OGTT bredare och baserade jämförelsen på förhållandevis lägre glukosvärden än den svenska studien. Du kan läsa mer om studierna under rubriken *Vilka studier ingår i granskningen*.

I hela studiepopulationen (inte enbart de som glukosbelastats) i den svenska studien sågs en ökad risk för neonatala andningssvårigheter som medför behov av andningsstöd efter införandet av WHO:s gränsvärden från 2013. Eftersom endast en liten andel i den svenska populationen (dvs. de har testats pga. uppvisade riskfaktorer för hyperglykemi) genomgick OGTT och fick behandling, kan denna ökning inte tolkas som en direkt effekt av behandlingen, utan kan bero på förändringar i gestationsålder eller andra kontextuella faktorer. I den nyzeeländska studien sågs ingen signifikant skillnad.

➔ **Läs mer** om hur vi bedömer studiernas tillförlitlighet i bilagan *Metodbeskrivning – Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter*.

Slutsatser om oönskade effekter

Varken den svenska eller den nyzeeländska studien mäter oönskade psykologiska effekter av att få en diagnos för graviditetsdiabetes (till exempel oro, stress eller upplevd stigmatisering). Den svenska studien rapporterar inga allvarliga incidenter (serious adverse events, SAE) under studieperioden. De definierades som följande tillstånd hos den gravida: död, allvarlig hypoglykemi och/eller laktacidosis vid metforminbehandling.

Den nyzeeländska studien rapporterar inga skillnader mellan grupperna för allvarliga hälsoutfall för barnet (dödföddhet, död innan utskrivning från sjukhus, förlösningsskada, skulderdystoci) eller för den gravida (död, akut lungödem, eklampsi, andnödssyndrom, hjärtstopp, placentaavlossning, hemolys, koagulopati, postpartumblödning $\geq 1500\text{ml}$, djup ventrombos, lungemboli, pneumoni). I studiens subgruppsanalys jämförs utfall för gravida med gränsvärden enligt OGTT i intervallet mellan WHO:s gränsvärden från 2013 och äldre, högre gränsvärden. Hos gruppen med lägre gränsvärden för graviditetsdiabetes, som därmed också fått behandling, förekom allvarligt hälsoutfall för barnet hos 0,5 procent (1/195). Detta jämfört med 3,9 procent (7/178) i gruppen med högre gränsvärden som inte fått behandling. SGA var också vanligare i subgruppen med lägre gränsvärden.

Eftersom subgrupperna uppstår genom olika diagnostiska trösklar och därmed inkluderar gravida med olika bakomliggande risk, finns en risk att jämförelsen speglar skillnader i populationssammansättning snarare än effekter av behandling.

Hur kostnadseffektiv är insatsen?

Socialstyrelsen har inte gjort någon bedömning av kostnadseffektiviteten för denna rekommendation.

Vad bygger slutsatserna på?

Fråga enligt PICO-formatet

Slutsatserna om insatsens effekt utgår från frågan:

Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlösning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena?

Frågan utgår från:

Population/tillstånd: Gravida utan känd diabetes

Intervention/åtgärd: Behandling av graviditetsdiabetes baserat på WHO:s uppdaterade gränsvärden (från 2013)

Kontrollgrupp: Behandling av graviditetsdiabetes med andra gränsvärden än WHO 2013 gränsvärden

Utfallsmått:

Primära utfallsmått:

LGA – large for gestational age

SGA – small for gestational age

Makrosomi (makrosomia)

Neonatala andningssvårigheter (respiratory distress)

Kejsarsnitt (caesarean section)

Preeklampsi (preeclampsia)

Förlossningsbristningar/perineala bristningar (perineal tears)

Sekundära utfallsmått:

Perinatal mortalitet (perinatal mortality)

Förtidsbörd (prematurity)

Förlossningsskada (Erb's pares eller begreppet birth trauma som inkluderar flera skador)

Skulderdystoci (shoulder dystocia)

Instrumentell förlossning (instrumental delivery)

Induktion/Igångsättning av förlossningen (induction of labour)

Hypertensiva tillstånd (inkluderar graviditetshypertoni) (hypertensive disorders)

Postpartumblödning (post partum hemorrhage)

Viktuppgång under graviditet (GWG-gestational weight gain)

Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), randomiserad kontrollerad studie (RCT) eller icke randomiserad studie med kontrollgrupp

- **Övriga inkl./exkl. kriterier:** Språk: engelska, svenska. Kön: kvinnor. Ålder: ≥ 18 år. Publikationer efter 2010-01-01

Sökdokumentation och urval

Sökning genomfördes i juni år 2023 och omfattade studier från år 2010.

Uppdaterad sökning genomfördes i oktober år 2024 och omfattade nytillkomna studier sedan föregående sökning.

Urval av studier

Bedömda och inkluderade studier	Antal
Granskade och inkluderade artiklar (juni 2023)	
Studier som relevansbedömdes på titel- eller abstraktnivå	263
Studier som relevansbedömdes i fulltext	2
Studier som kvalitetsgranskades	1 RCT
Studier som inkluderades i underlaget	1 RCT

Bedömda och inkluderade studier	Antal
Granskade och inkluderade artiklar (oktober 2024)	
Studier som relevansbedömdes på titel- eller abstraktnivå	45
Studier som relevansbedömdes i fulltext	11
Studier som kvalitetsgranskades	1 RCT
Studier som inkluderades i underlaget	1 RCT

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-06-01, 2023-06-02

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
14.	MH/FT, TI/AB	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR TI ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy") OR AB ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy")	11,952
15.	MH/FT, TI/AB	(MH "Therapeutics") OR TI (Treatment* OR Intervention* OR Therap*) OR AB (Treatment* OR Intervention* OR Therap*)	1,835,539
16.	FT, TI/AB	TI (WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG) OR AB (WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG)	571
17.		1 AND 2 AND 3	68
18.	MH/FT, TI/AB	4 NOT (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR TI ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes") OR AB ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*"	62

	OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes")	
19.	5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	0
20.	5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	16
21.	5 NOT 6 NOT 7	45
22.	1 AND 3	228
23.	9 NOT (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR TI ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes") OR AB ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes")	205

24.	10 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	4
25.	10 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	33

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2023-06-01, 2023-06-02

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT, TI/AB	MeSH descriptor: [Diabetes, Gestational] this term only OR ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy"):ti,ab,kw	3449
2.	Mesh/FT, TI/AB	MeSH descriptor: [Therapeutics] this term only OR (Treatment* OR Intervention* OR Therap*):ti,ab,kw	1 441 113
3.	FT, TI/AB	(WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG):ti,ab,kw	196
4.		1 AND 2 AND 3	81

5.	Mesh/FT, TI/AB	4 NOT MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees OR ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes");ti,ab,kw	73
6.		5 AND CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews)	0
7.		5 AND Central (Cochrane Central Register of Controlled Trials)	73
8.		1 AND 3	101
9.		8 NOT MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees OR ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes");ti,ab,kw	93 0 CDSR 93 Central

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-06-01, 2023-06-02

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT, TI/AB	"Diabetes, Gestational"[Mesh:NoExp] OR Gestational diabetes mellitus[tiab] OR Gestational diabetes[tiab] OR Pregnancy-Induced diabetes[tiab] OR Hyperglycemia during pregnancy[tiab]	23,121
2.	Mesh/FT, TI/AB	"Therapeutics"[Mesh:NoExp] OR Treatment*[tiab] OR Intervention*[tiab] OR Therap*[tiab]	8,144,991
3.	FT, TI/AB	WHO-2013*[tiab] OR 2013 WHO*[tiab] OR "World Health Organization 2013 criteria"[tiab] OR 2013 diagnostic criteria[tiab] OR diagnostic criteria 2013*[tiab] OR lower-glycemic-criteria group*[tiab] OR IADPSG[tiab]	597
4.		1 AND 2 AND 3	164
5.	Mesh/FT, TI/AB	4 NOT "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh] OR diabetes type 1[tiab] OR diabetes type i[tiab] OR diabetes mellitus type 1[tiab] OR diabetes mellitus type i[tiab] OR type 1 diabet*[tiab] OR type i diabet*[tiab] OR T1D[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes type 2[tiab] OR diabetes type ii[tiab] OR diabetes mellitus type 2[tiab] OR diabetes mellitus type ii[tiab] OR type 2 diabet*[tiab] OR type ii diabet*[tiab] OR noninsulin-dependent diabet*[tiab] OR NIDDM[tiab] OR adult-onset diabet*[tiab] OR T2D[tiab] OR pre-gestational diabetes[tiab] OR pregestational diabetes[tiab]	139
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2010-	4
7.		5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR	29

	((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2010-	
8.	5 NOT 6 NOT 7	107
9.	1 AND 3	490
10.	9 NOT "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh] OR diabetes type 1[tiab] OR diabetes type i[tiab] OR diabetes mellitus type 1[tiab] OR diabetes mellitus type i[tiab] OR type 1 diabet*[tiab] OR type i diabet*[tiab] OR T1D[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes type 2[tiab] OR diabetes type ii[tiab] OR diabetes mellitus type 2[tiab] OR diabetes mellitus type ii[tiab] OR type 2 diabet*[tiab] OR type ii diabet*[tiab] OR noninsulin-dependent diabet*[tiab] OR NIDDM[tiab] OR adult-onset diabet*[tiab] OR T2D[tiab] OR pre-gestational diabetes[tiab] OR pregestational diabetes[tiab]	423
11.	10 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2010-	17
12.	10 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2010-	64

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-06-01, 2023-06-02

Uppdateringssökning 2024-10-14

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena? Tidsavgränsning: efter 1 januari 2010

Söknr	Termtyp)	Söktermer	Databas/ Antal ref.)
1.	MH/FT, TI/AB	(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") OR TI ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy") OR AB ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy")	11,952
2.	MH/FT, TI/AB	(MH "Therapeutics") OR TI (Treatment* OR Intervention* OR Therap*) OR AB (Treatment* OR Intervention* OR Therap*)	1,835,539
3.	FT, TI/AB	TI (WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG) OR AB (WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG)	571
4.		1 AND 2 AND 3	68
5.	MH/FT, TI/AB	4 NOT (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR TI ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes") OR AB ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes")	62

6.	5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	0
7.	5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	16
8.	5 NOT 6 NOT 7	45
9.	1 AND 3	228
10.	9 NOT (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR TI ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes") OR AB ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes")	205
11.	10 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis"	4

	OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
12.	10 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	33
Uppdateringssökning 2024-10-14		
13.	5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review") Publication date: 2023-2024	0
14.	5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") Publication date: 2023-2024	1
15.	5 NOT 13 NOT 14 Publication date: 2023-2024	1
16.	10 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic	0

	literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review") Publication date: 2023-2024	
17.	10 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") Publication date: 2023-2024	1

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2023-06-01, 2023-06-02

Uppdateringssökning 2024-10-14

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena? Tidsavgränsning: efter 1 januari 2010

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT, TI/AB	MeSH descriptor: [Diabetes, Gestational] this term only OR ("Gestational diabetes mellitus" OR "Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR "Hyperglycemia during pregnancy"):ti,ab,kw	3449
2.	Mesh/FT, TI/AB	MeSH descriptor: [Therapeutics] this term only OR (Treatment* OR Intervention* OR Therap*):ti,ab,kw	1441113
3.	FT, TI/AB	(WHO-2013* OR "2013 WHO*" OR "World Health Organization 2013 criteria" OR "2013 diagnostic criteria" OR "diagnostic criteria 2013*" OR "lower-glycemic-criteria group*" OR IADPSG):ti,ab,kw	196
4.		1 AND 2 AND 3	81
5.	Mesh/FT, TI/AB	4 NOT MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees OR ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes"):ti,ab,kw	73
6.		5 AND CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews)	0
7.		5 AND Central (Cochrane Central Register of Controlled Trials)	73
8.		1 AND 3	101
9.		8 NOT MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 1] explode all trees OR MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus, Type 2] explode all trees OR ("diabetes type 1" OR "diabetes type i" OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetes mellitus type i" OR "type 1 diabet*" OR "type i diabet*" OR T1D OR "diabetes type 2" OR "diabetes type ii" OR "diabetes mellitus type 2" OR "diabetes mellitus type ii" OR "type 2 diabet*" OR "type ii diabet*" OR "noninsulin-dependent diabet*" OR NIDDM OR "adult-onset	93 0 CDSR 93 Central

	diabet*" OR T2D OR "pre-gestational diabetes" OR "pregestational diabetes"):ti,ab,kw	
10.	Uppdateringssökning 2024-10-14	
11.	5 AND CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews) Custom Year Range: 2023-2024	0 CDSR
12.	5 AND Central (Cochrane Central Register of Controlled Trials) Custom Year Range: 2023-2024	22 Central
13.	9 Custom Year Range: 2023-2024	0 CDSR 24 Central

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-06-01, 2023-06-02.
Uppdateringssökning 2024-10-14

Ämne: Vilken effekt har ändring av gränsvärden för behandling av graviditetsdiabetes efter WHO:s kriterier från 2013, för, maternella och neonatala utfall vid förlossning, jämfört med att behandla graviditetsdiabetes efter de äldre, högre gränsvärdena? Tidsavgränsning: efter 1 januari 2010

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT, TI/AB	"Diabetes, Gestational"[Mesh:NoExp] OR Gestational diabetes mellitus[tiab] OR Gestational diabetes[tiab] OR Pregnancy-Induced diabetes[tiab] OR Hyperglycemia during pregnancy[tiab]	23,121
2.	Mesh/FT, TI/AB	"Therapeutics"[Mesh:NoExp] OR Treatment*[tiab] OR Intervention*[tiab] OR Therap*[tiab]	8,144,991
3.	FT, TI/AB	WHO-2013*[tiab] OR 2013 WHO*[tiab] OR "World Health Organization 2013 criteria"[tiab] OR 2013 diagnostic criteria[tiab] OR diagnostic criteria 2013*[tiab] OR lower-glycemic-criteria group*[tiab] OR IADPSG[tiab]	597
4.		1 AND 2 AND 3	164
5.	Mesh/FT, TI/AB	4 NOT "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh] OR diabetes type 1[tiab] OR diabetes type i[tiab] OR diabetes mellitus type 1[tiab] OR diabetes mellitus type i[tiab] OR type 1 diabet*[tiab] OR type i diabet*[tiab] OR T1D[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes type 2[tiab] OR	139

	diabetes type ii[tiab] OR diabetes mellitus type 2[tiab] OR diabetes mellitus type ii[tiab] OR type 2 diabet*[tiab] OR type ii diabet*[tiab] OR noninsulin-dependent diabet*[tiab] OR NIDDM[tiab] OR adult-onset diabet*[tiab] OR T2D[tiab] OR pre-gestational diabetes[tiab] OR pregestational diabetes[tiab]	
6.	5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2010-	4
7.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2010-	29
8.	5 NOT 6 NOT 7	107
9.	1 AND 3	490
10.	9 NOT "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh] OR diabetes type 1[tiab] OR diabetes type i[tiab] OR diabetes mellitus type 1[tiab] OR diabetes mellitus type i[tiab] OR type 1 diabet*[tiab] OR type i diabet*[tiab] OR T1D[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes type 2[tiab] OR diabetes type ii[tiab] OR diabetes mellitus type 2[tiab] OR diabetes mellitus type ii[tiab] OR type 2 diabet*[tiab] OR type ii diabet*[tiab] OR noninsulin-dependent diabet*[tiab] OR NIDDM[tiab] OR adult-onset diabet*[tiab] OR T2D[tiab] OR pre-gestational diabetes[tiab] OR pregestational diabetes[tiab]	423
11.	10 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab]	17

	OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2010-	
12.	10 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2010-	64
Uppdateringssökning 2024-10-14		
13.	5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2023-2024	1
14.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2023-2024	9
15.	5 NOT 13 NOT 14 Publication year: 2023-2024	10
16.	1 AND 3 NOT "Diabetes Mellitus, Type 1"[Mesh] OR diabetes type 1[tiab] OR diabetes type i[tiab] OR diabetes mellitus type 1[tiab] OR diabetes mellitus type i[tiab] OR type 1 diabet*[tiab] OR type i diabet*[tiab] OR T1D[tiab] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR diabetes type 2[tiab] OR diabetes type ii[tiab] OR diabetes mellitus type 2[tiab] OR diabetes mellitus type ii[tiab] OR type 2 diabet*[tiab] OR type ii diabet*[tiab] OR	

	noninsulin-dependent diabet*[tiab] OR NIDDM[tiab] OR adult-onset diabet*[tiab] OR T2D[tiab] OR pre-gestational diabetes[tiab] OR pregestational diabetes[tiab]	
17.	16 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta- analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta- analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) Publication year: 2023-2024	7
18.	16 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross- over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross- over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]) Publication year: 2023-2024	14

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

Exkluderade studier

Exkluderade studier

Exkluderade studier efter fulltextgranskning	Orsak till exclusion
Basri. N et al., 2018 [8]	Ej relevant population.
Dunne. F et al., 2023 [9]	Ej relevant intervention, kontrollgrupp och utfallsmått.
González-González. N L, et al., 2023 [10]	Ej relevant intervention.
Huhn. E A et al., 2023 [11]	Ej relevant population, intervention, kontrollgrupp och utfallsmått
Nakanishi. S et al., 2023 [12]	Ej relevant population och intervention.
Ramezani Tehrani. F et al., 2023 [13]	Ej relevant intervention.

Simmons. D et al., 2023 [14]	Ej relevant population och kontrollgrupp.
Simmons. D et al., 2024 [15]	Ej relevant intervention och kontrollgrupp.
Simmons. D et al., 2024 [16]	Ej relevant intervention och kontrollgrupp.
Simmons. D et al., 2024 [17]	Ej relevant population, intervention och kontrollgrupp.
Sweeting. A et al., 2024 [18]	Ej relevant population, intervention och kontrollgrupp.

Kommentar om studierna

I granskningen ingår två primärstudier. Den ena är en kluster-randomiserad kontrollerad studie (RCT) genomförd i Sverige (CDC4G-studien) [19]. Den omfattade 17 förlossningsenheter fördelade på 11 kluster, varav data från tre enheter (tre kluster) inte ingick i den slutliga effektanalysen. Under år 2018 införde dessa förlossningsenheter med tillhörande barnmorskemottagningar stegvis nya, lägre gränsvärden för diagnos av graviditetsdiabetes enligt WHO 2013 (fastevärde $\geq 5,1$ mmol/l; 2h $\geq 8,5$ mmol/l), som ersatte de tidigare högre gränsvärdena (fastevärde $\geq 7,0$ mmol/l; 2h $\geq 8,9$ – $11,1$ mmol/l). Vilken klinik som skulle byta till de nya gränsvärdena vid vilken tidpunkt avgjordes genom klusterrandomisering – det vill säga att förlossningsenheter (kluster) randomiserades till olika tidpunkter för övergången. Denna övergång genomfördes enligt ett förutbestämt schema där tidpunkten för förändringen randomiserades mellan klustren.

I den primära analysen ingick 47 080 gravida, varav 6 882 genomförde venös 75 g OGTT: 3 155 enligt de högre gränsvärdena som användes före övergången till studien (SWE-GDM) och 3 747 enligt WHO 2013 (efter övergången). Graviditetsdiabetes diagnostiserades hos 18,9 % (595/3 155) i gruppen med högre gränsvärden och 42,5 % (1 591/3 747) i gruppen med WHO 2013-gränser. Studiens primära utfall var LGA, definierat som födelsevikt över den 90:e percentilen i en svensk referenspopulation enligt Marsál et al., 1996 [20], justerat för gestationsålder och kön.

Samtliga gravida som var inskrivna vid barnmorskemottagningarna under studieperioden inkluderades i analysen enligt intention-to-treat, eftersom de exponerades för antingen de gamla eller de nya gränsvärdena beroende på vilken tidpunkt de var gravida. Endast en mindre andel av hela studiepopulationen genomgick OGTT och fick diagnosen graviditetsdiabetes enligt de tillämpade gränsvärdena. Majoriteten av de gravida i studien hade alltså inte GDM, vilket innebär att analysen utvärderar effekten av diagnostik och behandling enligt olika gränsvärden på hela den gravida

populationen, där endast en subgrupp testades med och faktiskt fick diagnos och behandling. Testning för graviditetsdiabetes utfördes med riskfaktorbaserat urval till OGTT samt med återkommande slumpmässiga kapillära glukostester under graviditeten. Gravida med känd diabetes, flerbörd eller genomgången gastric bypass-kirurgi exkluderades.

Den svenska studien genomför även analyser på en subgrupp av deltagarna, vars resultat även presenteras i detta kunskapsunderlag. Syftet med subgruppsanalysen var att undersöka effekten av att byta till WHO 2013:s gränsvärden⁵ bland de kvinnor som genomgick OGTT under graviditeten och därmed kunde påverkas av bytet av gränsvärde – det vill säga de som inte skulle ha fått diagnosen GDM enligt de tidigare svenska högre kriterierna (SWE-GDM), men som fick diagnos och behandling enligt WHO 2013 efter övergången i studien. I huvudanalysen ingår alla gravida i de deltagande klustren, även de som inte genomgick glukosbelastning eller inte berördes av bytet av gränsvärden. Subgruppsanalysen isolerar däremot effekten av WHO 2013-gränsvärdena för just de kvinnor som förändringen faktiskt innebar en skillnad för, vilket möjliggör en mer direkt utvärdering av om dessa kvinnor fick bättre utfall av att bli diagnostiserade och behandlade enligt de nya lägre gränsvärdena.

Den andra studien är en RCT som genomförts i två sjukvårdsdistrikt på Nya Zeeland [21]. 4 061 kvinnor randomiserades antingen till en grupp med diagnoskriterier för graviditetsdiabetes enligt högre gränsvärden vid 75 g OGTT (fastevärde: $\geq 5,5$ mmol/l. 2h: 9,0 mmol/l) eller till en grupp med diagnoskriterier för graviditetsdiabetes med lägre gränsvärden enligt WHO 2013.

Samtliga deltagare med singelgraviditet och som genomfört 75 g OGTT i graviditetsvecka 24–32 i sjukvårdsdistrikten gavs möjlighet att delta i studien. Gravida med preexisterande diabetes eller tidigare graviditetsdiabetes exkluderades. Enligt nyazeeländska riktlinjer [22] avgör HbA1c vid inskrivning i mödravården fortsatt handläggning, antingen en direkt diagnostisk OGTT i graviditetsvecka 24–32, eller ett universellt tvåstegsförfarande för OGTT i graviditetsvecka 24–32⁶. Graviditetsdiabetes diagnostiserades hos 15,3 procent (310/2022) av de gravida i gruppen med diagnoskriterier enligt WHO 2013 och hos 6,1 procent (124/2039) i gruppen med högre diagnoskriterier.

Studiens primära utfall var LGA, definierat som en födelsevikt >90 :e percentil enligt Fenton-World Health Organization standard [23]. Likt den svenska studien genomfördes även här en fördefinierad subgruppsanalys för studiedeltagare vars resultat enligt OGTT var i intervallet mellan äldre,

⁵ Fastevärde: 5,1–6,9 mmol/l och/eller 2h: 8,5–8,8/8,9/9,9 mmol/l

⁶ Vid HbA1c ≤ 40 mmol/mol vid inskrivning erbjöds glucose challenge test (GCT) i graviditetsvecka 24–28. Resultat vid GCT $\geq 7,8$ mmol/l medförde 75 g OGTT. Vid HbA1c 41–49 mmol/mol vid inskrivning erbjöds 75 g OGTT i graviditetsvecka 24–28. HbA1c ≥ 50 mmol/mol utreds som odiagnostiserad diabetes.

högre gränsvärden och nya, lägre gränsvärden enligt WHO 2013 (fastevärde: 5,1– <5,5 mmol/l, 1h: >10,0 mmol/l och/eller 2h: 8,5– <9 mmol/l). Utfall för gruppen som fick diagnos och behandling för graviditetsdiabetes jämfördes med utfall för den andra gruppen som inte fick diagnos och behandling.

Sammanfattning av prevalens i studierna

Att använda de lägre gränsvärdena (OR 1,75) ökade andelen kvinnor som fick diagnosen graviditetsdiabetes bland alla som genomgick OGTT enligt respektive studies testningsförfarande:

I Sverige från 18,9 procent till 42,5 procent

I Nya Zeeland från 6,1 procent till 15,3 procent

I den svenska studien ökade prevalensen av graviditetsdiabetes i den totala studiegruppen från 2,6 % till 6,6 % under studieperioden. Vi kan inte räkna ut prevalensen i den nyzeeländska studien eftersom vi bara vet hur många som genomgick OGTT och inte hur många som var gravida totalt.

Summering av insatsens effekt

I tabellerna nedan redovisas enbart resultaten från primära utfallsmått. Se PICO för lista med primära och sekundära utfallsmått.

Den absoluta riskreduktionen (ARD) med konfidensintervall fanns inte rapporterad i studierna. De har beräknats med följande formler:

$$ARD = p_1 - p_2$$

$$\text{Standardfel (SE}_{ARD}) = \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}}$$

$$\text{Konfidensintervall} = ARD \pm Z * SE_{ARD}$$

Förklaringar:

p_1 - risk i interventionsgruppen

p_2 - risk i kontrollgruppen

n_1 – Antalet individer i interventionsgruppen

n_2 - Antalet individer i kontrollgruppen

$Z - 1,96$

Effekt och tillförlitlighet

Utfall	Risk i gruppen gravida som uppfyller tidigare, högre gränsvärden vid 75 g OGTT och får behandling	Risk i gruppen gravida som uppfyller WHO:s gränsvärden från 2013 vid 75 g OGTT (WHO-2013) och får behandling	Absolut riskreduktion (ARD) Risk i WHO-2013-gruppen minus risken i gruppen med tidigare, högre gränsvärde	Relativ risk (RR) Risk i WHO-2013-gruppen versus risken i gruppen med tidigare, högre gränsvärde	Antal deltagare (antal studier) och [referens]	Evidensstyrka ¹	Kommentar
LGA >90 percentile n	11,4% [19] 8,9% [21]	11,5% [19] 8,8% [21]	0,1 procentenheter (95% KI - 0,5 – 0,7) [19] -0,1 procentenheter (95% KI - 1,8 – 1,7) [21]	Justerad ² RR: 0,97 (95% KI 0,91 till 1,02) [19] RR: 0,98 (95% KI 0,80 till 1,19) [21]	51 130 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ³
LGA >2 SD	4,5% [19]	4,4 % [19]	-0,1 procentenheter (95% KI - 0,5% – 0,3% [19]	Justerad ² RR: 0,91 (95% KI 0,84 till 0,99) [19]	47 080 (1) [19]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ⁴ -1 samstämmighet ⁵
SGA <10 percentile n	11,1% [19] 7,7% [21]	11,3% [19] 8,3% [21]	0,2 procentenheter (95% KI - 0,4 – 0,7) [19] 0,6 procentenheter (95% KI - 1,1 till 2,3) [21]	Justerad ² RR: 0,98 (95% KI 0,90 till 1,06) [19] RR: 1,08 (95% KI 0,87 till 1,33) [21]	51 130 (2) [19, 21]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ³ -1 summan av smärre brister ⁶
SGA <2 SD	2,9% [19]	3,2% [19]	0,3 procentenheter (95% KI 0,0% – 0,6%) [19]	Justerad ² RR: 1,03 (95% KI 0,82 till 1,29) [19]	47 080 [19]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-2 precision ⁷ -1 samstämmighet ⁵

Makrosomi	3,0% [19] 12,3% [21]	2,7% [19] 11,8% [21]	-0,3 procentenheter (95% KI -0,6 till 0,0) [19] -0,5 procentenheter (95% KI -2,5 till 1,5) [21]	Justerad ² RR: 0,79 (95% KI 0,72 till 0,87) [19] RR: 0,95 (95% KI 0,81 till 1,12) [21]	51 130 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 summan av smärre brister ⁸
Neonatala andnings-svårigheter (behov av andningss töd)	0,6% [19] 5,9% [21]	0,8% [19] 7,1% [21]	0,2 procentenheter (95% KI 0,0 till 0,3) [19] 1,2 procentenheter (95% KI -0,3 till 2,7) [21]	Justerad ² RR: 1,51 (95% KI 1,12 till 2,02) [19] RR: 1,20 (95% KI 0,95 till 1,51) [21]	51 126 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 summan av smärre brister ⁸
Kejsarsnitt	17,7% [19] 38,0% [21]	17,5% [19] 35,2% [21]	-0,2 procentenheter (95% KI -0,9 till 0,5) [19] -2,7 procentenheter (95% KI -5,7 till 0,2) [21]	Justerad ² RR: 1,02 (95 % KI 0,98 till 1,07) [19] RR: 0,93 (95% KI 0,86 till 1,01) [21]	51 130 (2) [19, 21]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ³ -1 summan av smärre brister ⁶
Preeklampsi	2,5% [19] 3,7% [21]	2,8% [19] 3,7% [21]	0,3 procentenheter (95% KI 0,0 till 0,6) [19] -0,1 procentenheter (95% KI -1,2 till 1,1) [21]	Justerad ² RR: 1,18 (95 % KI 0,92 till 1,49) [19] RR: 0,97 (95% KI 0,71 till 1,33) [21]	51 130 (2) [19, 21]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ³ -1 summan av smärre brister ⁶
Förlossnings-bristningar (grad III-IV)	2,3% [19]	2,1% [19]	-0,2 procentenheter (95% KI -0,5 till 0,0) [19]	Justerad ² RR: 0,78 (95 % KI 0,68 till 0,89) [19]	47 080 (1) [19]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ⁴ -1 samstämmighet ⁵

Förkortningar: ARD, absolut riskdifferens; GDM, graviditetsdiabetes; KI, konfidensintervall; LGA, large for gestational age; OGTT, peroralt glukostoleranstest; RCT, randomiserad kontrollerad studie; RR, relativ risk; SGA, small for gestational age; WHO, Världshälsoorganisationen

¹ Studiens medförfattare är sakkunniga i Socialstyrelsens projektledningsgrupp. De har inte bedömt evidensens tillförlitlighet.

² Justerat för moderns ålder, kronisk hypertoni, rökning, snusning, födelseland och paritet.

³ Precision. Bristande precision då konfidensintervall för den relativa risken korsar linjen för ingen effekt.

⁴ Precision. Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. Justerat RR är dock signifikant.

⁵ Samstämmighet. Enbart en studie, går därför ej att bedöma om det finns bristande samstämmighet mellan studieresultat.

⁶ Avdrag för summan av summan av smärre brister. Vissa brister med överförbarhet och samstämmighet.

⁷ Precision. Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. Bristande precision då konfidensintervall för den relativa risken korsar linjen för ingen effekt.

⁸ Avdrag för summan av summan av smärre brister. Vissa brister med överförbarhet, samstämmighet och precision.

Effekt och tillförlitlighet i subgruppsanalyser

Nedan visas effekt och evidensstyrka för en subgruppsanalys i de Brun D et al [19] och Crowther et al [21]:

de Brun:

Deltagare med 75 g OGTT inom följande intervall:

fPG: 5,1–6,9 mmol/l och/eller 2h PG: 8,5–8,8/8,9/9,9 mmol/l

Crowther:

Deltagare med 75 g OGTT inom följande intervall:

fPG: $\geq 5,1$ –5,5 mmol/l

1h PG: $> 10,0$ mmol/l

2h PG: 8,5–9,0 mmol/l.

Utfall	Risk i gruppen gravida med gränsvärden mellan WHO:s nivåer och tidigare, högre nivåer (SWE-GDM) vid 75 g OGTT som inte får behandling	Risk i gruppen gravida med gränsvärden mellan WHO:s nivåer och tidigare, högre nivåer (SWE-GDM) vid 75 g OGTT som får behandling	Absolut riskreduktion (ARD) Risk i gruppen som fick behandling minus risken i gruppen utan behandling	Relativ risk (RR) Risk i gruppen som fick behandling versus risken i gruppen utan behandling	Antal deltagare (antal studier) och [referens]	Evidensstyrka ¹	Kommentar
LGA >90 percentilen	28,8% [19] 18,0% [21]	22,5% [19] 6,2% [21]	-6,4 procentenheter (95% KI -10,1 till -2,6) [19] -11,8 procentenheter (95% KI -18,4 till -5,3) [21]	Justerad ² RR: 0,87 (95% KI 0,75 till 1,01) [19] RR: 0,33 (95% KI 0,18 till 0,62) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 summan av smärre brister ³
LGA >2 SD	16,6 % [8]	11,4 % [8]	-5,2 procentenheter (95% KI -8,2% - -2,2%) [19]	Justerad ² RR: 0,77 (95% KI 0,62 till 0,96) [19]	2 195 [19]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵
SGA <10 percentilen	5,9% [19] 3,9% [21]	8,4% [19] 9,7% [21]	2,5 procentenheter (95% KI 0,4 till 4,7) [19] 5,8 procentenheter (95% KI 0,8 till 10,9) [21]	Justerad ² RR: 1,13 (95% KI 0,81 till 1,57) [19] RR: 2,64 (95% KI 1,13 till 6,16) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 summan av smärre brister ³

SGA <2 SD	1,0% [19]	2,9% [19]	2,0 procentenheter (95% KI (0,8% – 3,1%) [19]	Justerad ² RR: 1,52 (95% KI 0,71 till 3,27) [19]	2 195 [19]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁴ -2 precision ⁶
Makrosomi	9,1% [19] 16,3% [21]	3,9% [19] 4,1% [21]	-5,2 procentenheter (95% KI -7,3 till -3,1) [19] -12,2 procentenheter (95% KI -18,3 till -6,1) [21]	Justerad ² RR: 0,32 (95% KI 0,19 till 0,54) [19] RR: 0,24 (95% KI 0,11 till 0,52) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕⊕ Hög tillförlitlighet till resultatet	
Neonatala andningssv årigheter (behov av andningsstö d)	0,6% [19] 5,6% [21]	0,5% [19] 5,1% [21]	-0,1 procentenheter (95% KI -0,8 till 0,5) [19] -0,5 procentenheter (95% KI -5,1 till 4,1) [21]	Ej applicerbart [19] RR: 0,89 (95% KI 0,39 till 2,06) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁴ -2 precision ⁶
Kejsarsnitt	26,7% [19] 48,3% [21]	25,7% [19] 39,5% [21]	-1,0 procentenheter (95% KI -4,7 till 2,7) [19] -8,8 procentenheter (95% KI -18,9 till 1,2) [21]	Justerad ² RR: 0,92 (95% KI 0,77 till 1,11) [19] RR: 0,82 (95% KI 0,65 till 1,02) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet till resultatet	-1 precision ⁷
Preeklampsi	3,9% [19] 5,6% [21]	5,2% [19] 0,5% [21]	1,4 procentenheter (95% KI -0,4 till 3,1) [19] -5,1 procentenheter (95% KI -8,6 till -1,6) [21]	Justerad ² RR: 1,60 (95% KI 1,14 till 2,24) [19] RR: 0,08 (95% KI 0,00 till 0,60) [21]	2 568 (2) [19, 21]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-2 samstämmighet ⁸ -1 precision ⁹

Förlossning sbristningar (grad III-IV)	1,9% [19]	1,9% [19]	-0,0 procentenheter (95% KI -1,2 till 1,1) [19]	Ej applicerbart [19]	2 195 (1) [19]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁴ -2 precision ⁶
---	-----------	-----------	--	-------------------------	----------------	---	--

Förkortningar: AR, absolut riskdifferens; FPG, fasting plasma glucose; KI, konfidensintervall; LGA, large for gestational age; OGTT, peroralt glukostoleranstest; PG, plasma glucose; RCT, randomiserad kontrollerad studie; RR, relativ risk; SGA, small for gestational age; WHO, Världshälsoorganisationen

¹ Studiens medförfattare är sakkunniga i Socialstyrelsens projektledningsgrupp. De har inte bedömt evidensens tillförlitlighet.

² Justerat för moderns ålder, kronisk hypertoni, rökning, snusning, födelseland och paritet.

³ Avdrag för summan av summan av smärre brister. Vissa brister med överförbarhet, samstämmighet och precision.

⁴ Samstämmighet. Enbart en studie, går därför ej att bedöma om det finns bristande samstämmighet mellan studieresultat.

⁵ Precision. Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. Justerat RR är dock signifikant.

⁶ Precision. Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. Ytterligare bristande precision då konfidensintervall för den relativa risken korsar linjen för ingen effekt.

⁷ Precision. Bristande precision då konfidensintervall för den relativa risken korsar linjen för ingen effekt.

⁸ Samstämmighet. Relativa risker som pekar i olika riktning där konfidensintervallen inte överlappar varandra alls.

⁹ Precision. Bristande precision trots att båda relativa risker är signifikanta, eftersom riskerna pekar i olika riktning, vilket ökar osäkerheten i det sanna effektmåttet om studierna hade kunnat vägas samman.

Översikt av studierna

Inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp	Utfall hos barnet	Utfall hos modern	Övrigt
de Brun M. et al., 2024, [19] RCT Sverige Låg risk för bias.¹	Alla gravida som erhållit vård hos deltagande kliniker/kluster inkluderades i studien. Urval för 75 g glukosbelastning (OGTT) med venös provtagning baserades på kliniska riskfaktorer och slumpmässig provtagning för glukos. OGTT efter inskrivning i mödrahälsovård, under graviditetsvecka 24–29 eller på klinisk indikation. (n=47 080)	Interventionsgrupp Behandling av graviditetsdiabetes för gravida som uppfyllde WHO:s gränsvärden från 2013 vid 75 g OGTT: FPG $\geq$ 5,1 mmol/l. 1h PG $\geq$ 10,0 mmol/l. 2h PG: $\geq$ 8,5 mmol/l. Kontrollgrupp Behandling av graviditetsdiabetes för gravida som uppfyller tidigare, högre gränsvärden vid 75 g OGTT:	LGA (födelsevikt >90:e percentil)² - ARD: 0,1% Interventionsgruppen hade en 0,1 procentenheter (95% KI -0,5 – 0,7) högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,97 (95% KI 0,91 - 1,02) Interventionen var förknippad med en 3% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men	Kejsarsnitt⁴ - ARD: -0,2% (95% KI -0,9 – 0,5) Interventionsgruppen hade en 0,2 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 1,02 (95% KI 0,98 - 1,07) Interventionen var förknippad med en 2% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant	Utfallsmått som rapporteras i studien som inte presenteras här: LGA definierat som +2 standardavvikelser, perinatal mortalitet (död från gestationsvecka 22 till 28 dagar efter födseln), förtidsbörd, förlossningsskada, induktion, hypertensiva tillstånd (graviditetshypertoni), postpartumblödning ($\geq$1000 ml), viktuppgång under graviditet

	Exklusionskriterier: Gravida för vilka OGTT är olämpligt eller kontraindicerat, såsom preexisterande diabetes och tidigare gastric bypass-kirurgi. Flerbörd. Kluster som inte följt riktlinjer i studieprotokollet. Studieperiod: 1 januari 2018 – 31 december 2018.	FPG $\geq$ 7,0 mmol/l. 2h PG: $\geq$ 8,9–11,1 mmol/l	resultatet är inte statistiskt signifikant. LGA (födelsevikt >2 SD)⁵ - ARD: -0,1% Interventionsgruppen hade en -0,1 procentenheter (95% KI -0,5% – 0,3%) lägre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant. - Justerad³ RR: 0,91 (95% KI 0,84 till 0,99) Interventionen var förknippad med en 9% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen. SGA (födelsevikt <10:e percentil)⁶ - ARD: 0,2% (95% KI -0,4 – 0,7) Interventionsgruppen hade en 0,2	Preeklampsi⁷ - ARD: 0,3% (95% KI 0,0 – 0,6) Interventionsgruppen hade en 0,3 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 1,18 (95% KI 0,92 - 1,49) Interventionen var förknippad med en 18% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant Förlossningsbristningar (grad III-IV)⁸ - ARD: -0,2% (95% KI -0,5 – 0,0) Interventionsgruppen hade en 0,2 procentenheter lägre	
--	--	---	---	---	--

			procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,98 (95% KI 0,90 - 1,06) Interventionen var förknippad med en 2% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant. SGA (födelsevikt <2 SD)⁹ - ARD: 0,3% (95% KI 0,0% - 0,6%) Interventionsgruppen hade en 0,3 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant. - Justerad³ RR: 1,03 (95% KI 0,82 till 1,29)	risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,78 (95 % KI 0,68 - 0,89) Interventionen var förknippad med en 22% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen.	
--	--	--	---	---	--

			Interventionen var förknippad med en 3% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant. Makrosomi ($\geq 4500\text{g}$) 10 - ARD: -0,3% (95% KI - 0,6 – 0,0) Interventionsgruppen hade en 0,3 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,79 (95 % KI 0,72 - 0,87) Interventionen var förknippad med en 21% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen		
--	--	--	--	--	--

			Neonatala andningssvårigheter (behov av minst 4 timmars andningsstöd)¹¹ - ARD: 0,2% (95% KI 0,0 - 0,3) Interventionsgruppen hade en 0,18 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 1,51 (95 % KI 1,12 till 2,02) Interventionen var förknippad med en 51% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen		
Subgruppsanalys från studie av de Brun M. et al., 2024, [19] RCT Sverige	Enligt huvudstudie ovan, samt resultat av 75 g OGTT inom följande intervall: FPG: 5,1–6,9 mmol/l och/eller 2h PG: 8,5–8,8/8,9/9,9 mmol/l	Interventionsgrupp Behandling av graviditetsdiabetes baserat på WHO:s gränsvärden från 2013 vid 75 g OGTT: FPG ≥ 5,1 mmol/l.	LGA (födelsevikt >90:e percentil)² - ARD: -6,4 procentenheter (95% KI -10,1 – -2,6) Interventionsgruppen hade en 6,4	Kejsarsnitt⁴ - ARD: -1,0% (95% KI -4,7 – 2,7) Interventionsgruppen hade en 1 procentenheter lägre risk jämfört med	Utfallsmått som rapporteras i studien som inte presenteras här: Perinatal mortalitet (död från gestationsvecka 22 till 28 dagar efter födseln),

Låg risk för bias.¹	Studieperiod: 1 januari 2018 – 31 december 2018.	1h PG: $\geq 10,0$ mmol/l. 2h PG: $\geq 8,5$ mmol/l (n=1239) Kontrollgrupp Ingen behandling av graviditetsdiabetes (baserat på högre gränsvärden för graviditetsdiabetes vid 75g OGTT: FPG: $\geq 7,0$ mmol/l. 2h PG: $\geq 8,9$–11,1 mmol/l.) (n=956)	procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,87 (95 % KI 0,75 - 1,01) Interventionen var förknippad med en 13% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant LGA (födelsevikt >2 SD)⁵ - ARD: -5,2% Interventionsgruppen hade en -5,2 procentenheter (95% KI -8,2% – -2,2) lägre risk jämfört med kontrollgruppen. - Justerad³ RR: 0,77 (95% KI 0,62 till 0,96) Interventionen var förknippad med en 23% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen.	kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,92 (95 % KI 0,77 - 1,11) Interventionen var förknippad med en 8% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant Preeklampsi⁷ - ARD: 1,4% (95% KI -0,4 – 3,1) Interventionsgruppen hade en 1,4 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 1,60 (95 % KI 1,14 - 2,24) Interventionen var förknippad med en 60% högre risk för utfallet	förtidsbörd, förlossningsskada, induktion, hypertensiva tillstånd (graviditetshypertoni), postpartumblödning (≥ 1000 ml), viktuppgång under graviditet
---------------------------------------	--	--	---	--	---

			SGA (födelsevikt <10:e percentil)⁶ - ARD: 2,5% (95% KI 0,4 – 4,7) Interventionsgruppen hade en 2,5 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 1,13 (95 % KI 0,81 - 1,57) Interventionen var förknippad med en 13% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant SGA (födelsevikt <2 SD)⁹ - ARD: 2,0% (95% KI 0,8% – 3,1%) Interventionsgruppen hade en 2,0 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen.	jämfört med kontrollgruppen Förlossningsbristningar (grad III-IV)⁸ - ARD: -0,0 (95% KI -1,2 – 1,1) Interventionsgruppen hade samma absoluta risk som kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: Ej applicerbart	
--	--	--	---	--	--

			- Justerad³ RR: 1,52 (95% KI 0,71 till 3,27) Interventionen var förknippad med en 52% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant Makrosomi (≥4500g) 10 - ARD: -5,2% (95% KI -7,3 - -3,1) Interventionsgruppen hade en 5,2 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,32 (95 % KI 0,19 - 0,54) Interventionen var förknippad med en 68% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen Neonatala andningssvårighete		
--	--	--	--	--	--

			r (behov av minst 4 timmars andningsstöd)¹¹ - ARD: -0,1 (95% KI - 0,8 – 0,5) Interventionsgruppen hade en 0,1 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad ³ RR: Ej applicerbart		
Crowther. et al., 2022, [21] RCT Nya Zeeland Låg risk för bias	Gravida med singelgraviditet som genomfört OGTT i graviditetsvecka 24 till 32. Urval för OGTT baseras på ett universellt tvåstegsförfarande, där HbA1c vid inskrivning i mödravården avgör fortsatt handläggning. ³ (n = 4061)	Interventionsgrupp Behandling av graviditetsdiabetes baserat på WHO:s gränsvärden från 2013: FPG: $\geq 5,1$ mmol/L 1h PG: $\geq 10,0$ mmol/L 2h PG: $\geq 8,5$ mmol/L Kontrollgrupp Behandling av graviditetsdiabetes med högre	LGA (födelsevikt >90:e percentil)² - ARD: -0,1% (95% KI - 1,8 – 1,7) Interventionsgruppen hade en 0,1 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad ³ RR: 0,98 (95 % KI 0,80 - 1,19) Interventionen var förknippad med en 2% lägre risk för	Kejsarsnitt⁴ - ARD: -2,8% Interventionsgruppen hade en 2,8 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad ³ RR: 0,93 (95 % KI 0,86 - 1,01) Interventionen var förknippad med en 7% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men	Utfallsmått som rapporteras i studien som inte presenteras här: Vikt, längd, huvudomkrets, gestationsålder vid födseln, för tidig födsel, perinatal död, födelse-trauma [nerv pares eller benfraktur], eller axeldystoki), en Apgar-poäng på mindre än 4 efter 5 minuter, typ och

	Exklusionskriterier: Gravida med preexisterande diabetes eller som tidigare haft graviditetsdiabetes. Studieperiod: Deltagare till studien rekryterades från april 2015 till augusti 2020.	gränsvärden innan WHO:s uppdatering: FPG: $\geq 5,5$ mmol/L. 2h PG: $\geq 9,0$ mmol/L	utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant SGA (födelsevikt <10:e percentil)⁶ - ARD: 0,6% (95% KI - 1,1 – 2,3) Interventionsgruppen hade en 0,6 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 1,08 (95 % KI 0,87 - 1,33) Interventionen var förknippad med en 8% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant Makrosomi (≥ 4000g)¹⁰ - ARD: -0,5% (95% KI - 2,5 – 1,5)	resultatet är inte statistiskt signifikant Preeklampsi⁷ - ARD: 0% Interventionsgruppen hade samma absoluta risk som kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,97 (95 % KI 0,71 - 1,33) Interventionen var förknippad med en 3% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant	svårighetsgrad av lungsjukdom, hypoglykemi som kräver behandling, hyperbilirubinemi som motiverar fototerapi, dokumenterad systemisk infektion under de första 48 timmarna efter födseln, anfall som inträffar under de första 24 timmarna efter födseln eller leder till användning av två eller flera läkemedel, sondmatning i mer än 4 dagar och neonatal encefalopati, användning av hälso-sjukvårdstjänster Hos modern: Igångsättning av förlossning (induktion), förlossningssätt, postpartumblödning (≥ 500 ml), viktökning under graviditeten, farmakologisk behandling för
--	--	--	---	---	---

			Interventionsgruppen hade en 0,5 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,95 (95 % KI 0,81 till 1,12) Interventionen var förknippad med en 5% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant Neonatala andningssvårigheter (behov av andningsstöd)¹¹ - ARD: 1,2% (95% KI - 0,3 - 2,7) Interventionsgruppen hade en 1,2 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen,		graviditetsdiabetes, infektiösa komplikationer hos modern, amning vid utskrivning från sjukhus, användning av hälso-sjukvårdstjänster
--	--	--	--	--	--

			men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 1,20 (95% KI 0,95 - 1,51) Interventionen var förknippad med en 20% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant		
Subgruppsanalys från studie av Crowther et al, [21] RCT Nya Zeeland Låg risk för bias	Gravida med OGTT resultat: FPG: $\geq 5,1$–5,5 mmol/l 1h PG: $> 10,0$ mmol/l 2h PG: 8,5–9,0 mmol/l. Studieperiod: Deltagare till studien rekryterades från april 2015 till augusti 2020.	Interventionsgrupp Behandling av graviditetsdiabetes baserat på WHO:s gränsvärden från 2013. (n = 195) Kontrollgrupp Ingen behandling av graviditetsdiabetes (baserat på högre gränsvärden, innan WHO:s uppdatering) (n = 178)	LGA (födelsevikt >90:e percentil)² - ARD: -11,8 % (95% KI -18,4 – -5,3) Interventionsgruppen hade en 11,8 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,33 (95 % KI 0,18 - 0,62) Interventionen var förknippad med en 67% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen	Kejsarsnitt⁴ - ARD: -8,8% (95% KI -18,9 – 1,2) Interventionsgruppen hade en 8,8 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,82 (95 % KI 0,65 - 1,02) Interventionen var förknippad med en 18% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant	

			SGA (födelsevikt <10:e percentil)⁶ - ARD: 5,8% (95% KI 0,8 – 10,9) Interventionsgruppen hade en 5,8 procentenheter högre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 2,64 (95 % KI 1,13 - 6,16) Interventionen var förknippad med en 164% högre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen Makrosomi (≥4000g)¹⁰ - ARD: -12,2% Interventionsgruppen hade en 12,2 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen	Preeklampsi⁷ - ARD: 5,1% Interventionsgruppen hade en 5,1 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen - Justerad³ RR: 0,08 (95 % KI 0,002 - 0,60) Interventionen var förknippad med en 92% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen	
--	--	--	---	--	--

			- Justerad³ RR: 0,24 (95 % KI 0,11 - 0,52) Interventionen var förknippad med en 76% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen Neonatala andningssvårigheter (behov av andningsstöd)¹¹ - ARD: -0,5% (95% KI - 5,1 – 4,1) Interventionsgruppen hade en 0,5 procentenheter lägre risk jämfört med kontrollgruppen, men resultatet är inte statistiskt signifikant - Justerad³ RR: 0,89 (95% KI 0,39 - 2,06) Interventionen var förknippad med en 11% lägre risk för utfallet jämfört med kontrollgruppen, men		
--	--	--	--	--	--

			resultatet är inte statistiskt significant		
--	--	--	--	--	--

Förkortningar: AR, absolut riskdifferens; FPG, fasting plasma glucose; KI, konfidensintervall; LGA, large for gestational age; OGTT, peroralt glukostoleranstest; PG, plasma glucose; RCT, randomiserad kontrollerad studie; RR, relativ risk; SGA, small for gestational age; WHO, Världshälsoorganisationen

¹ Studiens medförfattare är sakkunniga i Socialstyrelsens projektledningsgrupp. De har inte utfört kvalitetsgranskningen.

² LGA >90:e percentil definierades i den svenska studien som födelsevikt >90:e percentil för en svensk referenspopulation enligt Marsál et al., 1996 [20] justerat för gestationsålder och kön. Definition i nyzeeländska studien: Födelsevikt >90:e percentil enligt Fenton-WHO standard [23].

³ Justerat för moderns ålder, kronisk hypertoni, rökning, snusning, födelseland och paritet.

⁴ Kejsarsnitt definierades i den svenska studien som valfritt eller akut kejsarsnitt. Definition saknades i den nyzeeländska studien.

⁵ LGA (födelsevikt >2 SD) definierades i den svenska studien som födelsevikt >2SD för en referenspopulation enligt Marsál [20] justerat för gestationsålder och kön.

⁶ SGA<10:e percentil definierades i den svenska studien som födelsevikt <10:e percentil för en svensk referenspopulation enligt Marsál et al., 1996 [20] justerat för gestationsålder och kön. Definition i nyzeeländska studien: Födelsevikt <10:e percentil enligt Fenton-WHO standard [23].

⁷ Preeklampsi definierades i den svenska studien som graviditetshypertension i kombination med nyuppkommen signifikant proteinuri efter graviditetsvecka 20. Definition saknades i den nyzeeländska studien.

⁸ Förlossningsbristningar definierades i den svenska studien som grad III–IV.

⁹ SGA (födelsevikt <2 SD) definierades i den svenska studien som födelsevikt <2SD för en referenspopulation enligt Marsál [20] justerat för gestationsålder och kön.

¹⁰ Makrosomi definierades i den svenska studien som ≥ 4500 g och i den nyzeeländska studien som ≥ 4000 g.

¹¹ Neonatala andningssvårigheter definieras i den svenska studien som 4 timmars andningsstöd med syrgas, höglödesgrimm, CPAP (continuous positive airway pressure) och/eller intermittent övertrycksventilation under de första 24 timmarna efter födsel. Definition i den nyzeeländska studien: Behov av andningsstöd.

Referenser

1. Paulo MS, Abdo NM, Bettencourt-Silva R, Al-Rifai RH. Gestational diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Frontiers in endocrinology*. 2021; 12:691033.
2. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by international association of diabetes in pregnancy study group's criteria. *Diabetes research and clinical practice*. 2022; 183:109050.
3. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 11th Edition; 2025.
4. Bulletins—Obstetrics CoP. ACOG practice bulletin no. 190: gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(2):e49–e64.
5. Nielsen H, Windolf-Nielsen A, Scheuer SH, Damm P, Nybo Andersen A-M, Andersen GS, et al. Type 2 Diabetes Risk After Gestational Diabetes According to Country/Region of Origin: A Nationwide Register-based Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2024; 109(12):e2196–e204.
6. Perämäki R, Gissler M, Ollila M-M, Hukkanen J, Väärasmäki M, Uotila J, et al. The risk of developing type 2 diabetes after gestational diabetes: A registry study from Finland. *Diabetes Epidemiology and Management*. 2023; 10:100124.
7. Dennison RA, Chen ES, Green ME, Legard C, Kotecha D, Farmer G, et al. The absolute and relative risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Diabetes research and clinical practice*. 2021; 171:108625.
8. Basri NI, Mahdy ZA, Ahmad S, Abdul Karim AK, Shan LP, Abdul Manaf MR, et al. The World Health Organization (WHO) versus The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) diagnostic criteria of gestational diabetes mellitus (GDM) and their associated maternal and neonatal outcomes. *Horm Mol Biol Clin Invest*. 2018; 34(1).
9. Dunne F, Newman C, Alvarez-Iglesias A, Ferguson J, Smyth A, Browne M, et al. Early Metformin in Gestational Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2023; 330(16):1547–56.
10. González-González NL, González-Dávila E, Megía A, Pintado P, Vega B, Padrón E, et al. The NDDG criteria versus the IADPSG or the ADA criteria for diagnosing early-onset gestational diabetes mellitus or abnormal glucose tolerance. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023; 160(3):906–14.
11. Huhn EA, Göbl CS, Fischer T, Todesco Bernasconi M, Kreft M, Kunze M, et al. Sensitivity, specificity, and diagnostic accuracy of WHO 2013 criteria for diagnosis of gestational diabetes mellitus in low risk early pregnancies: international, prospective, multicentre cohort study. *BMJ Med*. 2023; 2(1):e000330.
12. Nakanishi S, Aoki S, Kasai J, Shindo R, Obata S, Hasegawa Y, et al. Non-efficacy of early intervention strategy for non-obese patients with early-onset gestational diabetes mellitus: solely based on the short-term outcomes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2023; 11(3).

13. Ramezani Tehrani F, Farzadfar F, Hosseinpanah F, Rahmati M, Firouzi F, Abedini M, et al. Does fasting plasma glucose values 5.1-5.6 mmol/l in the first trimester of gestation matter? *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023; 14:1155007.
14. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Treatment of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed Early in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2023; 388(23):2132–44.
15. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Perinatal Outcomes in Early and Late Gestational Diabetes Mellitus After Treatment From 24-28 Weeks' Gestation: A TOBOGM Secondary Analysis. *Diabetes Care*. 2024.
16. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Regression From Early GDM to Normal Glucose Tolerance and Adverse Pregnancy Outcomes in the Treatment of Booking Gestational Diabetes Mellitus Study. *Diabetes care*. 2024.
17. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Coat S, Teede H, Nolan CJ, et al. Effect of treatment for early gestational diabetes mellitus on neonatal respiratory distress: A secondary analysis of the TOBOGM study. *Bjog*. 2024.
18. Sweeting A, Enticott J, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, et al. Relationship Between Early-Pregnancy Glycemia and Adverse Outcomes: Findings From the TOBOGM Study. *Diabetes Care*. 2024.
19. de Brun M, Magnuson A, Montgomery S, Patil S, Simmons D, Berntorp K, et al. Changing diagnostic criteria for gestational diabetes (CDC4G) in Sweden: A stepped wedge cluster randomised trial. *PLoS Med*. 2024; 21(7):e1004420.
20. Marsál K, Persson PH, Larsen T, Lilja H, Selbing A, Sultan B. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr*. 1996; 85(7):843–8.
21. Crowther CA, Samuel D, McCowan LME, Edlin R, Tran T, McKinlay CJ, et al. Lower versus Higher Glycemic Criteria for Diagnosis of Gestational Diabetes. *N Engl J Med*. 2022; 387(7):587–98.
22. Ministry of Health. Screening, Diagnosis and Management of Gestational Diabetes in New Zealand: A clinical practice guideline. . 2014. Hämtad 2024-11-06 från: <https://www.tewhatauora.govt.nz/assets/Publications/Diabetes/screening-diagnosis-management-of-gestational-diabetes-in-nz-clinical-practice-guideline-dec14-v2.pdf>
23. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr*. 2013; 13:59.

Id 19: Tidig testning för gravida med risk för graviditetsdiabetes

Rekommendation

Rekommendation till hälso- och sjukvården

För gravida som har ökad risk för graviditetsdiabetes *:

Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning).

Vid diagnos **: Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.

Prioritet: 6

* Minst en av följande riskfaktorer: tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av ett stort barn, BMI ≥ 30 , förstgradssläkting med diabetes (oavsett typ), förälder född i en region i världen där diabetes är särskilt vanligt – förenklat: utanför Europa.

** Enligt gränsvärdena under rubriken Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Motivering till rekommendationen

Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad, och både forskning och erfarenhet talar för fördelar med att testa gravida med ökad risk för graviditetsdiabetes tidigt. Testmetoden gör det möjligt att upptäcka gravida med tydligt förhöjda glukosvärden (hyperglykemi), så att de kan få uppföljning och behandling under en större del av graviditeten.

Patientgruppen är dock heterogen, och det vetenskapliga stödet är begränsat när det gäller effekten av tidig jämfört med senare testning och behandling. Prioriteringen är gjord specifikt utifrån Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden för diagnos.

Vilka gäller rekommendationen?

Rekommendationen gäller gravida med ökad risk för högt blodsocker (hyperglykemi) och därmed ökad risk för graviditetsdiabetes. Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda glukosnivåer i plasma under graviditeten, som inte beror på tidigare känd diabetes

Studier visar att gravida med tidig hyperglykemi uppvisar snabbare fostertillväxt och har högre perinatal mortalitet än de som får diagnosen graviditetsdiabetes senare [1, 2]. Det finns också ett linjärt samband mellan fasteglukosnivåer tidigt i graviditeten och risken för negativa

graviditetsutfall [3, 4], vilket motiverar tidig testning hos kvinnor med etablerade riskfaktorer.

Sakkunniga i Socialstyrelsens projektledningsgrupp har, utifrån samlad klinisk erfarenhet och forskningskännedom, bedömt att följande riskfaktorer är särskilt relevanta i en svensk kontext. Bedömningen ligger i linje med hur liknande riskfaktorer identifierats i internationella riktlinjer, såsom NICE riktlinjer [5]. Minst en av följande riskfaktorer bör föreligga:

tidigare graviditetsdiabetes

tidigare födsel av ett stort barn: LGA (large for gestational age, + 2SD) eller makrosomi ($\geq 4\,500\text{ g}$)

BMI $\geq 30\text{ kg/m}^2$

förstagradssläkting med någon typ av diabetes

familjeursprung från regioner i världen med hög förekomst av diabetes.

Med familjeursprung avses att den gravida kvinnan eller någon av hennes föräldrar är född i en region i världen med hög förekomst av diabetes. Vilka regioner som definieras som högriskregioner varierar mellan studier och riktlinjer, beroende på vilken typ av diabetes som avses, hur ”hög förekomst” definieras samt vilken datakälla som används.

I klinisk praxis kan detaljerade frågor om familjeursprung vara svåra att tillämpa konsekvent. Ett pragmatiskt alternativ är därför att använda frågan om ursprung utanför Europa som en förenklad riskmarkör. I svensk hälso- och sjukvård bedöms en sådan avgränsning fånga majoriteten av de grupper som enligt olika riktlinjer och studier har en förhöjd risk för graviditetsdiabetes, samtidigt som den är enkel att tillämpa i mödrahälsovården. Det bör dock betonas att denna definition inte är entydigt förankrad i alla riktlinjer och innebär både över- och underinkludering av vissa grupper.

Utifrån globala sammanställningar av åldersstandardiserad prevalens av diabetes har länder med högre prevalens än världsgenomsnittet identifierats i stora delar av världen utanför Europa [6, 7]. I vissa delar av världen kan en lägre rapporterad prevalens bero på att epidemiologiska data från vissa regioner är osäkra, vilket begränsar möjligheten till en entydig och allmänt accepterad definition av regioner i världen med hög förekomst av diabetes.

Internationella riktlinjer definierar därför högriskursprung på olika sätt. De engelska riktlinjerna (NICE) anger exempelvis sydasiatiskt ursprung (till exempel Indien, Pakistan, Bangladesh), afro-karibiskt ursprung samt ursprung från Mellanöstern (till exempel Saudiarabien, Förenade Arabemiraten, Irak, Jordanien, Syrien, Oman, Qatar, Kuwait, Libanon och Egypten) som associerat med ökad risk för graviditetsdiabetes [5]. Den ökade prevalensen i vissa regioner bedöms vara multifaktoriellt betingad, med bidrag från genetiska, metabola och miljörelaterade faktorer.

En svensk populationsbaserad registerstudie har visat att kvinnor födda i Sverige med minst en utrikesfödd förälder har en något ökad risk för diabetes under graviditet jämfört med kvinnor med två svenskfödda föräldrar [8]. Den ökade risken var särskilt uttalad bland kvinnor med föräldraursprung i Afrika, Asien samt Öst- och Centraleuropa och avsåg framför allt graviditetsdiabetes. Sambanden kvarstod efter justering för socioekonomiska faktorer, BMI, rökning, familjehistoria och samsjuklighet.

Orsaker till graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes kan förklaras av

- ökad insulinresistens i kroppens celler
- otillräcklig insulinproduktion för att möta det ökade insulinbehovet under graviditeten.

Vid graviditetsdiabetes finns ökade risker för obstetriska och neonatala komplikationer i samband med graviditet och förlossning, exempelvis förlossningsskador, makrosomi och skulderdystoci.[9].

Hur allvarligt är personernas tillstånd?

Tillståndet graviditetsdiabetes har en stor svårighetsgrad.

➔ **Läs mer** om hur vi har bedömt tillståndets svårighetsgrad i bilagan *Metodbeskrivning – Nationella riktlinjer 2026 – Graviditet, förlossning och tiden efter.*

Vad innebär insatsen?

Tidig testning för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20

Insatsen innebär test med 75 g peroral glukosbelastning (OGTT) för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 med hjälp av venös provtagning och analys av glukos i plasma.

Riktlinjer för när testning ska påbörjas skiljer sig mellan länder och organisationer. Flera riktlinjer rekommenderar testning för graviditetsdiabetes i graviditetsvecka 24–28 med tidig, riskbaserad testning för att utesluta tidigare odiagnostiserad diabetes eller identifiera hög risk för graviditetsdiabetes redan vid det första besöket i mödrahälsovården.

Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Eftersom gränsvärden och teststrategier för graviditetsdiabetes varierar både nationellt och internationellt är andelen gravida som diagnostiseras inte alltid jämförbar [6, 10, 11].

Socialstyrelsen har undersökt vilket glukosgränsvärde som bör gälla för diagnosen graviditetsdiabetes i Sverige, utifrån tillgänglig vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet. Tabell 1 visar vilka gränsvärden som gäller.

Tabell 1. Gränsvärden för graviditetsdiabetes

Gravida som uppnår något av följande glukosvärden bör få diagnosen graviditetsdiabetes:

Tillfälle	Gränsvärde
Fastande	5,4 mmol/l
1 timme efter 75 g OGTT	10,1 mmol/l
2 timmar efter 75 g OGTT	8,6 mmol/l

Observera att värdena gäller för test med venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert. Om din verksamhet använder provrör utan tillsats av sur citratbuffert behöver ni korrigera värdena med -0,3 mmol/l fastande och -0,1 mmol/l 1 timme och 2 timmar efter OGTT.

➔ **Läs mer** om hur vi har utrett gränsvärdena i bilagan *Gränsvärden för graviditetsdiabetes*.

Orsaker till graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes kan förklaras av

- ökad insulinresistens i kroppens celler
- otillräcklig insulinproduktion för att möta det ökade insulinbehovet under graviditeten.

Vid graviditetsdiabetes finns ökade risker för obstetriska och neonatala komplikationer i samband med graviditet och förlossning, exempelvis förlossningsskador, makrosomi och skulderdystoci [9].

Tidig behandling av graviditetsdiabetes

I nästa steg innebär insatsen att erbjuda behandling till dem som får diagnosen graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20. Behandlingen är densamma som vid graviditetsdiabetes som upptäcks senare i graviditeten.

Att följa och vid behov sänka blodsockret vid diagnostiserad graviditetsdiabetes syftar till att hålla glukosnivåerna i plasma under de rekommenderade gränsvärdena, för att minska risken för komplikationer hos både den gravida och barnet. Detta ger en tryggare graviditet och förlossning

med goda förutsättningar för både den gravida och barnet. Insatsen kan bidra till att identifiera gravida som senare i livet har en ökad risk för diabetes typ 2 [12-14].

Behandlingen innebär:

Egenkontroll av blodsockret: Patienten kontrollerar själv sina glukosnivåer upprepade gånger under hela den fortsatta graviditeten.

Levnadsvanebehandling: Patienten får råd och stödjande insatser om kost och fysisk aktivitet efter behov.

Läkemedelsbehandling vid behov: Om levnadsvanebehandlingen är otillräcklig, kan det vara aktuellt att gå vidare med läkemedelsbehandling. En obstetriker eller motsvarande gör en individuell bedömning i samråd med patienten och ordinerar insulin. I vissa fall kan metformin vara aktuellt, antingen istället för insulin eller som tillägg. Patientens egenkontroller av glukosnivån styr doseringen av läkemedlen.

Vilken effekt har insatsen?

Slutsatser om önskade effekter

För gravida med riskfaktorer för hyperglykemi som diagnostiserats med graviditetsdiabetes (enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) gränsvärden från 2013), ger behandling som påbörjas innan graviditetsvecka 20, jämfört med dem som får diagnos och behandling som påbörjas efter graviditetsvecka 24–28, följande resultat för utfallen:

förlossningsbristningar grad III-IV: 2,8 % lägre absolut risk (RR=0,23, 95% KI = 0,10 till 0,51). Tillförlitligheten till resultatet är lågt.

neonatala andningssvårigheter: 7,2 % lägre absolut risk (RR=0,57, 95% KI = 0,41 till 0,79). Tillförlitligheten till resultatet är lågt.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av behandling graviditetsdiabetes som påbörjas innan graviditetsvecka 20 för gravida med riskfaktorer för följande utfall hos modern: kejsarsnitt (akut och elektivt) och preeklampsi och för följande utfall hos barn: LGA (födelsevikt >90:e percentil), makrosomi och small för gestational age (SGA). Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna i underlaget som analyserat dessa utfall är mycket låg.

Det vetenskapliga underlaget räcker heller inte till för att bedöma behandling av graviditetsdiabetes som påbörjas innan graviditetsvecka 20 för gravida med riskfaktorer med ett resultat av 75 g OGTT i ett **högre intervall**⁷ jämfört med behandling som påbörjas efter graviditetsvecka 24–

⁷ Högre intervall innebär följande resultat vid analys av blodsocker i plasma: 5,3–6,0 mmol/l i fasta, $\geq 10,6$ mmol/l en timme efter glukosbelastning eller 9,0–11,0 mmol/l två timmar efter glukosbelastning.

28. Detta gäller för samtliga studerade utfall hos moder (förlossningsbristningar grad III-IV och kejsarsnitt) och hos barn (LGA och SGA). För utfallsmåttan preeklampsi, makrosomi och neonatala andningssvårigheter saknas rapporterade data för den aktuella subgruppen.

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma behandling av graviditetsdiabetes som påbörjas innan graviditetsvecka 20 för gravida med riskfaktorer med ett resultat av 75 g OGTT i ett **lägre intervall**⁸ jämfört med behandling som påbörjas efter graviditetsvecka 24–28. Detta gäller för samtliga studerade utfall hos moder (förlossningsbristningar grad III-IV och kejsarsnitt) och hos barn (LGA och SGA). För utfallsmåttan preeklampsi, makrosomi och neonatala andningssvårigheter saknas rapporterade data för den aktuella subgruppen.

Kommentar: Det finns flera faktorer som kan påverka resultatet. Bedömningen utgår från en multicenterstudie, det är därmed en stor osäkerhet om effekten kvarstår om fler studier tillkommer. Trots att cirka 90 procent av deltagarna rekryterades från Australien är studiepopulationen etniskt heterogen. Endast cirka 40 procent identifierade sig som ‘White European’, medan en stor andel hade sydasiatiskt, öst-/sydostasiatiskt eller mellanösterns ursprung. Detta skiljer sig från den svenska gravida populationen och kan påverka överförbarheten av resultaten. En annan möjlig påverkan på resultaten kan vara att grupperna var obalanserade vad gäller farmakologisk behandling.

Det bör även noteras att TOBOGM-studien exkluderade gravida med fastande plasmaglukos $\geq 6,1$ mmol/L eller 2-timmarsvärde $\geq 11,1$ mmol/L, vilka motsvarar manifest diabetes i graviditet. Resultaten avser därmed kvinnor med mild till måttlig hyperglykemi och omfattar inte hela det spektrum av hyperglykemi som i svensk praxis kan ingå i diagnosen graviditetsdiabetes.

Det är slutligen värt att notera att en tredjedel av de gravida i kontrollgruppen som uppfyllde WHO:s kriterier för graviditetsdiabetes i tidig graviditet inte längre uppfyllde kriterierna vid en upprepad OGTT i graviditetsvecka 24–28. Detta illustrerar den diagnostiska instabiliteten hos OGTT, särskilt vid värden nära gränsen, och innebär att en tidig diagnos inte alltid kvarstår vid omtestning senare i graviditeten.

➔ **Läs mer** om hur vi bedömer studiernas tillförlitlighet i bilagan *Metodbeskrivning – Nationella riktlinjer 2025 – Graviditet, förlossning och tiden efter.*

⁸ Lägre intervall innebär följande resultat vid analys av blodsocker i plasma: 5,1–5,2 mmol/l i fasta, 10,0–10,5 mmol/l en timme efter glukosbelastning eller 8,5–8,9 mmol/l två timmar efter glukosbelastning. Uppfyller inte några av kriterierna för det högre intervallet.

Slutsatser om oönskade effekter

I studien sågs inga skillnader mellan grupperna avseende allvarliga incidenter (serious adverse events, SAE) associerade med testning och behandling. Enligt fördefinierad explorativ subgruppsanalys fanns också en möjlig ökad risk för SGA vid tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med testresultat i ett lägre intervall vid den första glukosbelastningen.

Hur kostnadseffektiv är insatsen?

Socialstyrelsen har inte gjort någon bedömning av kostnadseffektiviteten för denna rekommendation.

Vad bygger slutsatserna på?

Fråga enligt PICO-formatet

Slutsatserna om insatsens effekt utgår från frågan:

Vilken effekt för maternella och neonatala utfall har behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24?

*före graviditetsvecka 20

Frågan utgår från:

Patientgrupp (population/problem – P): Gravida utan typ 1 eller typ 2 diabetes med diagnostiserad graviditetsdiabetes baserat på riskfaktorer enligt följande:

BMI ≥ 30 kg/m²

Tidigare GDM

Tidigare stort barn (makrosomi ≥ 4500 g och/eller LGA +2SD)

Förstegradssläkting med diabetes (alla typer)

Utomeuropeiskt ursprung

Åtgärd (intervention – I): Behandling av graviditetsdiabetes som påbörjas före graviditetsvecka 20.

Kontrollgrupp (control/comparison – C): Behandling av graviditetsdiabetes som påbörjas efter graviditetsvecka 24.

Utfallsmått (outcome – O):

Primära:

LGA (large for gestational age)

SGA (small for gestational age)

Makrosomi (makrosomia)
 Neonatala andningssvårigheter (respiratory distress)
 Kejsarsnitt (caesarean section)
 Förlossningsbristningar/perineala bristningar (perineal tears)
 Preeklampsi (preeclampsia)
 Sekundära:
 Perinatal mortalitet (perinatal mortality)
 Förtidsbörd (prematurity)
 Förlossningsskada (Erb's pares eller begreppet birth trauma som inkluderar flera skador)
 Skulderdystoci (shoulder dystocia)
 Instrumentell förlossning (instrumental delivery)
 Induktion/Igångsättning av förlossningen (induction of labour)
 Hypertensiva tillstånd (inkluderar graviditetshypertoni) (hypertensive disorders)
 Postpartumblödning (post partum hemorrhage)
 Viktuppgång under graviditet (GWG-gestational weight gain)
Studietyp (study design – S): Systematisk översikt (SÖ), metaanalys, randomiserad kontrollerad studie (RCT) eller icke randomiserad studie med kontrollgrupp
Övriga inklusions- eller exklusionskriterier: Språk: engelska, svenska.
 Kön: kvinnor. Ålder: ≥ 18 år.

Sökdokumentation och urval

Sökning genomfördes i januari år 2024 och omfattade studier från år 2010.
 Uppdaterad sökning genomfördes i oktober år 2024 och omfattade nytilkomna studier sedan föregående sökning i januari samma år.

Urval av studier

Bedömda och inkluderade studier (januari + oktober 2024)	Antal
Studier som relevansbedömdes på titel- eller abstraktnivå	137+16
Studier som relevansbedömdes i fulltext	9+4
Studier som kvalitetsgranskades	1 RCT
Studier som inkluderades i underlaget	1 RCT

Litteratursökning 1: 2024-01-10

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2024-01-10			
Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
26.	MM/FT, TI/AB	(MM "Diabetes Mellitus, Gestational") OR TI ("Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR GDM OR eGDM) OR AB ("Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR GDM OR eGDM)	11346
27.	MM/FT, TI/AB	(MM "Hyperglycemia") OR TI (hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") OR AB (hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") AND (MH "Pregnancy") OR (MH "Pregnancy Trimester, First") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnant OR pregnancy OR trimester) OR AB (pregnant OR pregnancy OR trimester)	1081
28.		1 OR 2	11834
29.	MM/FT, TI/AB	(MH "Early Diagnosis") OR (MM "Early Intervention") OR TI ("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate treatment" OR ("pregnancy" AND treat*) OR "early diagnos*" OR "diagnostic criteria") OR AB ("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate treatment" OR ("pregnancy" AND treat*) OR "early diagnos*" OR "diagnostic criteria")	87484
30.	MM/FT, TI/AB	(MH "Pregnancy Trimester, First") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI ("early stage*" OR "early warning sign*" OR "first symptom*" OR "early sign*" OR "early symptom*" OR "early onset" OR "week 20" OR "20 week*" OR "first trimester*" OR "second trimester*" OR "early pregnancy") OR AB ("early stage*" OR "early warning sign*" OR "first symptom*" OR "early sign*" OR "early symptom*" OR "early onset" OR "week 20" OR "20 week*" OR "first trimester*" OR "second trimester*" OR "early pregnancy")	70421
31.	MM/FT, TI/AB	(MM "Pregnancy Outcomes") OR (MH "Treatment Outcomes") OR TI ("pregnancy outcome*" OR	527620

	"pregnancy-related outcome*" OR "treatment outcome*" OR "maternal outcome*" OR "neonatal outcome*" OR "fetal outcome*" OR "foetal outcome*" OR "perinatal outcome*" OR "adverse outcome*" OR "health outcome*") OR AB ("pregnancy outcome*" OR "pregnancy-related outcome*" OR "treatment outcome*" OR "maternal outcome*" OR "neonatal outcome*" OR "fetal outcome*" OR "foetal outcome*" OR "perinatal outcome*" OR "adverse outcome*" OR "health outcome*")	
32.	3 -6 AND From 2010-	94
33.	7 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	15
34.	7 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	32

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2024-01-10

Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
13.	Mesh/FT, TI/AB	"Diabetes, Gestational"[Mesh] OR "Gestational diabetes"[tiab:~0] OR Pregnancy-Induced diabetes[tiab] OR GDM[tiab] OR eGDM[tiab] OR ("Hyperglycemia"[Mesh] OR hyperglycemia[tiab] OR hyperglycaemia[tiab] OR gestational glucose intolerance[tiab]) AND (Pregnancy[Mesh] OR pregnant[tiab] OR pregnancy[tiab] OR trimester[tiab]))	29665
14.	Mesh/FT, TI/AB	"Early Diagnosis"[Mesh:NoExp] OR "Early Medical Intervention"[Mesh] OR "early treatment"[tiab:~2] OR "early Intervention"[tiab:~2] OR "early insulin"[tiab:~2] OR Immediate treatment[tiab] OR ("pregnancy"[tiab] AND treat*[tiab]) OR early diagnos*[tiab] OR diagnostic criteria[tiab]	404427
15.	Mesh/FT, TI/AB	"Pregnancy Trimester, First"[Mesh] OR "Pregnancy Trimester, Second"[Mesh] OR early stage*[tiab] OR early warning sign*[tiab] OR first symptom*[tiab] OR early sign*[tiab] OR early symptom*[tiab] OR early onset[tiab] OR early[ti] OR earlier[ti] OR "week 20"[tiab] OR "20 week*"[tiab] OR first trimester*[tiab] OR second trimester*[tiab] OR early pregnancy[tiab]	647452
16.	Mesh/FT, TI/AB	"Pregnancy Outcome"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh:NoExp] OR pregnancy outcome*[tiab] OR pregnancy-related outcome*[tiab] OR treatment outcome*[tiab] OR maternal outcome*[tiab] OR neonatal outcome*[tiab] OR fetal outcome*[tiab] OR foetal outcome*[tiab] OR perinatal outcome*[tiab] OR adverse outcome*[tiab]	1365099
17.		1-4 AND From 2010-	315
18.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab]	25

	OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
19.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	56

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2024-01-11			
Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
10.		("Gestational diabetes" OR "Pregnancy Induced diabetes" OR GDM OR eGDM):ti,ab,kw	3615
11.		(hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") AND (pregnant OR pregnancy OR trimester):ti,ab,kw	469
12.		1 OR 2	3863
13.		("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate treatment" OR (pregnancy AND treat*) OR early NEXT diagnosis OR "diagnostic criteria"):ti,ab	48656
14.		(early NEXT stage* OR "early warning" NEXT sign* OR first NEXT symptom* OR early NEXT sign* OR early NEXT symptom* OR "early onset" OR "week 20" OR 20 NEXT week* OR first NEXT trimester* OR second NEXT trimester* OR "early pregnancy"):ti,ab,kw	27261

15.	(Pregnancy NEXT outcome* OR pregnancy-related NEXT outcome* OR treatment NEXT outcome* OR maternal NEXT outcome* OR neonatal NEXT outcome* OR fetal NEXT outcome* OR foetal NEXT outcome* OR perinatal NEXT outcome* OR adverse NEXT outcome* OR health NEXT outcome*);ti,ab,kw	237182
16.	3 -6 AND From 2010-	83

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Litteratursökning 2: uppdaterad sökning 2024-10-11

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2024-01-10, uppdatering 2024-10-11			
Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MM/FT, TI/AB	(MM "Diabetes Mellitus, Gestational") OR TI ("Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR GDM OR eGDM) OR AB ("Gestational diabetes" OR "Pregnancy-Induced diabetes" OR GDM OR eGDM)	11346
2.	MM/FT, TI/AB	(MM "Hyperglycemia") OR TI (hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") OR AB (hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") AND (MH "Pregnancy") OR (MH "Pregnancy Trimester, First") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI (pregnant OR pregnancy OR trimester) OR AB (pregnant OR pregnancy OR trimester)	1081
3.		1 OR 2	11834
4.	MM/FT, TI/AB	(MH "Early Diagnosis") OR (MM "Early Intervention") OR TI ("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate	87484

		treatment" OR ("pregnancy" AND treat*) OR "early diagnos*" OR "diagnostic criteria") OR AB ("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate treatment" OR ("pregnancy" AND treat*) OR "early diagnos*" OR "diagnostic criteria")	
5.	MM/FT, TI/AB	(MH "Pregnancy Trimester, First") OR (MH "Pregnancy Trimester, Second") OR TI ("early stage*" OR "early warning sign*" OR "first symptom*" OR "early sign*" OR "early symptom*" OR "early onset" OR "week 20" OR "20 week*" OR "first trimester*" OR "second trimester*" OR "early pregnancy") OR AB ("early stage*" OR "early warning sign*" OR "first symptom*" OR "early sign*" OR "early symptom*" OR "early onset" OR "week 20" OR "20 week*" OR "first trimester*" OR "second trimester*" OR "early pregnancy")	70421
6.	MM/FT, TI/AB	(MM "Pregnancy Outcomes") OR (MH "Treatment Outcomes") OR TI ("pregnancy outcome*" OR "pregnancy-related outcome*" OR "treatment outcome*" OR "maternal outcome*" OR "neonatal outcome*" OR "fetal outcome*" OR "foetal outcome*" OR "perinatal outcome*" OR "adverse outcome*" OR "health outcome*") OR AB ("pregnancy outcome*" OR "pregnancy-related outcome*" OR "treatment outcome*" OR "maternal outcome*" OR "neonatal outcome*" OR "fetal outcome*" OR "foetal outcome*" OR "perinatal outcome*" OR "adverse outcome*" OR "health outcome*")	527620
7.		3 -6 AND From 2010-	94
8.		7 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	15
9.		7 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control	32

	study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
	Uppdatering 2024-10-11	
10.	3-6 AND filter systematic reviews	0
11.	3-6 AND Filter Clinical Trials	2

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2024-01-11, uppdaterad 2024-10-11			
Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		("Gestational diabetes" OR "Pregnancy Induced diabetes" OR GDM OR eGDM):ti,ab,kw	3615
2.		(hyperglycemia OR hyperglycaemia OR "gestational glucose intolerance") AND (pregnant OR pregnancy OR trimester):ti,ab,kw	469
3.		1 OR 2	3863
4.		("early treatment" OR "early Intervention" OR "early insulin" OR "Immediate treatment" OR (pregnancy AND treat*) OR early NEXT diagnosis OR "diagnostic criteria"):ti,ab	48656
5.		(early NEXT stage* OR "early warning" NEXT sign* OR first NEXT symptom* OR early NEXT sign* OR early NEXT symptom* OR "early onset" OR "week 20" OR 20 NEXT week* OR first NEXT trimester* OR second NEXT trimester* OR "early pregnancy"):ti,ab,kw	27261
6.		(Pregnancy NEXT outcome* OR pregnancy-related NEXT outcome* OR treatment NEXT outcome* OR	237182

	maternal NEXT outcome* OR neonatal NEXT outcome* OR fetal NEXT outcome* OR foetal NEXT outcome* OR perinatal NEXT outcome* OR adverse NEXT outcome* OR health NEXT outcome*);ti,ab,kw	
7.	3 -6 AND From 2010-	83
Uppdaterad sökning 2024-10-11		
8.	3-6 AND From 2024-	10

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2024-01-10; uppdatering 2024-10-11
Ämne: Tidig behandling av graviditetsdiabetes hos gravida med riskfaktorer för diabetes från tidig graviditet*, jämfört med behandling efter graviditetsvecka 24

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT, TI/AB	"Diabetes, Gestational"[Mesh] OR "Gestational diabetes"[tiab:~0] OR Pregnancy-Induced diabetes[tiab] OR GDM[tiab] OR eGDM[tiab] OR (("Hyperglycemia"[Mesh] OR hyperglycemia[tiab] OR hyperglycaemia[tiab] OR gestational glucose intolerance[tiab]) AND (Pregnancy[Mesh] OR pregnant[tiab] OR pregnancy[tiab] OR trimester[tiab]))	29665
2.	Mesh/FT, TI/AB	"Early Diagnosis"[Mesh:NoExp] OR "Early Medical Intervention"[Mesh] OR "early treatment"[tiab:~2] OR "early Intervention"[tiab:~2] OR "early insulin"[tiab:~2] OR Immediate treatment[tiab] OR ("pregnancy"[tiab] AND treat*[tiab]) OR early diagnos*[tiab] OR diagnostic criteria[tiab]	404427
3.	Mesh/FT, TI/AB	"Pregnancy Trimester, First"[Mesh] OR "Pregnancy Trimester, Second"[Mesh] OR early stage*[tiab] OR early warning sign*[tiab] OR first symptom*[tiab] OR early sign*[tiab] OR early symptom*[tiab] OR early onset[tiab] OR early[ti] OR earlier[ti] OR "week 20"[tiab] OR "20 week*" [tiab] OR first trimester*[tiab] OR second trimester*[tiab] OR early pregnancy[tiab]	647452
4.	Mesh/FT, TI/AB	"Pregnancy Outcome"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh:NoExp] OR pregnancy outcome*[tiab] OR pregnancy-related outcome*[tiab]	1365099

	OR treatment outcome*[tiab] OR maternal outcome*[tiab] OR neonatal outcome*[tiab] OR fetal outcome*[tiab] OR foetal outcome*[tiab] OR perinatal outcome*[tiab] OR adverse outcome*[tiab]	
5.	1-4 AND From 2010-	315
6.	5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	25
7.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	56
Uppdaterad sökning 2024-10-11		
8.	1-4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]) From 2024-	0
9.	1-4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	6

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade studier

Exkluderade studier efter fulltextgranskning	Orsak till exclusion
Bianchi C, et al. 2019 [15]	Ej relevant kontrollgrupp
Harper L M, et al. 2020 [16]	Ej relevant population
Immanuel J, Simmons D, 2017 [2]	Ej relevant population och intervention.
Liu B, et al. 2020 [17]	Ej relevant population och intervention.
Pillay J, et al. 2021 [18]	Ej relevant population och kontrollgrupp
Roeder H A, et al. 2019 [19]	Ej relevant population
Simmons D, et al. 2024 [20]	Ej relevant kontrollgrupp.
Simmons D, et al. 2024 [21]	Ej relevant kontrollgrupp.
Simmons D, et al. 2024 [22]	Ej relevant kontrollgrupp.
Sweeting A, et al. 2024 [23]	Ej relevant kontrollgrupp.
Vambergue A, et al. 2018 [24]	Ej relevant publikationsspråk
Vinter CA, et al. 2018 [25]	Ej relevant kontrollgrupp.

Kommentar om studierna

Socialstyrelsen har identifierat en randomiserad kontrollerad studie (RCT) för den aktuella frågeställningen. Det är en randomiserad multicenter som genomförts på 17 kliniker i Australien, Indien, Sverige och Österrike [26]. I studien ingår 802 gravida kvinnor som genomfört 75 g OGTT före graviditetsvecka 20 och diagnostiserats med graviditetsdiabetes enligt WHO:s diagnoskriterier från 2013. Samtliga studiedeltagare hade genomgått singelgraviditet och hade minst en riskfaktor för hyperglykemi enligt följande: tidigare graviditetsdiabetes, BMI ≥ 30 , tidigare makrosomi, förstagradssläkting med diabetes, utomeuropeiskt ursprung, ålder ≥ 40 år eller polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS).

Deltagarna randomiserades antingen till tidig behandling som påbörjades före graviditetsvecka 20 (n=406), eller till en kontrollgrupp (n=396). Deltagarna i kontrollgruppen fick senarelagd behandling alternativt ingen behandling beroende på resultat vid upprepad 75 g OGTT i graviditetsvecka 24 till 28. 67 procent av kontrollgruppens deltagare diagnostiserades med graviditetsdiabetes vid upprepad OGTT och fick således behandling.

Studiens primära utfall var kompositmått för komplikationer hos nyfödda, kompositmått för graviditetsrelaterat högt blodtryck samt muskelmassa hos det nyfödda barnet. Utfallsmåtten kompositmått för komplikationer hos nyfödda och muskelmassa hos det nyfödda barnet var inte inkluderade i den aktuella frågeställningen (Se avsnittet ”Frågeställning och PICO”).

En av studiens fördefinierade explorativa subgruppsanalyser baseras på testresultat från den glukosbelastning som låg till grund för randomisering. Analysen indelas i utfall för deltagare med glukosvärden i ett högre intervall respektive utfall för deltagare med glukosvärden i ett lägre intervall. Det högre intervallet innebar följande resultat vid analys av blodglukos i plasma: 5,3–6,0 mmol/l i fasta, $\geq 10,6$ mmol/l en timme efter glukosbelastning eller 9,0–11,0 mmol/l två timmar efter glukosbelastning. Motsvarande för det lägre intervallet var: 5,1–5,2 mmol/l i fasta, 10,0–10,5 mmol/l en timme efter glukosbelastning eller 8,5–8,9 mmol/l två timmar efter glukosbelastning och uppfyllde inte några av kriterierna för det högre intervallet.

Summering av insatsens effekt

Effekt och tillförlitlighet

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp (senare behandling efter graviditetsvecka 24–28, alternativt ingen behandling)	Risk eller effekt i interventionsgrupp (behandling innan graviditetsvecka 20)	Absolut effekt (skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (antal studier) och [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
Förlossningsbristningar grad III-IV	3,6% (13/365)	0,8% (3/375)	2,8 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,23 (95% KI 0,10 till 0,51)	740 (1) [26]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -1 precision ⁶
Kejsarsnitt (akut och elektivt)	39,7% (146/368)	38,2% (144/377)	1,5 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,00 (95% KI 0,90 till 1,13)	745 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -2 precision ^{6,7}
Preeklampsi	2,4% (9/371)	3,4% (13/378)	1,0 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,32 (95% KI 0,90 till 1,94)	749 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -2 precision ^{6,7}

LGA (födelsevikt >90:e percentil)²	19,6% (72/368)	16,8% (63/375)	2,8 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,77 (95% KI 0,51 till 1,17)	743 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -2 precision ^{6,7}
Makrosomi³	1,6% (6/369)	0,5% (2/377)	1,1 procentenheter	-	746 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet Få förekomster, justerad RR kan ej beräknas	-1 samstämmighet ⁵ -2 precision ^{6,7}
SGA (födelsevikt <10:e percentil)²	9,2% (34/368)	12,0% (45/375)	2,8 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,32 (95% KI 0,93 till 1,85)	743 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -2 precision ^{6,7}
Neonatala andningssvårigheter⁴	17,0% (62/365)	9,8% (37/376)	7,2 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,57 (95% KI 0,41 till 0,79)	741 (1) [26]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet till resultatet	-1 samstämmighet ⁵ -1 precision ⁶

¹ Justerat för ålder, BMI innan graviditet, etnicitet, nuvarande rökning, första graviditet (primigravida), universitetsutbildning eller högre utbildning, kliniktilhörighet. Ej justerat för multiplicitet, konfidensintervall om 95% ska ej ersätta test av hypotes. ² Utfallsmått bestämt med programvaran Gestation Related Optimal Weight (GROW). Tillväxtreferens baserat på beräkningar från the Gestation Network of the Perinatal Institute (gestation.net) ³ födelsevikt ³4500g. ⁴ behov av minst 4 timmars andningsstöd med syrgas, CPAP (continuous positive airway pressure) och/eller intermittent övertrycksventilation under de första 24 timmarna efter födseln.

⁵ Enbart en studie, går därför ej att bedöma om det finns bristande samstämmighet mellan studieresultat. ⁶ Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. ⁷ Ytterligare bristande precision då är alla konfidensintervall korsar linjen för ingen effekt,

Effekt och tillförlitlighet i subgruppsanalys

Nedan visas effekt och evidensstyrka för en subgruppsanalys i Simmons D, et al. [1]

Deltagare med 75 g OGTT inom högre intervall:

fPG 5,3–6,0 mmol/l, 1h PG $\geq$ 10,6 mmol/l eller 2h PG: 9,0–11,0 mmol/l

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp (t.ex. behandling med placebo)	Risk eller effekt i interventionsgrupp (behandling A)	Absolut effekt (skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (antal studier) och [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
Förlossningsbristningar grad III-IV	4,4%	0,5%	3,9 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,12 (95% KI 0,01 till 0,89)	425 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 risk för bias ³ - 1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵
Kejsarsnitt (akut och elektivt)	35,0%	38,7%	3,7 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,11 (95% KI 0,98 till 1,12)	428 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 samstämmighet ⁴ -2 precision ^{5,6}
LGA (födelsevikt >90:e percentil)²	20,8%	17,9%	3,0 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,86 (95% KI 0,46 till 1,60)	426 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 samstämmighet ⁴ -2 precision ^{5,6}
SGA (födelsevikt <10:e percentil)²	10,9%	12,1%	1,2 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,10 (95% KI 0,54 till 2,26)	426 (1) [26]	⊕○○○	- 1 samstämmighet ⁴ -2 precision ^{5,6}

						Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	
--	--	--	--	--	--	---	--

¹ Justerat för ålder, BMI innan graviditet, etnicitet, nuvarande rökning, första graviditet (primigravida), universitetsutbildning eller högre utbildning, kliniktilhörighet. Ej justerat för multiplicitet, konfidensintervall om 95% ska ej ersätta test av hypotes. ² Utfallsmått bestämt med programvaran Gestation Related Optimal Weight (GROW). Tillväxtreferens baserat på beräkningar från the Gestation Network of the Perinatal Institute (gestation.net)

³ resultatet bygger på en explorativ subgruppsanalys ⁴ Enbart en studie, går därför ej att bedöma om det finns bristande samstämmighet mellan studieresultat. ⁵ Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision. ⁶ Ytterligare bristande precision då är alla konfidensintervall korsar linjen för ingen effekt.

Effekt och tillförlitlighet i subgruppsanalys

Nedan visas effekt och evidensstyrka för en subgruppsanalys i Simmons D, et al. [1]

Deltagare med 75 g OGTT inom lägre intervall:

fPG: 5,1–5,2 mmol/l 1h PG: 10,0–10,5 mmol/ eller 2h PG: 8,5–8,9 mmol/l.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp (t.ex. behandling med placebo)	Risk eller effekt i interventionsgrupp (behandling A)	Absolut effekt (skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (antal studier) och [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
Förlossningsbristningar grad III-IV	2,3%	1,3%	1,0 procentenheter	Justerad ¹ RR: 0,56 (95% KI 0,10 till 3,17)	315 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 risk för bias ³ - 1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵
Kejsarsnitt (akut och elektivt)	44,3%	39,6%	4,7 procentenheter	Justerad ¹ RR 0,89 (95% KI 0,67 till 1,19)	317 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 risk för bias ³ - 1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵
LGA (födelsevikt >90:e percentil)²	19,8%	12,9%	6,9 procentenheter	Justerad ¹ RR 0,65 (95% KI 0,56 till 0,77)	317 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 risk för bias ³ - 1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵

SGA (födelsevikt <10:e percentil) ²	7,4%	12,9%	5,5 procentenheter	Justerad ¹ RR: 1,75 (95% KI 1,05 till 2,92)	317 (1) [26]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet till resultatet	- 1 risk för bias ³ - 1 samstämmighet ⁴ -1 precision ⁵
--	------	-------	--------------------	--	--------------	---	---

¹ Justerat för ålder, BMI innan graviditet, etnicitet, nuvarande rökning, första graviditet (primigravida), universitetsutbildning eller högre utbildning, kliniktillhörighet. Ej justerat för multiplicitet, konfidensintervall om 95% ska ej ersätta test av hypotes. ² Utfallsmått bestämt med programvaran Gestation Related Optimal Weight (GROW). Tillväxtreferens baserat på beräkningar från the Gestation Network of the Perinatal Institute (gestation.net)

³ resultatet bygger på en explorativ subgruppsanalys ⁴ Enbart en studie, går därför ej att bedöma om det finns bristande samstämmighet mellan studieresultat. ⁵ Sammanvägda resultatet utgår enbart från en studie, det går därför inte att avgöra om det föreligger bristande precision.

Översikt av studierna

Inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod	Åtgärd i interventions (I) - och kontrollgrupp (K)	Utfall: Förlossningsbristningar grad III-IV	Utfall: Kejsarsnitt (akut och elektivt)	Utfall: Pre-eklamsi	Utfall: LGA (födelsevikt >90:e percentil)	Utfall: Makrosomi	Utfall: SGA (födelsevikt <10:e percentil)	Utfall: neonatala andnings-svårigheter
Simmons D. et al., 2023, [26] RCT Australien, Indien, Sverige och Österrike. Låg risk för bias. ¹	Populationen bestod av gravida kvinnor ≥ 18 år, singelgraviditet med minst en av följande riskfaktorer för hyperglykemi: tidigare graviditetsdiabetes, BMI ≥ 30 , tidigare makrosomi, förstgradssläkting med diabetes, utomeuropeiskt	Interventionsgrupp (I): Behandling av graviditetsdiabetes påbörjad innan graviditetsvecka 20. (n=400) Kontrollgrupp (K): Senarelagd behandling av graviditetsdiabetes från graviditetsvecka 24-28 eller ingen	I: 3/375 K: 13/365	I: 144/377 K: 146/368	I: 13/378 K: 9/371	I: 63/375 K: 72/368	I: 2/377 K: 6/369	I: 45/375 K: 34/368	I: 37/376 K: 62/365

	ursprung, ålder ≥ 40 år eller polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS). Genomfört 75 g OGTT innan graviditetsvecka 20. Uppfyller WHO:s diagnoskriterier för graviditetsdiabetes (fPG $\geq 5,1$ mmol/l, 1h PG $\geq 10,0$ mmol/l, 2h PG $\geq 8,5$ mmol/l vid 75 g OGTT).² Exklusionskriterier: fPG $\geq 6,1$ mmol/l, eller 2h PG $\geq 11,1$ mmol/l, diabetes innan studie, flerbörd, omfattande pågående sjukdom som utgör kontraindikation	behandling beroende på resultat i upprepade 75 g OGTT med gränsvärden för graviditetsdiabetes enligt WHO:s diagnoskriterier graviditetsvecka 24–28. (n=393)							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	för deltagande, OGTT redan genomförd. Deltagare rekryterades maj 2017 – mars 2022.								
Subgruppsanalys från studie av Simons D. et al., 2023, [1]. Studiedesign, land, risk för bias enligt huvudstudie ovan.	Enligt huvudstudie ovan, samt resultat av 75 g OGTT inom ett högre intervall: fPG 5,3–6,0 mmol/l, 1h PG $\geq$ 10,6 mmol/l eller 2h PG: 9,0–11,0 mmol/l.	Interventionsgrupp (I): Behandling av graviditetsdiabetes påbörjad innan graviditetsvecka 20. (n=229) Kontrollgrupp (K): Senarelagd behandling av graviditetsdiabetes från graviditetsvecka 24–28 eller ingen behandling. (n=231)							Uppgift om antal studiedeltagare per utfallsmått saknas, liksom totala antalet deltagare i intervention- respektive kontrollgrupp per utfallsmått.

Subgrupps-analys från studie av Simmons D. et al., 2023, [1]. Studiedesign, land, risk för bias enligt huvudstudie ovan.	Enligt huvudstudie ovan, samt resultat av 75 g OGTT inom ett lägre intervall: fPG: 5,1–5,2 mmol/l 1h PG: 10,0–10,5 mmol/ eller 2h PG: 8,5–8,9 mmol/l. Uppfylldde inga kriterier för det högre intervallet.	Interventions-grupp: Behandling av graviditetsdiabetes påbörjad innan graviditetsvecka 20. (n=171) Kontrollgrupp: Senarelagd behandling av graviditetsdiabetes från graviditetsvecka 24–28 eller ingen behandling. (n=162)							Uppgift om antal studiedeltagare per utfallsmått saknas, liksom totala antalet deltagare i interventions- respektive kontrollgrupp per utfallsmått.
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

¹Kvalitetsgranskning avser samtliga utfall som ingår i granskningen. Studiens medförfattare har ej genomfört kvalitetsgranskning, i syfte att minska risk för bias.

²Förkortningar vid analys av blodsocker i plasma efter 75 g oral glukosbelastning. fPG (fasting plasma glucose): plasmaglukos vid fasta. 1h PG (1 hour plasma glucose): plasmaglukos en timme efter intag av 75 g oral glukos. 2h PG (2 hour plasma glucose): plasmaglukos två timmar efter intag av 75 g oral glukos.

Referenser

1. Sovio U, Murphy HR, Smith GC. Accelerated fetal growth prior to diagnosis of gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study of nulliparous women. *Diabetes care*. 2016; 39(6):982–7.
2. Immanuel J, Simmons D. Screening and Treatment for Early-Onset Gestational Diabetes Mellitus: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Diab Rep*. 2017; 17(11):115.
3. Riskin-Mashiah S, Younes G, Damti A, Auslender R. First-trimester fasting hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes care*. 2009; 32(9):1639–43.
4. Bhavadharini B, Anjana R, Deepa M, Pradeepa R, Uma R, Saravanan P, et al. Association between number of abnormal glucose values and severity of fasting plasma glucose in IADPSG criteria and maternal outcomes in women with gestational diabetes mellitus. *Acta Diabetologica*. 2022; 59(3):349–57.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Last updated 16 December 2020: NICE; 2015.
6. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 11th Edition; 2025.
7. Sabbagh IT, Seedat F, Hirose A, Wade AN. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJOG Global Reports*. 2026:100607.
8. Wändell P, Li X, Stattin NS, Carlsson AC, Sundquist J, Crump C, et al. Diabetes risk during pregnancy among second-generation immigrants: A national cohort study in Sweden. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2023; 33(10):2028–34.
9. Bulletins—Obstetrics CoP. ACOG practice bulletin no. 190: gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(2):e49–e64.
10. Paulo MS, Abdo NM, Bettencourt-Silva R, Al-Rifai RH. Gestational diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Frontiers in endocrinology*. 2021; 12:691033.
11. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. *IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by international association of diabetes in pregnancy study group’s criteria*. *Diabetes research and clinical practice*. 2022; 183:109050.
12. Nielsen H, Windolf-Nielsen A, Scheuer SH, Damm P, Nybo Andersen A-M, Andersen GS, et al. Type 2 Diabetes Risk After Gestational Diabetes According to Country/Region of Origin: A Nationwide Register-based Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2024; 109(12):e2196–e204.
13. Perämäki R, Gissler M, Ollila M-M, Hukkanen J, Väärasmäki M, Uotila J, et al. The risk of developing type 2 diabetes after gestational diabetes: A registry study from Finland. *Diabetes Epidemiology and Management*. 2023; 10:100124.
14. Dennison RA, Chen ES, Green ME, Legard C, Kotecha D, Farmer G, et al. The absolute and relative risk of type 2 diabetes after gestational

- diabetes: a systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Diabetes research and clinical practice*. 2021; 171:108625.
15. Bianchi C, de Gennaro G, Romano M, Battini L, Aragona M, Corfini M, et al. Early vs. standard screening and treatment of gestational diabetes in high-risk women - An attempt to determine relative advantages and disadvantages. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2019; 29(6):598–603.
 16. Harper LM, Jauk V, Longo S, Biggio JR, Szychowski JM, Tita AT. Early gestational diabetes screening in obese women: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 222(5):495.e1–e8.
 17. Liu B, Cai J, Xu Y, Long Y, Deng L, Lin S, et al. Early Diagnosed Gestational Diabetes Mellitus Is Associated With Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Cohort Study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020; 105(12).
 18. Pillay J, Donovan L, Guitard S, Zakher B, Gates M, Gates A, et al. Screening for Gestational Diabetes: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2021; 326(6):539–62.
 19. Roeder HA, Moore TR, Wolfson MT, Gamst AC, Ramos GA. Treating hyperglycemia in early pregnancy: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2019; 1(1):33–41.
 20. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Coat S, Teede H, Nolan CJ, et al. Effect of treatment for early gestational diabetes mellitus on neonatal respiratory distress: A secondary analysis of the TOBOGM study. *Bjog*. 2024.
 21. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Perinatal Outcomes in Early and Late Gestational Diabetes Mellitus After Treatment From 24-28 Weeks' Gestation: A TOBOGM Secondary Analysis. *Diabetes Care*. 2024.
 22. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Regression From Early GDM to Normal Glucose Tolerance and Adverse Pregnancy Outcomes in the Treatment of Booking Gestational Diabetes Mellitus Study. *Diabetes Care*. 2024.
 23. Sweeting A, Enticott J, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, et al. Relationship Between Early-Pregnancy Glycemia and Adverse Outcomes: Findings From the TOBOGM Study. *Diabetes Care*. 2024.
 24. Vambergue A, Raynaud A, Caron A, Thinat S, Cazaubiel M, Karrouz W, et al. Early-onset gestational diabetes compared to late gestational diabetes: maternal characteristics and obstetrical outcomes in a French cohort of 2948 patients. *Diabetologia*. 2018; 61:S27.
 25. Vinter CA, Tanvig MH, Christensen MH, Ovesen PG, Jørgensen JS, Andersen MS, et al. Lifestyle Intervention in Danish Obese Pregnant Women With Early Gestational Diabetes Mellitus According to WHO 2013 Criteria Does Not Change Pregnancy Outcomes: Results From the LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study. *Diabetes Care*. 2018; 41(10):2079–85.
 26. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, Teede H, Nolan CJ, Peek MJ, et al. Treatment of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed Early in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2023; 388(23):2132–44.

Förlossning

Id 6: Två utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar

Rekommendation till förlossningsvården

För patientgruppen: Nyförlösta som har fött vaginalt.

Rekommendation: Låt två utförare diagnosticera misstänkta förlossningsbristningar.

Prioritet: 1.

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad, och insatsen bidrar till fler identifierade förlossningsbristningar.

Kommentar: Insatsen kan innebära ett viktigt lärandemoment.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Nyförlöst, misstänkt bristning efter vaginal förlossning

Diagnostiken av förlossningsbristningar går ut på att klassificera bristningen för att utifrån det välja rätt behandling. Detta är viktigt eftersom behandling och uppföljning avgörs av vilken typ av bristning det rör sig om.

Det finns fyra grader av hur omfattande en förlossningsbristning är. Grad 1 och 2 avser skador på hud och muskler i vaginan och i mellangården. Grad 3 och 4 avser skador på ändtarmsmuskeln och väggen i ändtarmen.

Ett klipp, eller episiotomi, innefattar mellangårdens muskler eller muskelfästen beroende på var klippet placeras. Det betyder att ett klipp omfattar samma vävnader som en grad 2-bristning men det klassificeras inte som en sådan.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Om den nyförlösta undersöks av två utförare (barnmorska eller läkare) jämfört med en utförare:

- identifieras mellan 37 och 46 procent fler grad 3 och 4 bristningar (måttlig tillförlitlighet).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget baseras på två kontrollerade icke-randomiserade studier och en kohortstudie där man studerat effekten av att en till person, antingen en barnmorska eller läkare, undersöker den nyförlösta [1] [2] [3]. Studierna är utförda i England [1] [2] och Holland [3]. Studierna bedömdes ha låg [1] eller måttlig risk för bias [2] [3]. Totalt ingick 6 885 förstföderskor.

De två kontrollerade studierna kunde vägas samman. Metaanalysen på totalt 6 631 deltagare visar att 37 procent fler bristningar av grad 3 eller 4 i genomsnitt identifieras (RR=0,63, 95 % KI, 0,48 till 0,84) [2] [3]. I den tredje studien [1], som var en kohortstudie, upptäcktes 46 procent fler bristningar när kvinnan undersöktes av ytterligare en undersökare, (RR=0,54, 95 % KI, 0,37 till 0,80). Resultatet från den tredje studien stöder resultatet från metaanalysen.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Resultat enskilda studier	Relativ effekt (Riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (Antal studier) [Referens]	Evidensstyrka	Kommentar
Frekvens av identifierade bristningar av grad 3 och 4	<i>Studie 1:</i>	RR 0,66 [0,48; 0,84], 2 studier	6 885 (3), [1-3]	Måttlig	– Risk för bias ¹
	En undersökare: 7,5 %			⊕⊕○○	
	Två undersökare: 15 %	RR 0,54 [0,37; 0,80], 1 studie			– Precision ²
	<i>Studie 2:</i>				
	En undersökare: 2,0 %				
	Två undersökare: 2,9 %				
	<i>Studie 3:</i>				
	En undersökare: 13,3 %				
	Två undersökare: 24,5 %				

¹ Risk för bias: en del undersökare var inte blindade för förlossningssättet eller initial bedömning, vilket kan ha påverkat deras bedömning.

² Bristande precision: få händelser bidrar till breda konfidensintervall vilket leder till osäkerheter kring effektstorlek.

Översikt av inkluderade studier

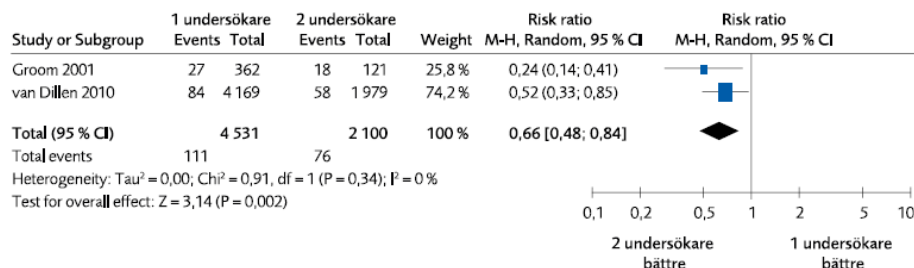
Author Year Reference Study design Country Risk of bias	Population, inclusion criteria, study period, follow-up	Intervention (I) Control (C)	Outcome A	Comments
Andrews et al. 2006 [1] UK Cohort Low risk of bias	241 women. 232 (96 %) were nulliparous and 9 (4 %) had a previous caesarean section. 173 (72 %) deliveries were conducted by midwives and 68 (28 %) by doctors.	(I) Re-examination by a trained research fellow (C) Examination by midwife	Prevalence of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): Examination by midwife: 13.3 % Re-examination by trained research fellow 24.5 % RD=0.11 (95 % CI, 0.04–0.18) RR=1.84 (95 % CI, 1.27–2.68)	
Groom et al. 2002 [2] UK Prospective observational study Moderate risk of bias	483 women undergoing their first vaginal and who sustained perineal trauma, all were nulliparous except for three women who had one previous delivery by caesarean section.	(I) Additional assessment (C) Routine assessment	Prevalence of trauma First degree tear: (I) 15 % (C) 16 % Second degree tear: (I) 40 % (C) 25 % Third/fourth degree tear: (I) 15 % (C) 7.5 %	

			Episiotomy: (I) 30 % (C) 51.5 %
Van Dillen et al. 2010 [3] The Netherlands Prospective multicentre audit, Moderate risk of bias	1 979 deliveries during intervention, 4 169 deliveries the year before.	(I) Another midwife or resident gynecologist on call re-evaluated the extent of the trauma in the case of perineal muscle involvement (i.e., an injury RCOG grade $\geq$ 2). (C) One midwife.	Compared with control, there was a significant increase in the diagnosis of OASIS, from 2.0% to 2.9% in the study period.

C = Control; CI = Confidence interval; I = Intervention; OASIS = Obstetric anal sphincter injuries; RD = Risk difference; RR= Relative risk

Metaanalys

Identifiering av bristningar grad 3 och 4



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har två utförare på att diagnosticera förlossningsbristningar och episiotomier hos nyförlösta efter vaginal förlossning, jämfört med att vara en utförare?

- **Population:** Nyförlöst efter vaginal förlossning
- **Intervention:** Två utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar och episiotomier
- **Kontrollgrupp:** En utförare för att diagnosticera förlossningsbristningar och episiotomier
- **Utfallsmått:** Identifierade förlossningsbristningar och episiotomier

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	En SÖ från SBU publicerad år 2021 [4]
Artiklar som lästes i fulltext	
Artiklar som kvalitetsgranskades	
Artiklar som inkluderades i underlaget	En SÖ från SBU publicerad år 2021 [4]

SÖ = Systematisk översikt

Litteratursökning: finns att hitta i rapporten SBU Utvärderar:

Förlossningsbristningar- diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. (2021) [4].

Referenser

1. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? Bjog. 2006;113:195-200.
2. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;101:19-21.
3. van Dillen J, Spaans M, van Keijsteren W, van Dillen M, Vredevoogd C, van Huizen M, et al. A prospective multicenter

audit of labor-room episiotomy and anal sphincter injury assessment in the Netherlands. *Int J Gynecol Obstet.* 2010;108:97-100.

4. SBU. Förlossningsbristningar – diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU Utvärderar 323. [2023-04-24]. Available from: <https://www.sbu.se/323>

Id 7: Kontinuerligt stöd av en barnmorska

Rekommendation till förlossningsvården

För patientgruppen: Gravida i förlossningens aktiva fas.

Rekommendation: Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.

Prioritet: 3.

Motivering: Stödet kan göra patienterna mer nöjda. Det finns dock ingen visad skillnad i medicinska utfall jämfört med ett sedvanligt arbetssätt där barnmorskan har hand om flera födande samtidigt.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Den aktiva fasen av en förlossning karakteriseras av regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modernmunnen är öppen minst 5 cm.

Kontinuerligt professionellt stöd innebär att den födande kvinnan får stöd av en barnmorska från förlossningens aktiva del tills barnet är fött.

Barnmorskan lämnar inte den födande, om inte den födande så begär. När barnmorskans arbetspass är över tar nästa barnmorska vid.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Foster/barn

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma effekten av kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över på utfallet perinatal/neonatal dödlighet (mycket låg tillförlitlighet).

För gravid i förlossningens aktiva fas ger kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över, i jämförelse med sedvanlig rutin följande resultat för utfallen:

- morbiditet; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)
- APGAR <7 vid 5 minuter; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)
- överföring till intensivvårdsavdelning; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet).

Gravid/moder

För gravid i förlossningens aktiva fas ger kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över, i jämförelse med sedvanlig rutin följande resultat för utfallen:

- perinealbristningar (grad 2–4) eller klipp; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet)
- blödning; ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)
- instrumentell förlossning; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet)
- kejsarsnitt; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet)
- epidural; ingen skillnad i risk (måttlig tillförlitlighet)
- nöjdhet; fler nöjda med kontinuerligt stöd (låg tillförlitlighet)
- förlossningslängd; ingen skillnad i tid (måttlig tillförlitlighet).

Det saknas studier för att bedöma effekten av kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över på utfallet förlossningsupplevelser för gravid samt för utfallet amning.

Kommentar

För att påvisa statistiskt säkerställda skillnader gällande sådana ovanliga utfall som mortalitet krävs studier på avsevärt fler individer än de som sammanlagt ingår i en av slutsatserna ovan. Exempelvis skulle en adekvat dimensionerad studie kräva cirka 37 000 individer för att påvisa en teoretisk riskminskning från 0,17 till 0,07 procent (t.ex. från 196 till 80 neonatala döda per 115 000 födselar), och utan risk att små verkliga skillnader inte upptäcks⁹.

Resonemanget kring få händelser är en bidragande anledning till att tillförlitligheten bedömts som mycket låg för utfallet perinatal/neonatal dödlighet.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget har haft en ansats att ta fram studier med kvantitativ eller kvalitativ ansats.

För den kvantitativa delen (effekterstudier med utfall på kvinna och barn) utgick underlaget från en välgjord systematisk översikt publicerad år 2017 från Cochrane (1). Den rapporten har en bredare intervention (inkluderar t.ex. även doula och anhörig) än detta underlag, men två av den rapportens inkluderade studier var relevanta för detta underlag (2, 3). Vid en uppdatering av den systematiska översiktens litteratursökning identifierades en ytterligare relevant studie (4). I granskningen ingår således tre studier, en som är genomförd i Sverige (4) där 59 förstföderskor studerades och två som är genomförda i Kanada och USA (2, 3) där 413 förstföderskor respektive 6 915 först- eller omföderskor studerades.

För den kvalitativa delen (upplevelser hos kvinnan) utfördes en litteratursökning specifikt för denna studieform. Dock var det ingen studie som var relevant för detta underlags frågeställning, där både intervention

⁹ Räkneexempel med $\alpha = 0,05$ och power = 80 %

och kontrollbehandling ska vara studerade. Samtliga studier som har exkluderats efter fulltextgranskning redovisas i tabellerna nedan.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom det saknas publicerade vetenskapliga studier som innehåller en analys av kostnadseffektiviteten av kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva del och till dess att födseln är över jämfört med sedvanlig rutin.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna, riskskillnad)	Antal deltagare (antal studier), (referens)	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sedvanlig rutin)	Interventionsgrupp (kontinuerligt stöd av barnmorska)				
A – Perinatal/neonatal dödlighet	1/3 473	2/3 476	0.00 [-0.00, 0.00]	6 949 (1 studie) (3)	⊕○○○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -2 precision ²
B – Morbiditet	254/3 473	246/3 476	-0.00 [-0.01, 0.01]	6 949 (1 studie) (3)	⊕⊕○○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -1 risk för bias ³
C – APGAR <7 vid 5 min	25/3 502	30/3 476	0.00 [-0.00, 0.01]	7 008 (2 studier) (3, 4)	⊕⊕○○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴ -1 precision ²
D – Överföring till intensivvårdsavdelning	264/3 706	261/3 715	-0.00 [-0.01, 0.01]	7 421 (3 studier) (2, 3, 4)	⊕⊕○○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴ -1 risk för bias ⁵
E- Perinealbristningar (grad 2–4) samt klipp	1860/3 461	1828/3 454	-0.01 [-0.03, 0.02]	6 915 (1 studie) (3)	⊕⊕⊕○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹
F-Blödning	91/3 461	93/3 454	0.00 [-0.01, 0.01]	6 915 (1 studie) (3)	⊕⊕○○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ²
G-Instrumentell förlossning	612/3 694	596/3 693	-0.00 [-0.02, 0.01]	7 387 (3 studier) (2, 3, 4)	⊕⊕⊕○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴
H- Kejsarsnitt	474/3 694	462/3 693	-0.01 [-0.04, 0.02]	7 387 (3 studier) (2, 3, 4)	⊕⊕⊕○ Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴

I-Epidural	2 520/3 694	2 444/3 693	-0.02 [-0.04, 0.00]	7 387 (3 studier) (2, 3, 4)	⊕⊕⊕O Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴
J-Nöjdhet	1 939/2 784	2 290/2 866	0.11 [0.08, 0.13]	5 660 (2 studier) (3, 4)	⊕⊕OO Fler nöjda med kontinuerligt stöd	-1 överförbarhet ⁴ -1 risk för bias ⁶
K-Förlossningslängd	Median (IQR): 6.9 (4.3–10.6), n=3 461 Mean (SD): 13.7 (3.9), n=30	Median (IQR): 7.1 (4.4–10.8), n=3 454 Mean (SD): 11 (5.7), n=3 461		6 974 (2 studier)(3, 4)	⊕⊕⊕O Ingen skillnad	-1 överförbarhet ⁴

¹ specialutbildad sjuksköterska, motsvarar ej svensk barnmorska,

² få händelser

³ rapporteringsbias, olika svårighetsgrader av morbiditet,

⁴ specialutbildad sjuksköterska motsvarar ej svensk barnmorska, undersköterska ersatte barnmorska i en studie samt selekterad population

⁵ rapporteringsbias, blandade nivåer av intensivvård,

⁶ i en studie var deltagarna randomiserade redan på mödravården

Översikt av inkluderade studier

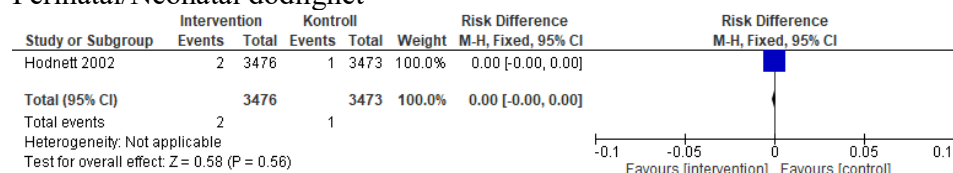
Författare, år, referens, studie, land, risk för bias	Population	Åtgärd i intervention (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A: Perinatal/neonatal dödlighet	Utfall B: Morbiditet	Utfall C: APGAR <7 vid 5 min	Utfall D: Överföring till intensivvårdsavdelning	Utfall E: Perinealbri stningar (grad 2-4) samt klipp	Utfall F: Blödning	G: Instrumentell förlossning	H: Kejsarsnitt	I: Epidural	J: Nöjdhets	K: Förlossningstidslängd	Övrigt
Stjernholm 2021 (4), RCT, Sverige, låg risk för bias	59 kvinnor, förstföderskor med enkelbördsgravitet, 37-41 gravveckor	I: Kontinuerligt stöd av en barnmorska/undersköterska under förlossningen K: Sedvanlig behandling			I: 0/30 K: 0/29	I: 0/30 K: 0/29			I: 7/30 K: 7/29	I: 1/30 K: 4/29	I: 23/30 K: 26/29	I: 28/30 K: 27/29	Mean (SD) I: 11 (5.7), n=30 K: 13.7 (3.9), n=29	Kontinuerligt stöd av barnmorska eller undersköterska Mycket få patienter trots stort urval. Oklart hur många som tillfrågades och tackade nej att delta i studien
Gagnon 1997 (2), RCT,	413 kvinnor, enkelbördsgravitet, förstföderskor	I: Kontinuerligt stöd av specialutbildad sjuksköterska				I: 15/209 K: 10/204			I: 48/209 K: 44/204	I: 29/209 K: 9	I: 139/209			Kontinuerligt stöd av specialutb

Kanada, låg risk för bias	or, >37 gravveckor	K: En sköterska ansvarar för 2-3 patienter								K: 33/204	K: 142/204			ildade sjukskötorskor. Rutin för hantering vid öppningsskedet skiljer sig från svenska rutiner. Risk för bias: Oblindad studie
Hodnet 2002 (3), RCT, Kanada och USA (totalt 13 sjukhus), låg risk för bias (utfallen morbiditet och	6915 kvinnor enkelbörds graviditet eller tvillinggraviditet, förstföderskor och omföderskor, >33 gravveckor	I: Kontinuerligt stöd av special utbildad sjuksköterska, n=3454 K: sedvanlig behandling	I: 2/3476 K: 1/3473	I: 246/3476 K: 254/3473	I: 30/3476 K: 25/3473	I: 246/3476 K: 254/3473	I: 1828/3454 K: 1860/3461	I: 93/3454 K: 461	I: 541/345 K: 561/346	I: 432/345 K: 461	I: 2282/3434 K: 2352/3461	I: 2262/2836 K: 1912/2765	Median (IQR) I: 7.1 (4.4-10.8) K: 6.9 (4.3-10.6)	Specialutbildad sjuksköterska. Risk för bias: Randomiserad på mödravårdcentral (påverkar utfallet nöjdhet). För utfallet morbiditet är det

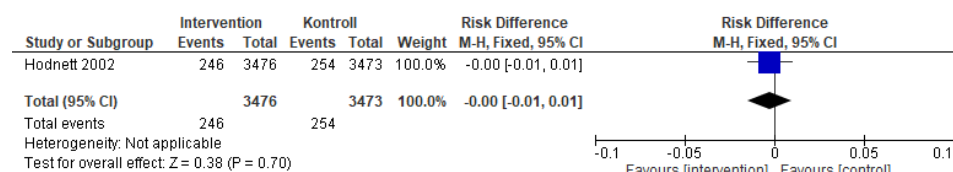
nöjdhet	oklart vad
-	som
måttlig	ingår.
risk för	
bias)	

Analys

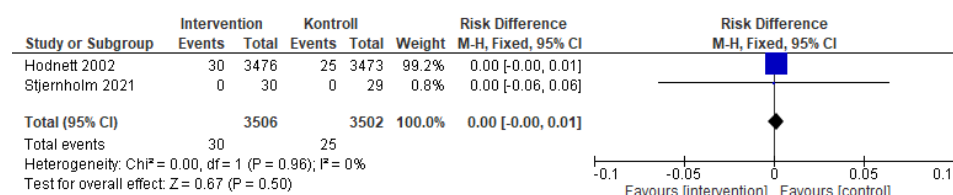
Perinatal/Neonatal dödlighet



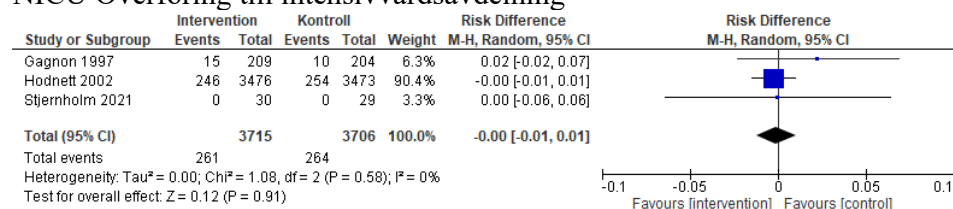
Morbiditet



APGAR <7 vid 5 min



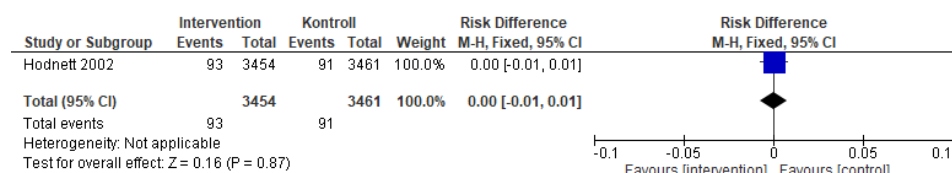
NICU Överföring till intensivvårdsavdelning



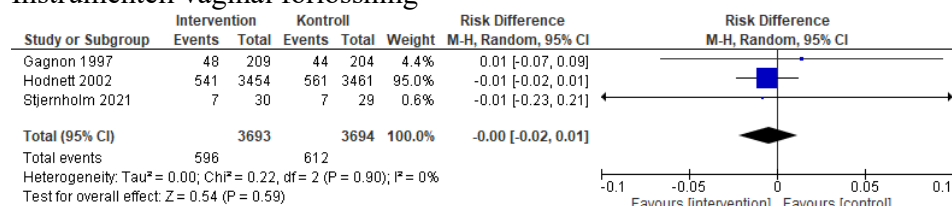
Perinealbristningar (grad 2–4) samt klipp



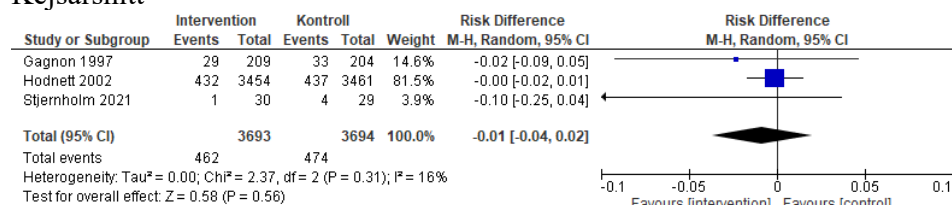
Blödning



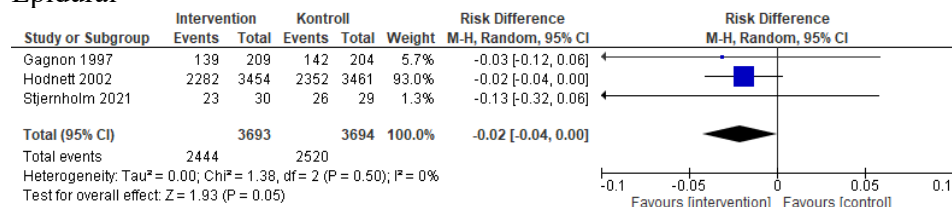
Instrumentell vaginal förlösning



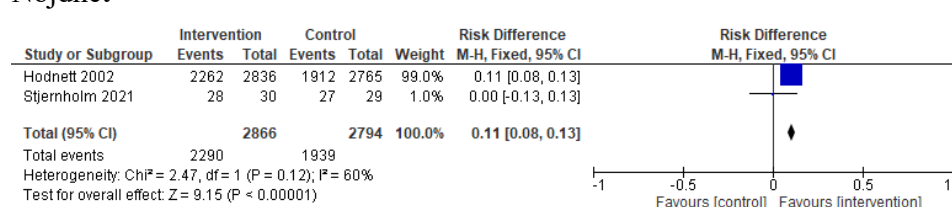
Kejsarsnitt



Epidural



Nöjdhet



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kontinuerligt professionellt stöd på maternella och neonatala utfall för gravida i aktiv förlossning, jämfört med inget kontinuerligt stöd?

- **Population:** Gravid i förlossningens aktiva fas
- **Intervention:** Kontinuerligt professionellt stöd av barnmorska från förlossningens aktiva fas och till dess att födseln är över
- **Kontrollgrupp:** Inget kontinuerligt stöd
- **Utfallsmått:**
 - Barnutfall
 - Perinatal mortalitet
 - Morbiditet: Allvarlig morbiditet (hjärnskada, kroppsskada, svår infektion et cetera)
 - Apgar ≤ 7 vid 5 minuter
 - Vård på neonatal intensivvårdsavdelning (NICU)
 - Amning
 - Mödrautfall
 - Mortalitet
 - Intensivvård
 - Morbiditet/komplikationer (t.ex. perinealbristningar, blödningar, instrumentell förlossning)
 - Kejsarsnitt (totalt)
 - Smärtlindring
 - Förlossningslängd
 - Förlossningsupplevelse
 - Trygghet/nöjdhet: (t.ex. satisfaction with information, advice, explanation, venue of delivery, preparation for labour and birth, as well as giving choice for pain relief and behaviour of the care)
- **Studietyp:** Systematiska översikter, RCT.
- **Övriga inkl./exkl. kriterier:** Även kontrollerad studie för utfallet upplevelser.

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 SÖ, 251 (uppdaterad SÖ) artiklar + 377 (sökning för kval. studier) artiklar + 70 studier*
Artiklar som lästes i fulltext	5 studier från SÖ + 2 studier (uppdaterad SÖ) + 3 studier (kval. sökning)
Artiklar som kvalitetsgranskades	3 RCT (2 från SÖ, 1 från uppdaterad sökning SÖ)
Artiklar som inkluderades i underlaget	3 RCT

*sista sökdatum 2024-02-29

Database: CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, APA PsycInfo 29 February 2024

Title: Continuous support during labor

Search terms	Items found
Population:	
TI (labor or delivery or childbirth or birth or labour or intrapartum) OR SU (labor or obstetric or childbirth or birth or labour or intrapartum)	698545
Intervention:	
(TI (continuous n2 (care or midwife* or presence or support)) OR AB (continuous n2 (care or midwife* or presence or support))) OR (TI ("one to one support" or "continuity of care") OR AB ("one to one support" or "continuity of care") OR SO ("one to one support" or "continuity of care"))	28740
Study types:	
(TX (systematic* N3 review*) OR TX (metaanaly* OR meta-analy* OR "meta analy*")) OR (TX ((systematic* n3 bibliographic*) OR (systematic* n3 literature) OR (comprehensive* n3 literature) OR (comprehensive* n3 bibliographic*) OR (integrative n3 review) OR (information n2 synthesis) OR (data n2 synthesis) OR (data n2 extract*)) OR JN ("Cochrane Database of Systematic Reviews"))	1482903
TX((randomi?ed) N3 (study or trial or design or method* or test* or assessment)) or TX((random*) N3 (assign* or alloc*) or TX((singl* or doubl* or tripl* or trebl*)) N3 (blind* or dumm* or mask*)) or TX(clinical W2 trial*) or TX((singl* or doubl* or treb* or tripl*) W2 (blind* or mask*)) or TX(placebo*) or TX(randomly allocated) or TX(allocated N2 random*) or AB(randomi?ed N6 n=) or TI(controlled W3 trial*) or AB(controlled W3 trial*)	4284547
SU (Economics OR "Costs and Cost Analysis" OR "Health Care Costs" OR "Nursing Costs" OR Budgets) OR TI (economic* OR cost OR Costs OR costly OR costing OR price OR prices OR pricing OR pharmacoeconomic*) OR AB (economic* OR cost OR Costs OR costly OR costing OR price OR prices OR pricing OR pharmacoeconomic*)	2125054
(MH "Descriptive Research" OR MH "Descriptive Statistics" OR MH "Audiorecording" OR MH "Videorecording" OR MH "Diaries" OR MH "Qualitative Studies+" OR MH "Content Analysis" OR MH "Interviews+" OR "action research" OR "cluster sample" OR "categor*" OR "content analysis" OR "constant comparative method" OR "discourse analysis" OR "ethnograph*" OR "ethnonurs*" OR "ethnolog*" OR "ethnomethodolog*" OR "field stud*" OR "finding*" OR "Focus Group*" OR "grounded theor*" OR "hermeneutic*" OR "interview*" OR "lived experience*" OR "life experience*" OR "meaning#" OR "Narrat*" OR "phenomeno*" OR "purposive sample" OR "social systems theory" OR "thematic analysis" OR "theme*" OR "theoretical sample" OR "qualitative")	8275709
Combined sets/Limits:	
1 and 2 and 3 Limiters - Published Date: 20000101-20231231, Narrow by Language: - Swedish, Narrow by Language: - Norwegian, Narrow by Language: - english	176
1 and 2 and 4 Limiters - Published Date: 20000101-20231231, Narrow by Language: - Swedish, Narrow by Language: - Norwegian, Narrow by Language: - english	315
1 and 2 and 5 Limiters - Published Date: 20000101-20231231, Narrow by Language: - English	136
1 and 2 and 6 Limiters - Published Date: 20000101-20231231, Narrow by Language: - english, Norwegian	698
(1 AND 2) AND (3 OR 4 OR 5 OR 6) Limiters - Publication Date: 20220101-20241231	194

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract; **AU** = Author; **DE** = Term from the thesaurus; **KW** (Available in Academic Search Premiere / SocINDEX / PsycInfo) = Author keyword; **MH** = Exact Subject Heading from CINAHL Subject Headings; **MM** = Major Concept; **SU** = Searches for a part of or an entire subject heading; **TI** = Title; **TX** = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields; **ZC** = Methodology Index; * = Truncation; " " = Citation Marks; searches for an exact phrase; # = replaces one or no letters; ? = replaces one letter; **N** = Near Operator (N) finds the words if they are a maximum of x words apart from one another, regardless of the order in which they appear.; **W** = Within Operator (W) finds the words if they are within x words of one another, in the order in which you entered them

Exkluderade studier

Tabell 1. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av uppdaterad sökning av Cochrane-rapport

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Birth Issues 2003 (5)	Ej relevant I

Tabell 2. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av studier som ingår i Cochrane rapporten

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Breart (6)	Ej relevant PICO
Breart 1992 (7)	Ej relevant PICO
Gagnon 1999 (8)	Duplikat

Tabell 3. Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning av kvalitativa studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Ellis 2020 (9)	Ej relevant studiedesign
Hildingsson 2020 (10)	Ej relevant I
Sosa 2018 (11)	Ej relevant C

Referenser

1. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766.
2. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth*. 1997;24(2):71-7.
3. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2002;288(11):1373-81.
4. Stjernholm YV, Charvalho PdS, Bergdahl O, Vladic T, Petersson M. Continuous support promotes obstetric labor progress and vaginal delivery in primiparous women—A randomized controlled study. *Frontiers in Psychology*. 2021;12.
5. Continuous labour support offers big benefits to mothers & babies: support from non-hospital caregivers reduced risk of caesarean birth by impressive 26%. *Birth Issues*. 2003;12(1/2):24-7.
6. Breart G. GM, Mlika-Cabanne N. . Trial B: Results of the continuous professional support trial. . In: Kaminski M, editor. *Evaluation of different policies of management of labour for primiparous women*. Paris, France: INSERM; 1992. p. 57-68.
7. Breart G, Mlika-Cabane N, Kaminski M, Alexander S, Herruzo-Nalda A, Mandruzzato P, et al. Evaluation of different policies for the management of labour. *Early Hum Dev*. 1992;29(1-3):309-12.
8. Gagnon A, Waghorn, K. One-to-one nurse labor support of nulliparous woman stimulated with oxytocin. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*. 1999;28(4):371-6.
9. Ellis S. Is continuous midwifery support during labour an effective tool for women who fear childbirth? *MIDIRS Midwifery Digest*. 2020;30(1):59-65.
10. Hildingsson I, Karlström A, Larsson B. A continuity of care project with two on-call schedules: Findings from a rural area in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2020;26:N.PAG-N.PAG.
11. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*. 2018;62:230-9.

Id 8: Riskbedömning

Rekommendation till förlossningsvården

För patientgruppen: Friska gravida med okomplicerad singelgraviditet med huvudbudning och som har nått graviditetsvecka 41+0 till 41+2.

Rekommendation: Erbjud en riskbedömning som ligger till grund för om igångsättning ska erbjudas.

Prioritet: 2.

Motivering: Gravida som har nått graviditetsvecka 41 + 0-2 har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad, på grund av ökade risker för barnet. Riskbedömningen har stor patientnytta - upptäckta risker i graviditeten kan identifieras. Den gravida får stöd för att göra ett informerat val om den fortsatta vården.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i huvudbudning utan kända riskfaktorer för intrauterin fosterdöd i början av v41 (41+0-2).

Riskbedömning utförs i samråd med den gravida efter en helhetsbedömning av anamnes och aktuell situation för den gravida och fostret. Till exempel kan CTG, blodtrycksmätning och någon typ av fosterviktsskattning inkluderas i denna bedömning. Ett samtal och information om alternativa handläggningar vid denna graviditetslängd kan också ingå. Riskbedömning ligger till grund för om induktion ska erbjudas.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Riskbedömning i början av graviditetsvecka 41 (41+0-2) av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet och utan kända riskfaktorer för intrauterin fosterdöd i fullgången tid ökar förutsättningarna för att hos den gravida identifiera hittills okända eller nytillkomna risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet. Detta jämfört med ingen sådan bedömning.

Bedömningen utförs i samråd med den gravida, vilket kan tillgodose den gravidas behov av självbestämmande, integritet och trygghet (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsens oönskade effekter är inte studerade för denna frågeställning.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och som kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad

beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensuspåstående

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Medicinsk riskbedömning i början av graviditetsvecka 41 (41+0–2) av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet och utan kända riskfaktorer för intrauterin fosterdöd i fullgången tid ökar förutsättningarna för att hos den gravida identifiera hittills okända eller nytillkomna risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet. Detta jämfört med ingen sådan bedömning. Bedömningen utförs i samråd med den gravida, vilket kan tillgodose den gravidas behov av självbestämmande, integritet och trygghet.

Konsensus uppnåddes eftersom 83 procent av 42 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har en medicinsk riskbedömning av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i början av v41 (41+0–2) på att identifiera hittills okända eller nytillkomna risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet? Bedömningen sker i samråd med den gravida och ligger till grund för om induktion ska erbjudas. Detta jämfört med att inte erbjudas en bedömning.

- Population/tillstånd: Friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i huvudbudning utan kända riskfaktorer för intrauterin fosterdöd med verifierad sen graviditet (41 veckor)
- Intervention/åtgärd: Medicinsk riskbedömning i början av v41 (41+ 0-2)
- Kontrollgrupp: Ingen medicinsk riskbedömning i början av vecka 41 (41+ 0-2).
- Utfallsmått:
 - Intrauterin fosterdöd (IUFD)
 - Neonatal dödlighet
 - Kompositmått intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och morbiditet
 - Allvarlig sjuklighet (t.ex. hjärnskada, kroppsskada eller svår infektion)

Studietyp: SÖ, RCT, icke randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	141
Artiklar som lästes i fulltext	X
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl **Databasleverantör:** Ebsco **Datum:** 2024-11-11

Ämne: Vilken effekt har en medicinsk riskbedömning av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i början av v41 (41+0-2) på att identifiera risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT/TI, AB	(MH "Gestational Age") AND (TI (41) OR AB (41))	559
2.	FT/TI, AB	TI (late-term OR postdate OR post-date OR "41 weeks" OR "week 41" OR "41+0 weeks" OR "41+1 weeks" OR "41+2 weeks") OR AB (late-term OR postdate OR post-date OR "41 weeks" OR "week 41" OR "41+0 weeks" OR "41+1 weeks" OR "41+2 weeks")	1,026
3.	FT/TI,AB	TI (pregnancy OR pregnancies OR delivery OR deliveries) OR AB (pregnancy OR pregnancies OR delivery OR deliveries)	268,206
4.		2 AND 3	630
5.	FT/TI, AB	TI (prolonged N3 pregnanc*) OR AB (prolonged N3 pregnanc*)	310
6.		1 OR 4 OR 5	1,266
7.	DE/MH	(MH "Risk Assessment") OR (MH "Patient Assessment")	193,968
8.	FT/TI, AB	TI ("antenatal check*" OR "antenatal examination*" OR "antenatal evaluation*" OR "assessment of risk*" OR "assessing the risk" OR "clinical assessment*" OR "fetal assessment*" OR "medical evaluation*" OR "medical assessment*" OR "obstetric assessment*" OR "obstetric evaluation*" OR "obstetric examination*" OR "patient assessment*" OR "prenatal check*" OR "predict risk*" OR "prenatal examination*" OR "risk assessment*" OR "risks assessment*" OR "risk evaluation" OR "risk prediction*" OR "routine assessment*" OR "routine evaluation*") OR AB ("antenatal check*" OR "antenatal examination*" OR "antenatal evaluation*" OR "assessment of risk*" OR "assessing the risk" OR "clinical assessment*" OR "fetal assessment*" OR "medical evaluation*" OR "medical assessment*" OR "obstetric assessment*" OR "obstetric evaluation*" OR "obstetric examination*" OR "patient assessment*" OR "prenatal check*" OR "predict risk*" OR "prenatal examination*" OR "risk assessment*" OR "risks assessment*" OR "risk evaluation" OR "risk prediction*" OR "routine assessment*" OR "routine evaluation*")	50,900
9.		7 OR 8	227,976
10.		6 AND 9	96

11.	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
12.	10 AND 11 ; Academic journals	6
13.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
14.	10 AND 13 ; Academic journals	23

Databas: Cochrane Library **Databasleverantör:** Cochrane **Datum:** 2024-11-11

Ämne: Vilken effekt har en medicinsk riskbedömning av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i början av v41 (41+0–2) på att identifiera risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Gestational Age] explode all trees	3840
2.	FT/ti, ab, kw	(41):ti,ab,kw	89198
3.		1 AND 2	329
4.	FT/ti, ab, kw	(late-term OR postdate OR post-date OR "41 weeks" OR "week 41" OR "41+0 weeks" OR "41+1 weeks" OR "41+2 weeks"):ti,ab,kw	911
5.	FT/ti, ab, kw	(pregnancy OR pregnancies OR delivery OR deliveries):ti,ab,kw	12828
6.		4 AND 5	561
7.	FT/ti, ab, kw	(prolonged NEAR/3 pregnanc*):ti,ab,kw	418
8.		3 OR 6 OR 7	1155
9.	MeSH	MeSH descriptor: [Risk Assessment] explode all trees	13747
10.	FT/ti, ab, kw	(antenatal NEXT check* OR antenatal NEXT examination* OR antenatal NEXT evaluation* OR "assessment of risk" OR "assessment of risks" OR "assessing the risk" OR clinical NEXT assessment* OR fetal NEXT assessment* OR medical NEXT evaluation* OR medical NEXT assessment* OR obstetric NEXT assessment* OR obstetric NEXT evaluation* OR obstetric NEXT examination* OR patient NEXT assessment* OR prenatal NEXT check* OR predict NEXT risk* OR prenatal NEXT examination* OR risk	65149

	NEXT assessment* OR risks NEXT assessment* OR risk NEXT evaluation* OR risk NEXT prediction* OR routine NEXT assessment* OR routine NEXT evaluation*);ti,ab,kw	
11.	9 OR 10	65227
12.	8 AND 11	60
13.	12 AND Filter by language: English	CDSR 0 Central 55

Databas: Pubmed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2024-11-11

Ämne: Vilken effekt har en medicinsk riskbedömning av friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i början av v41 (41+0–2) på att identifiera risker för intrauterin fosterdöd, neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/tiab	"Gestational Age"[Mesh] AND 41[tiab]	4,729
2.	FT/tiab	(late-term[tiab] OR postdate[tiab] OR post-date[tiab] OR 41 weeks[tiab] OR week 41[tiab] OR 41+0 weeks[tiab] OR 41+1 weeks[tiab] OR 41+2 weeks[tiab]) AND (pregnancy[tiab] OR pregnancies[tiab] OR delivery[tiab] OR deliveries[tiab])	2,322
3.	FT/tiab	"prolonged pregnancy" [tiab:~3] OR "prolonged pregnancies" [tiab:~3]	261
4.		1 OR 2 OR 3	6,512
5.	Mesh/tiab	"Risk Assessment"[Mesh] OR antenatal check*[tiab] OR antenatal examination*[tiab] OR antenatal evaluation*[tiab] OR "assessment of risk*[tiab] OR "assessing the risk"[tiab] OR clinical assessment*[tiab] OR fetal assessment*[tiab] OR medical evaluation*[tiab] OR medical assessment*[tiab] OR obstetric assessment*[tiab] OR obstetric evaluation*[tiab] OR obstetric examination*[tiab] OR patient assessment*[tiab] OR prenatal check*[tiab] OR predict risk*[tiab] OR prenatal examination*[tiab] OR Risk Assessment*[tiab] OR risks assessment*[tiab] OR risk evaluation*[tiab] OR risk prediction*[tiab] OR routine assessment*[tiab] OR routine evaluation*[tiab]	468,576
6.		4 AND 5	291
7.		6 NOT ("Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh])	289
8.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta- Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta- analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
9.		7 AND 8 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	12
10.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab]	

	OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	
11.	7 AND 10 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	78

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Id 9: Igångsättning (induktion) av förlossningen

Rekommendation till förlossningsvården

För patientgruppen: Friska gravida med okomplicerad singelgraviditet med huvudbudning och som har nått graviditetsvecka 41+0 till 41+2.

Rekommendation: Erbjud rutinmässig igångsättning (induktion) av förlossningen.

Prioritet: 8.

Motivering till rekommendation: Gravida som har nått graviditetsvecka 41 har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad, på grund av ökade risker för barnet. Det vetenskapliga underlaget är dock inte tillräckligt för att bedöma om igångsättning minskar risken för intrauterin fosterdöd eller neonatal dödlighet. Möjligen minskar risken för neonatalvård.

Kommentar: På gruppnivå saknas evidens för igångsättning, men det kan vara aktuellt för vissa riskgrupper. Det är då viktigt med en individuell bedömning i samråd med patienten.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Friska gravida med okomplicerad singelgraviditet i huvudbudning utan kända riskfaktorer för intrauterin fosterdöd i början av graviditetsvecka 41 (41+0-2).

Igångsättning av förlossning, även kallad induktion, kan ske genom amniotomi och/eller intravenös tillförsel av oxytocin, oralt intag eller vaginal applicering av prostaglandinnehållande preparat eller mekaniskt med en kateter

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Induktion av förlossning i graviditetsvecka 41+ 0-2, jämfört med exspektans och/eller induktion i graviditetsvecka 42+ 0-1:

Foster/barn

medför möjligen ingen skillnad avseende sammantagen risk för intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet eller morbiditet.

Riskskillnad (RD) -0.59% [-2.14% till 0.96%] (låg tillförlitlighet)

medför möjligen en minskad risk för neonatalvård, RD -1.45% [-2.69% till -0.2%], dvs mellan 0 och 3 färre barn som behöver neonatalvård per 100 födda (låg tillförlitlighet)

Modern

- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende perinealbristningar grad 3–4, RD -0.57% [-1.60% till 0.46%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende blödning, RD 0.24% [-1.47% till 1.94%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen ingen skillnad i risk avseende instrumentell vaginal förlossning, RD -0.63% [-2.19% till 0.92%] (låg tillförlitlighet)
- medför möjligen ingen skillnad i risk för att barnet måste förlösas med kejsarsnitt, RD 0.40% [-2.12% till 1.33%] (låg tillförlitlighet)

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma:

- risken för fosterdöd/neonatal dödlighet
- risken för APGAR < 4 vid fem minuter
- risken för obstetrisk plexus brachialis skada
- risk för maternell intensivvård

Kommentar

Flera av utfallen som ingår i de granskade studierna och vars tillförlitlighet har bedömts enligt ovan är ovanliga, alltså händelser som inträffar sällan. Exempelvis var den neonatala dödligheten för dygn 0–27 i Sverige under 2020 17 per 10 000 födselar (196 barn totalt), alltså 0,17 procent (Socialstyrelsens medicinska födelseregister). För att påvisa statistiskt säkerställda skillnader gällande sådana ovanliga utfall krävs studier på fler individer än de som sammanlagt ingår i slutsatserna enligt ovan. Exempelvis så skulle en adekvat utformad studie normalt kräva cirka 37 000 individer för att påvisa en riskminskning från 0,17 till 0,07 procent (t.ex. från 196 till 80 neonatalt döda per 115 000 födselar), och utan risk att små verkliga skillnader inte upptäcks¹⁰.

Resonemanget kring få händelser är en bidragande anledning till att tillförlitligheten bedömts som mycket låg för utfallet fosterdöd/neonatal dödlighet. Detta är inte ett lika stort problem för utfallen neonatalvård och kompositmättet intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet eller morbiditet, där fler händelser rapporterats.

Studierna av Keulen et al., 2019 och Wennerholm et al., 2019 studerade båda även ifall modern avled. Inga dödfall rapporterades i studierna, men utfallet har inte evidensgraderats då studierna är underdimensionerade för det utfallet.

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Se de evidensgraderade utfallen.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår tre randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) (1–3). Studierna identifierades i en systematisk översikt av Wennerholm et al. 2019 (4). Vid en uppdatering av litteratursökningen i denna översikt och en

¹⁰ Räkneexempel med $\alpha=0,05$ och $\text{power}=80\%$

granskning av de studier som fångades upp i litteratursökningen identifierades ingen ytterligare studie.

De tre RCT:erna är utförda i Sverige, Nederländerna respektive Turkiet och baseras på 2760, 1801 respektive 600 kvinnor som ansetts ha en låg risk singelgraviditet. I alla tre studier jämförs effekten av att inducera i förlossningen i v 41 med exspektans till vecka 42 då kvinnan induceras ifall förlossningen inte påbörjats. I studien som genomfördes i Turkiet jämförs även olika sätt att inducera förlossningen, nämligen med oxytocin intravenöst, vaginalt tillfört prostaglandin eller mekaniskt med en kateter (1).

Hälsoekonomisk bedömning

Underlaget är för osäkert för att kunna bedöma kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår för induktion i graviditetsvecka 41+(0–2 dagar), jämfört med exspektans och induktion i graviditetsvecka 42+(0–1 dagar). Sett enbart till medelkostnaden per förlossning föreligger inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de två grupperna

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD.) [95% KI]	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (expektans)	Interventionsgrupp (induktion v41+)					
A-Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet	9/2580 (0.35 %)	1/2581 (0.04 %)	-0.0028 [-0.0053, -0.0002]	0.25 [0.05, 1.25]	5161 (3), [1-3]	⊕○○○ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selektad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. Otydligt hur populationen i Gelisen har valts ut. I studien av

							Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
B-Kompostmättet uterin fosterdöd/ neonatal dödlighet och morbiditet	59/2280 (2.59 %)	48/2281 (2.10 %)	-0.0059 [- 0.0214, 0.0096]	0.78 [0.40, 1.52]	4561 (2), [2,3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen

							åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
C-Neonatalvård	165/2573 (6.41 %)	130/2580 (5.04 %)	-0.0145 [- 0.0269, - 0.002]	0.79 [0.63, 0.99]	5161 (3), [1-3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. (Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de

							som frågeställningen åsyftar. Otydligt hur populationen i Gelisen har valts ut. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
D-APGAR <4, vid 5 min	4/2275 (0.18 %)	3/2281 (0.13 %)	-0.0007 [- 0.0054, 0.0041]	0.76 [0.04, 15.26]	4561 (2), [2,3]	⊕○○○ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida

							avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
E- Obstetrisk plexus brachialis skada	1/2275 (0.04 %)	4/2281 (0.18 %)	0.0009 [- 0.0016, 0.0033]	3.98 [0.45, 35.56]	4556 (2), [2,3]	⊕○○○ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har

							majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar. I studien av Wennerholm har gruppen från Stockholm genomgått ultraljud rutinmässigt innan randomisering, men i övriga delar av Sverige har ultraljud inte utförts rutinmässigt. Det är därför oklart hur hälsotillståndet för fostren var.
F – Perinealbristningar grad 3–4	81/2280 (3.55 %)	68/2281 (2.98 %)	-0.0057 [- 0.0160, 0.0046]	0.84 [0.61, 1.15]	4561 (2), [2,3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen

							och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
G –Postpartum blödning	218/2280 (9.56 %)	222/2281 (9.73 %)	0.0024 [- 0.0147, 0.0194]	1.02 [0.85, 1.21]	4561 (2)[2,3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.

H -Maternell intensivvård	2/2280 (0.09 %)	5/2281 (0.21 %)	0.0014 [- 0.0008, 0.0036]	2.05 [0.44, 9.54]	4561 (2), [2,3]	⊕○○○ (Riskskillnad)	-2 precision. Få händelser och få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Sselekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
I-Instrumentell vaginal förlossning	199/2280 (8.72 %)	181/2281 (7.94 %)	-0.0063 [- 0.0219, 0.0092]	0.91 [0.75, 1.10]	4561 (2), [2,3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet. Selekterad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i

							studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.
J -Kejsarsnitt	311/2580 (12.05 %)	298/2581 (11.55 %)	-0.0040 [- 0.0212, 0.0133]	0.96 [0.82, 1.11]	5161 (3), [1-3]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-1 precision. Få studier med få deltagare -1 överförbarhet (selektad population. I Keulen och Wennerholm har majoriteten av tillfrågade gravida avböjt att delta i studien, vilket medför en otydlighet om denna population representerar de som frågeställningen åsyftar.

Översikt av inkluderade studier

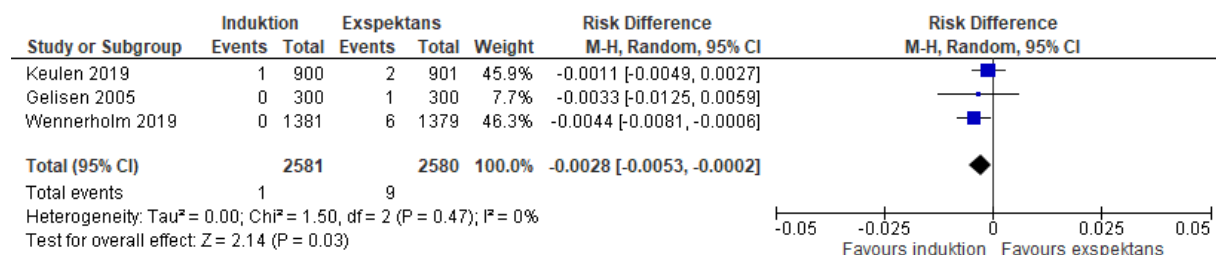
Författare, år, referens, studiens design, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärder i interventionen (I)- och kontrollgruppen (K)	Utfall A Intrauterin fosterdömd/neonatal dödlighet	Utfall B Kompositionsmåttet intrauterin fosterdömd/neonatal dödlighet och morbiditet	Utfall C Neonatalvård	Utfall D APGAR<4 vid 5 min	Utfall E Obstetrisk komplikation	Utfall F Perineal bristning grad 3-4	Utfall G Postpartum blödning	Utfall H Maternal livvård	Utfall I Instrumentellt vaginalt förlossning	Utfall J Kejsarsnitt	Övrigt
Gelisen et al., 2005 (1) RCT, Turkiet , måttlig risk för bias	600 kvinnor med enbördsg raviditet 46,5 % var försföder skor Medelålder var 30,4 år Studieperiod: Maj 2012 till	I: Induktion vid 41 veckor + (0 till 1 dag) K: Expektans och induktion vid 42 veckor	I: 0/300 K: 1/300		I: 13/300 K:15/300								Studien har även jämfört effekten av olika ingångsätts medel/metoder

	Mars 2016	+ (0 till 1 dag)										
Keulen et al 2019 (2) RCT, Nederl ändern a, låg risk för bias	1801 kvinnor med enbördsg raviditet 53% var försföder skor Medelålder var 30,4 år Studieperiod: Maj 2012 till Mars 2016	I: Induktion vid 41 veckor + (0 till 1 dag) K: Expektans och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag)	I: 1/900 K: 2/901	I: 15/900 K: 28/901	I: 62/899 K: 68/899	I: 0/90 K: 3/90	I: 0/90 C: 0/90	I: 28/900 K: 31/901	I: 82/90	I: 3/900 K: 2/901	I: 93/900 K: 108/90	I: 97/9 K: 97/9
Wenne rholm et al., 2020 (3) RCT, Sverige	2760 kvinnor med enbördsg raviditet + (0 till 1 dag)	I: Induktion vid 41 veckor + (0 till 1 dag) K: Expektans och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag)	I: 0/1381 K: 6/1379	I: 33/1381 K: 31/1379	I: 55/138 K: 1/82/137	I: 3/13 K: 1/13	I: 4/13 C: 1/13	I: 40/1381 K: 50/1379	I: 140/1 K: 381	I: 2/1381 K: 0/1379	I: 88/138 K: 1/91/137	I: 143/1381 K: 148/1379

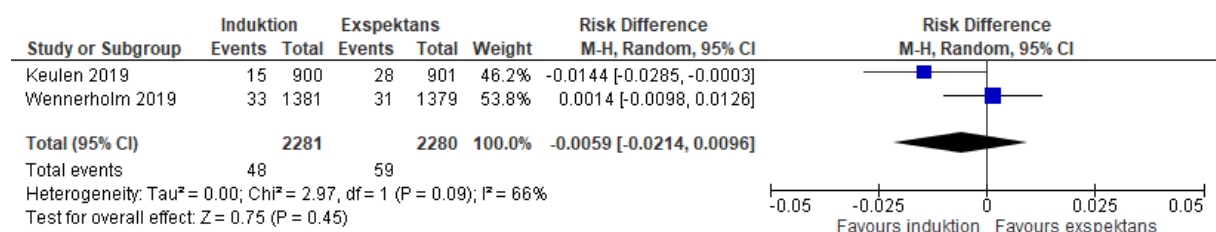
, låg	55% var	2
risk för	försföder	dagar
bias	skor	
	Medelåld	K:
	er var	Expekt
	31,1 år	ans
	Studieper	och
	iod: Maj	indukti
	2016 till	on vid
	oktober	42
	2018	veckor
		+ (0 till
		1 dag)

Metaanalyser

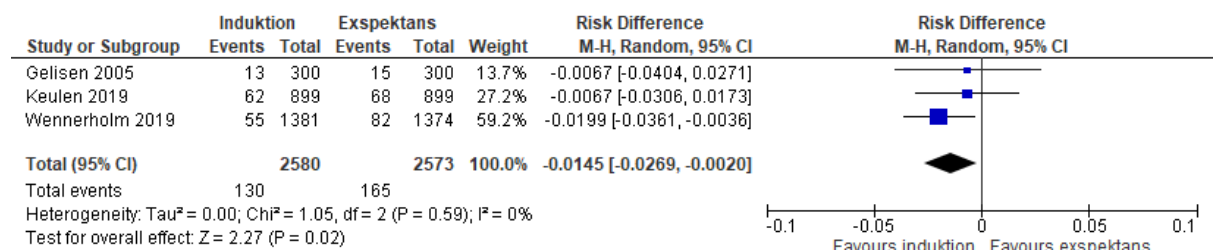
Utfall: Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet



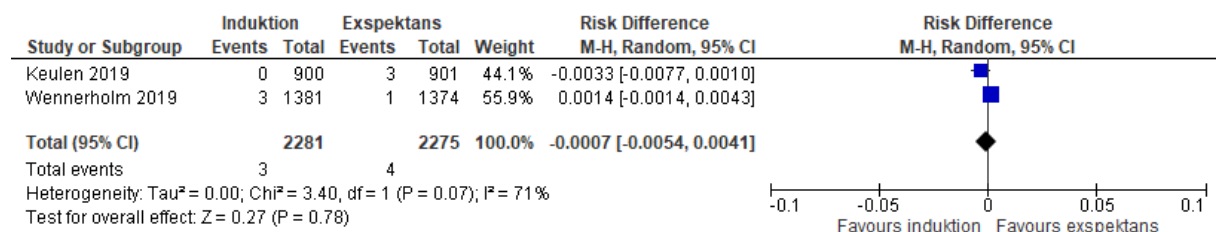
Utfall: Kompositmått intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och morbiditet



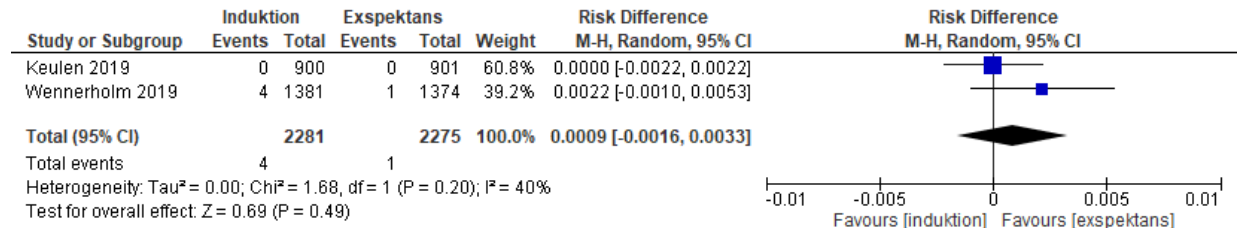
Utfall: Neonatalvård



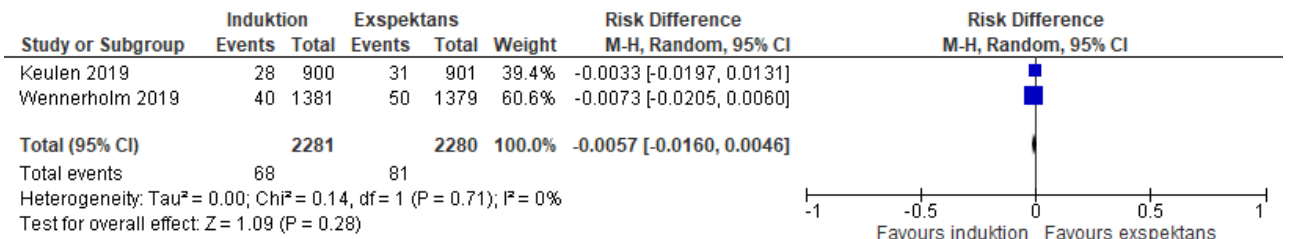
Utfall: APGAR mindre än 4 vid fem minuter



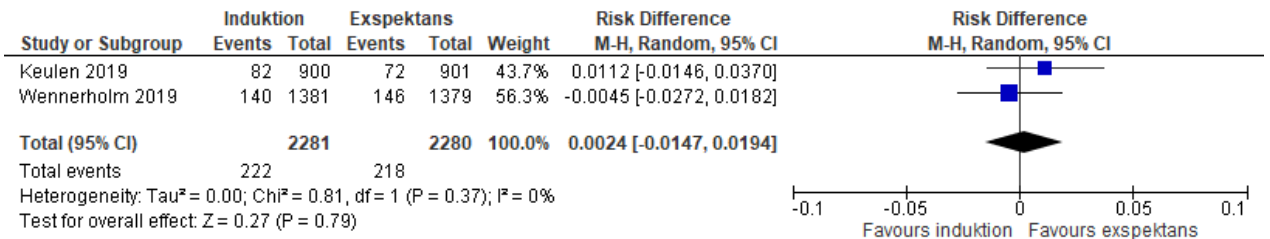
Utfall: Obstetrisk plexus brachialis skada



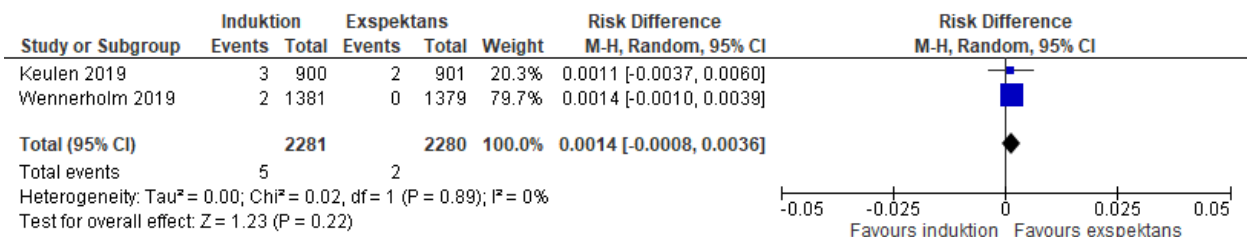
Utfall: Perinealbristningar grad 3–4



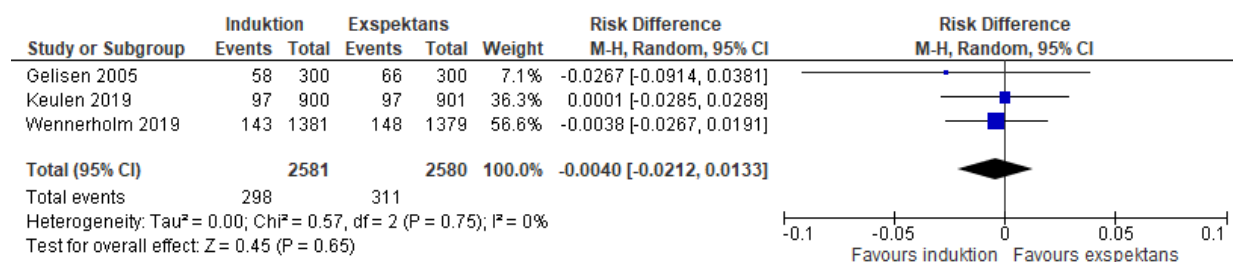
Utfall: Postpartum blödning



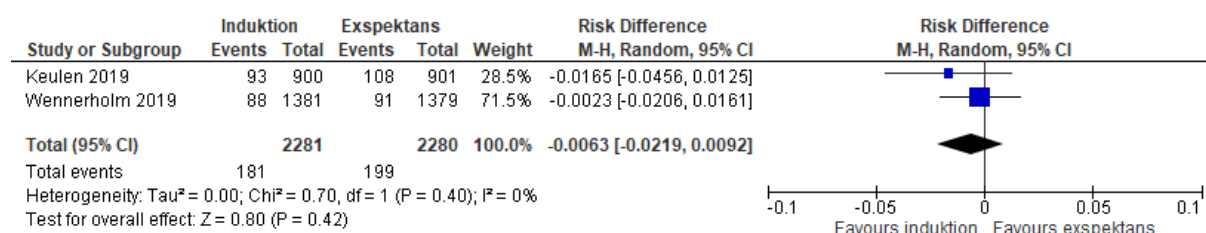
Utfall: Maternell intensivvård



Utfall: Kejsarsnitt



Utfall: Instrumentell vaginal förlossning



Frågeställning och PICO

Medför induktion vid 41 veckor + (0 till 2 dagar) istället för exspektans med varierande grad av fosterövervakning och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag) minskad intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och neonatal sjuklighet, utan ökad risk för maternell dödlighet och sjuklighet, hos friska kvinnor med okomplicerad singelgraviditet?

Population/tillstånd: Friska kvinnor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbjudning, med verifierad sen graviditet (41 veckor)

Intervention/åtgärd: Induktion vid 41 veckor + (0 till 2 dagar)

Kontrollgrupp: Exspektans med varierande grad av fosterövervakning och induktion vid 42 veckor + (0 till 1 dag)

Utfallsmått:

Foster/barn:

- Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet
- Allvarlig sjuklighet (t.ex. hjärnskada, kroppsskada eller svår infektion)
- Kompositmått intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet och morbiditet
- Neonatalvård
- APGAR mindre än 4 vid fem minuter

Mamma:

- Dödlighet
- Sjuklighet/komplikationer (ex blödningar, perinealbristningar)
- Kejsarsnitt
- Instrumentell förlossning
- Sekundära utfall (i mån av tid):
 - Nöjdhet/upplevelse hos kvinnan
 - Amning (2h efter förlossning)

Studietyp: RCT, kontrollerad studie utan randomisering

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1 888 (+ 1 104 uppdat sök 230222 + 682 uppdat sök 250212)
Artiklar som lästes i fulltext	29 (+4 uppdat sök 230222 + 25 uppdat sök 250212)
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ, 3 RCT (+0 uppdat sök 230222 +1 uppdat sök 250212)
Artiklar som inkluderades i underlaget	3 RCT

RCT = Randomiserad kontrollerad studie, SÖ = Systematisk översikt

Cochrane Library via Wiley 12 February 2025 (CENTRAL)

Search terms	Items found
Population: women with full-term pregnancies	
1. ("beyond term" OR "full term" OR fullterm OR "late term" OR "post date" OR postdate OR "post term" OR postterm OR prolonged OR "41 week" OR "41 weeks" OR "week 41" OR "42 week*" OR "42 weeks" OR "week 42") NEAR/4 (deliver* OR pregnan*)	2,194
Intervention: induction of labour	
2. (induction*):ti,ab,kw	64,214
3. (induced NEAR/4 (labor OR labour)):ti,ab,kw	2,574
4. (expect* NEAR/4 manage*):ti,ab,kw	1,564
5. 2 OR 3 OR 4	65,947
Combined sets	
6. 1 AND 5	755
7. 6 with Cochrane Library publication date from Jan 2019 to Feb 2025	381
Final result	
8.	Trials/362

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

:**au** = Author; **MeSH** = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **this term only** = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; **:ti** = Title; **:ab** = Abstract; **:kw** = Keyword; ***** = Truncation; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **CDSR** = Cochrane Database of Systematic Review; **Cochrane Protocols** = Protocols of systematic reviews registered in Cochrane Library; **CENTRAL** = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"; **?** = replaces one letter; **NEAR/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in either direction; **NEXT/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in the order specified

Embase via Elsevier 12 February 2025

Search terms	Items found
Population: women with full-term pregnancies	
1. 'prolonged pregnancy'/de	3,411
2. 'postmaturity'/de	648
3. ('gestation period'/de OR 'gestational age'/de) AND (41:ti,ab,kw OR 42:ti,ab,kw)	25,334
4. (('beyond term' OR 'full term' OR fullterm OR 'late term' OR 'post date' OR postdate OR 'post term' OR postterm OR prolonged OR '41 week*' OR 'week 41' OR '42 week*' OR 'week 42') NEAR/4 (deliver* OR pregnan*)):ti,ab,kw	15,149
5. 1 OR 2 OR 3 OR 4	41,193
Intervention: induction of labour	
6. 'labor induction'/exp	19,689
7. induction*:ti,ab,kw	785,188
8. (induced NEAR/4 (labor OR labour)):ti,ab,kw	4,096
9. (expect* NEAR/4 manage*):ti,ab,kw	12,634
10. 6 OR 7 OR 8 OR 9	807,134
Combined sets	
11. 5 AND 10	3,858
12. 11 AND (2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py OR 2025:py)	1,188
Final result	
13.	1,188

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

/de = Term from the Emtree controlled vocabulary; **/exp** = Includes terms found below this term in the Emtree hierarchy;
/mj = Major Topic; **:ab** = Abstract; **:au** = Author; **/sd** = Since date; **:kw** = Author keyword;
:ti = Article Title; **:ti,ab** = Title or abstract; ***** = Truncation; **' '** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **NEAR/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in either direction; **NEXT/n** = Requests terms that are within 'n' words of each other in the order specified; **\$** = replaces one or no letters; **?** = replaces one letter

Medline via OvidSP 12 February 2025

Search terms	Items found
Population: women with full-term pregnancies	
1. Pregnancy, Prolonged/	2,706
2. Gestational Age/	92,262
3. ("41" or "42").ti,ab,kf,bt.	873,499
4. 2 and 3	6,991
5. ((beyond term or full term or fullterm or late term or post date or postdate or post term or postterm or prolonged or "41 week*" or "week 41" or "42 week*" or "week 42") adj4 (deliver* or pregnan*)).ti,ab,kf,bt.	10,884
6. 1 or 4 or 5	18,329
Intervention: induction of labour	
7. exp Labor, Induced/	10,574
8. induction*.ti,ab,kf,bt.	585,868
9. (induced adj4 (labor or labour)).ti,ab,kf,bt.	3,558
10. (expect* adj4 manage*).ti,ab,kf,bt.	8,488
11. 7 or 8 or 9 or 10	599,227
Combined sets	
12. 6 and 11	1,934
13. limit 12 to yr="2019 - 2025"	397
Final result	
14.	397

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. = Abstract; **.ab,ti.** = Abstract or title; **.af.** = All fields; **.bt.** = Book title; **dt** = Create date;
exp = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.fs.** = Floating sub-heading, does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.kf.** = Author keyword; **.sh.** = Term from the Medline controlled vocabulary; **.ti.** = Title; **.xs.** = Floating sub-heading, includes terms found below this term in the MeSH hierarchy; **/** = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; ***** = Focus (if found in front of a MeSH-term); *** or \$** = Truncation (if found at the end of a free text term); **.mp.** = Text, heading word, subject area node, title; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **adjn** = Positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each other; **?** = replaces one or no letters; **#** = replaces one letter

Scopus via Elsevier (citation search) 12 February 2025

Search terms		Items found
Cited articles		
1.	DOI ("10.1016/j.ejogrb.2004.08.013" OR "10.1136/bmj.l344" OR "10.1136/bmj.l6131" OR "10.1111/aogs.14755")	4
Citing articles		
2.	#1 View cited by	199
3.	#2 AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2026	158

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

DOI = Digital Object Identified

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning eller risk för biasbedömning	Orsak till exklusion
Aziz 2020 [4]	Ej relevant C
Bannour 2021 [5]	Ej relevant publikationsform
Bengtsson 2023 [6]	Ej relevant population
Bowe 2021 [7]	Ej relevant studiedesign
Botcha 2023 [8]	Ej relevant population
Bruinsma 2022 [9]	Ej relevant studiedesign
Burns 2022 [10]	Ej relevant publikationsform
Butler 2024 [11]	Ej relevant population
Carlhäll 2024 [12]	Ej relevant C
Caughey 2009 [13]	Ej relevant publikationsform
De Bonrosto Torralba 2019 [14]	Ej relevant studiedesign
Drevin 2020 [15]	Ej relevant publikationsform
Elderhorst 2019 [16]	Ej relevant C
Ferrazzi 2021 [17]	Ej relevant C
Fineberg 2024 [18]	Ej relevant C
Gelisen 2024 [19]	Ej relevant publikationsform
Gharbia 2022 [20]	Ej relevant studiedesign
Glazer 2021 [21]	Ej relevant publikationsform
Greve 2011 [22]	Ej relevant studiedesign
Gunnarsdóttir 2024 [23]	Ej relevant population
Haavaldsen 2023 [24]	Ej relevant studiedesign
Hakizimana 2019 [25]	Ej relevant publikationsform
Hu 2024 [26]	Ej relevant population
Karmakar 2021 [27]	Ej relevant C
Kumari 2024 [28]	Ej relevant C
Källén 2025 [29]	Ej relevant population
Lewis 2022 [30]	Ej relevant setting
Lindquist 2020 [31]	Ej relevant publikationsform
Lindquist 2021 [32]	Ej relevant studiedesign
Mahase 2019 [33]	Ej relevant publikationsform
Matadeen 2024 [34]	Ej relevant publikationsform
Mehta 2024 [35]	Ej relevant population
Meyer 2022 [36]	Ej relevant studiedesign
Middleton 2018 [37]	Ej relevant studiedesign
Moore 2019 [38]	Ej relevant publikationsform
Murzakanova 2024 [39]	Ej relevant C
Naik 2023 [40]	Ej relevant C
Nasreen 2022 [41]	Ej relevant studiedesign
Place 2024 [42]	Ej relevant C
Place 2024 [43]	Ej relevant publikationsform
Pfleiderer 2024 [44]	Ej relevant population
Olafsdottir 2019 [45]	Ej relevant språk
Quibel 2020 [46]	Ej relevant publikationsform

Ramachandran 2020 [47]	Ej relevant publikationsform
Rashmi 2023 [48]	Ej relevant population
Ravelli 2023 [49]	Hög risk för bias (selektionsbias och ej kontroll på eventuella förväxlingsfaktorer)
Rydahl 2019 [50]	Ej relevant studiedesign
Saccone 2019 [51]	Ej relevant C
Schmauder 2024 [52]	Ej relevant publikationsform
Souter 2019 [53]	Ej relevant studiedesign
Tita 2019 [54]	Ej relevant publikationsform
Turkmen 2024 [55]	Ej relevant population
Windrim 2021 [56]	Ej relevant publikationsform
Åmark 2021 [57]	Ej relevant C

C= Kontroll

Referenser

1. Keulen JK, Bruinsma A, Kortekaas JC, Van Dillen J, Bossuyt PM, Oudijk MA, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): Multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ* (Online). 2019;364:1344. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.1344>.
2. Wennerholm UB, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWedish Post-term Induction Study, SWEPIIS): Multicentre, open label, randomised, superiority trial. *The BMJ*. 2019;367. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131>.
3. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Ozdas E, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;120(2):164-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.08.013>.
4. Aziz A, Iftikhar S, Fatima A, Nasir M, Ali U, Zia F. A study of fetal outcome in induced versus spontaneous labor in nulliparous women at 41 weeks of gestation: Experience from a tertiary care hospital. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2020;14(1):335-7.
5. Bannour I, Bannour R, Chahed S, Khairi H. Prolonged pregnancy, incidence and morbidity...14th European Public Health Conference (Virtual), Public health futures in a changing world, November 10-12, 2021. *European Journal of Public Health*. 2021;31:iii538-iii9.
6. Bengtsson F, Ekéus C, Hagelroth A, Ahlsson F. Neonatal outcomes of elective labor induction in low-risk term pregnancies. *Scientific reports*. 2023;13(1):15830. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-42413-6>.
7. Bowe S, Mitlid-Mork B, Georgieva A, Gran JM, Redman CWG, Staff AC, et al. The association between placenta-associated circulating biomarkers and composite adverse delivery outcome of a likely

placental cause in healthy post-date pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(10):1893-901. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14223>.

8. Botcha H, Agrawal S, Dora AK. The Fetomaternal Outcome in Pregnancy beyond 40 Weeks of Gestation at a Tertiary Center. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*. 2023;15(3):278-82. Available from: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2252>.
9. Bruinsma A, Keulen JK, Kortekaas JC, van Dillen J, Duijnhoven RG, Bossuyt PM, et al. Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;16:100165. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100165>.
10. Burns LP, Opipari AE, Kobernik E, Triebwasser JE, Moniz M, Langen ES, et al. Waiting for induction: maternal outcomes in elective inductions of labor at increasing gestational age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;226(1):S83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.153>.
11. Butler SE, Wallace EM, Bisits A, Selvaratnam RJ, Davey MA. Induction of labor and cesarean birth in lower-risk nulliparous women at term: A retrospective cohort study. *Birth*. 2024;51(3):521-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12806>.
12. Carlhäll S, Alsweiler J, Battin M, Wilson J, Sadler L, Thompson JMD, et al. Neonatal and maternal outcomes at early vs. full term following induction of labor; A secondary analysis of the OBLIGE randomized trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(5):955-64. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14775>.
13. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng YW, McDonald KM, et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):252-63. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00007>.
14. De Bonrosto Torralba C, Tejero Cabrejas EL, Envid Lázaro BM, Franco Royo MJ, Roca Arquillué M, Campillos Maza JM. Low-dose vaginal misoprostol vs vaginal dinoprostone insert for induction of labor beyond 41st week: a randomized trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2019;98(7):913-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13556>.
15. Drevin J, Hansson M. [SWEPIS has led to rash changes in routines within Swedish obstetric care]. *Lakartidningen*. 2020;117.
16. Elderhorst E, Ahmed RJ, Hutton EK, Darling EK. Birth Outcomes for Midwifery Clients Who Begin Postdates Induction of Labour Under Midwifery Care Compared With Those Who Are Transferred to Obstetrical Care. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(10):1444-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.11.024>.

17. Ferrazzi EM, Paganelli AM, Brembilla G, Urban G, Bonito M, Fossa D, et al. Healthy foetuses – Misoprostol insert induction (HF-MIND): A multicentre Italian study on the misoprostol vaginal insert for induction of labour. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2021;33(3):161-9. Available from: <https://doi.org/10.36129/jog.33.03.04>.
18. Fineberg AE, Harley K, Lahiff M, Main EK. The relative impact of labor induction versus improved labor management: Before and after the ARRIVE (a randomized trial of induction vs. expectant management) trial. *Birth*. 2024;51(4):719-27. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12845>.
19. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Haberal A. Erratum: Expression of concern: "Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores" [EJOG 120(2) (2005) 164–169, (S0301211504004865), (10.1016/j.ejogrb.2004.08.013)]. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2024;299:296. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.06.008>.
20. Gharbia N, Ben Amor A, Sayadi S, Halouani A, Bayar S, Triki A. 447 Management of pregnancy at 41 weeks: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2022;270:e117. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.11.372>.
21. Glazer K, Danilack V, Werner E, Field A, Savitz D. Term labor induction and cesarean delivery among obese women: Generalizability of evidence from low-risk populations. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2021;35(SUPPL 1):73-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppe.6-12779>.
22. Greve T, Lundbye-Christensen S, Nickelsen CN, Secher NJ. Maternal and perinatal complications by day of gestation after spontaneous labor at 40-42 weeks of gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011;90(8):852-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01175.x>.
23. Gunnarsdóttir J, Swift EM, Smáráson A, Einarsdóttir K. Optimal timing for induction of labor in normotensive women: A retrospective cohort study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1002/ijgo.16050>.
24. Haavaldsen C, Morken NH, Saugstad OD, Eskild A. Is the increasing prevalence of labor induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37-42 in Norway during 1999-2019. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(2):158-73. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14489>.
25. Hakizimana A, Ntsumbumuyange D, Rulisa S, Magriples U. 285: Evaluation of perinatal outcomes with labor induction versus spontaneous labor in Kigali, Rwanda. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(1):S202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.306>.

26. Hu Y, Homer CSE, Ellwood D, Slavin V, Vogel JP, Enticott J, et al. Likelihood of primary cesarean section following induction of labor in singleton cephalic pregnancies at term, compared with expectant management: An Australian population-based, historical cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(5):946-54. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14785>.
27. Karmakar S, Bid S, Maiti TK. Effects of induction of labor on maternal and perinatal outcome in postdated nulliparous pregnancy. *Journal of SAFOG*. 2021;13(2):106-10. Available from: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1870>.
28. Kumari J, Kumari S, Saurabh S. A Prospective and Observational Study of Induction of Labour Versus Expectant Management in Over date Pregnancies amongst Indian Women. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2024;16(9):785-9.
29. Källén K, Norman M, Elvander C, Bergh C, Sengpiel V, Hagberg H, et al. Maternal and perinatal outcomes after implementation of a more active management in late- and postterm pregnancies in Sweden: A population-based cohort study. *PLoS Medicine*. 2025;22(1). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004504>.
30. Lewis S, Zhao Z, Schorn M. Elective Induction of Labor or Expectant Management: Outcomes Among Nulliparous Women with Uncomplicated Pregnancies. *J Midwifery Womens Health*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13313>.
31. Lindquist A, Hastie R, Hiscock R, Walker S, Tong S. The obstetric and perinatal risks for pregnancies progressing beyond 42 weeks gestation. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2020;56(SUPPL 1):98. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpc.14832>.
32. Lindquist AC, Hastie RM, Hiscock RJ, Pritchard NL, Walker SP, Tong S. Risk of major labour-related complications for pregnancies progressing to 42 weeks or beyond. *BMC Medicine*. 2021;19(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01988-5>.
33. Mahase E. Inducing labour at 41 weeks may be safer than "wait and see" approach, study finds. *The BMJ*. 2019;367. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6617>.
34. Matadeen A, Biala A, Sookraj R. Maternal and perinatal outcomes associated with elective induction of labor at full term versus induction at late term pregnancies at Georgetown Public Hospital Corporation from January 2019 to January 2022. *West Indian Medical Journal*. 2024;71:46.
35. Mehta KA, Dobariya DB, Marakana S, Bhardwaj M, Jogia P. The Study of Maternal and Fetal Outcomes in Pregnancy beyond 40 Weeks Gestation. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2024;16(10):620-4.
36. Meyer C, Cohen E, Girault A, Goffinet F. Nulliparous women with an unfavourable cervix at 41 weeks: Which women go into spontaneous labor during the expectant period? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;269:35-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.12.018>.

37. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018(5). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>.
38. Moore RL, O'Connor C, Byrne F, O'Herlihy C, Walsh JM. 793: Obstetric and neonatal outcomes in prolonged pregnancies at or beyond 42 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(1):S518-S9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.816>.
39. Murzakanova G, Räisänen S, Jacobsen AF, Yli BM, Tingleff T, Laine K. Clinical examination for identifying low-risk pregnancies suitable for expectant management beyond 40–41 gestational weeks: maternal and fetal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07869-5>.
40. Naik BB, Sreelatha K, Sandya B. INCEDENCE OF CESAREAN SECTION WITH INDUCTION IN PASTDATES AMONG PRIMIGRAVIDA AT TERM. *Journal of Cardiovascular Disease Research*. 2023;14(7):1676-84. Available from: <https://doi.org/10.48047/jcdr.2023.14.07.187>.
41. Nasreen SKZ, Shahreen S. Comparing outcomes of labor induction at 40 versus 41 weeks of gestation. *Medical Journal of Malaysia*. 2022;77(8).
42. Place K, Rahkonen L, Tekay A, Väyrynen K, Orden MR, Vääräsmäki M, et al. Labor induction at 41+0 gestational weeks or expectant management for the nulliparous woman: The Finnish randomized controlled multicenter trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(3):505-11. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14755>.
43. Place K, Rahkonen L, Tekay A, Väyrynen K, Orden MR, Vääräsmäki M, et al. Labor Induction at 41+0 Gestational Weeks or Expectant Management for the Nulliparous Woman: The Finnish Randomized Controlled Multicenter Trial. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2024;79(9):502-3. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0001069164.90420.e3>.
44. Pfleiderer M, Gilman E, Grüttner B, Ratiu J, Mallmann P, Baek S, et al. Maternal and Perinatal Outcome After Induction of Labor Versus Expectant Management in Low-risk Pregnancies Beyond Term. *In Vivo*. 2024;38(1):299-307. Available from: <https://doi.org/10.21873/invivo.13439>.
45. Olafsdottir AH, Kristofersson DM, Karlsdottir SI. The effects of induced labor at 41 week of pregnancy on mode of delivery and outcome. *Laeknabladid*. 2019;105(3):115-23. Available from: <https://doi.org/10.17992/ibl.2019.03.221>.
46. Quibel T, Raynal P, Bouyer C, Rozenberg P. Evolution of the cesarean delivery rate from 37 weeks of gestation among nulliparas or how to evaluate the external validity of a randomized North American trial about induction of labor. *Gynecologie Obstetrique Fertilité et*

- Senologie. 2020;48(4):346-50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.01.026>.
47. Ramachandran A, Mahajan T, Ooi S, Balendran J, Htun S, Mackie A. Risk of late stillbirth for women of South Asian ethnicity: Is induction of labour at 40 weeks the way forward? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2020;56(SUPPL 1):139-40. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpc.14868>.
 48. Rashmi, Pandey SK, Mishra PK. To compare the obstetric outcomes of spontaneous labour vs induced labour in pregnancies beyond 40 weeks of gestation. *International Journal of Life Sciences Biotechnology and Pharma Research*. 2023;12(3):1354-8.
 49. Ravelli ACJ, van der Post JAM, de Groot CJM, Abu-Hanna A, Eskes M. Does induction of labor at 41 weeks (early, mid or late) improve birth outcomes in low-risk pregnancy? A nationwide propensity score-matched study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2023;102(5):612-25. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14536>.
 50. Rydahl E, Eriksen L, Juhl M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: A systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2019;17(2):170-208. Available from: <https://doi.org/10.1112/JBISRIR-2017-003587>.
 51. Saccone G, Della Corte L, Maruotti GM, Quist-Nelson J, Raffone A, De Vivo V, et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019;98(8):958-66. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13561>.
 52. Schmauder S, Sandström A, Boman M, Martin C, Stephansson O. Predicting caesarean delivery in nulliparous women with a prolonged, low-risk pregnancy - machine- learning approaches using Swedish population- based Health Registers. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2024;84(10):e223. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1790974>.
 53. Souter V, Painter I, Sitcov K, Caughey AB. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(3):273.e1-.e11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.223>.
 54. Tita AT. 128: Maternal and perinatal outcomes by gestational age with expectant management of full-term low -risk nulliparas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;220(1):S100-S1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.149>.
 55. Turkmen S, Binfare L. Foeto-Maternal outcomes of pregnancies beyond 41 weeks of gestation after induced or spontaneous labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2024;24:100339. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2024.100339>.
 56. Windrim C, Higgins S. Postterm induction: Is 42 weeks worth the wait? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

2021;128(SUPPL 2):143-4. Available from:
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12-16715>.

57. Åmark H, Pilo C, Hulthén Varli I. Stillbirth in term and late term gestations in Stockholm during a 20-year period, incidence and causes. PLoS One. 2021;16(5):e0251965. Available from:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251965>.

Id 10: Hemförlossning

Rekommendation till förlossningsvården

För patientgruppen: Gravida omföderskor med okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning, som nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma.

Rekommendation: Överväg planerad barnmorskeassisterad hemförlossning.

Prioritet: 8.

Motivering till rekommendation: Hälсотillståndet har en liten svårighetsgrad. Det finns ingen visad skillnad i risk för död, låg APGAR-poäng eller neonatalvård, jämfört med sjukhusförlossning. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för stor blödning efter förlossningen (postpartumblödning), men risken för allvarliga förlossningsbristningar kan vara mindre. I övrigt finns ingen visad skillnad i risker för den födande eller barnet, jämfört med sjukhusförlossning.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen
Gravida friska omföderskor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbjudning, efter v 37+0 (i fullgången graviditet), som önskar föda hemma.

Planerad barnmorskeassisterad hemförlossning. Det vill säga en hemförlossning med två barnmorskor där vården bedrivs i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården och utifrån gemensamt framtagna kriterier* för hemförlossning.

* Kriterierna bör inkludera: Urval (vem kan föda hemma), rutiner för samarbete med förlossningsklinik, tid/avstånd till förlossningsklinik och handläggning efter födseln

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en låg svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Barnmorskeassisterad hemförlossning för omföderskor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbjudning jämfört med planerad vaginal sjukhusförlossning medför:

Foster/barn

- perinatal eller neonatal dödlighet: ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)

- APGAR<7 vid fem minuter: ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)
- APGAR<4 vid fem minuter: ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)
- Neonatalvård: ingen skillnad i risk (låg tillförlitlighet)

Modern

- perinealbristningar grad 3–4: minskad risk (låg tillförlitlighet)

Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att bedöma risken för postpartum blödning (mycket låg tillförlitlighet)

Kommentar

Populationen som väljer att föda hemma är sannolikt friskare än de som föder på sjukhus, och mer motiverade att genomföra en vaginal förlossning utan farmakologisk smärtlindring och medicinska ingrepp. Det är därför inte förvånande att kvinnor som föder hemma genomgår färre interventioner, trots möjligheten att transporteras till sjukhus.

Flera av utfallen som ingår i de granskade studierna är ovanliga. Exempelvis var den neonatala dödligheten för levnadsdygn 0–27 i Sverige under år 2020 17 per 10 000 födselar (196 barn totalt), alltså 0,17 procent (Socialstyrelsens medicinska födelseregister). För att påvisa statistiskt säkerställda skillnader gällande ovanliga utfall krävs studier med fler individer än de som sammanlagt ingår i slutsatserna enligt ovan. Exempelvis så skulle en adekvat utformad kontrollerad klinisk studie kräva cirka 37 000 individer för att påvisa en riskminskning från 0,17 till 0,07 procent (t.ex. från 196 till 80 neonatala döda per 115 000 födselar), och utan risk att små verkliga skillnader inte upptäcks¹¹.

Den systematiska översikten av Reitsma et al., 2020 studerade även utfallet mortalitet hos modern, men identifierade endast en studie med få deltagare. För att utvärdera detta utfall behövs tillräckligt stora studier vilket i nuläget saknas.

Antalet omfödelskor med planerad hemförlossning som transporterades till sjukhus studerades inte i någon av de inkluderade översikterna. Tid eller avstånd till sjukhus undersöktes inte heller i översikterna.

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Se de evidensgraderade utfallen.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två systematiska översikter (1, 2). Dessa två översikter har använt samma litteratursökningsstrategi och är uppdelad på utfall som gäller foster/barn respektive moder. Vid en uppdatering av litteratursökningen i dessa översikter och en granskning av de studier som

¹¹ Räkneexempel med $\alpha=0,05$ och $\text{power}=80\%$

fångades upp i litteratursökningen identifierades ingen ytterligare relevant studie.

De två översikterna har delat upp sina resultat dels beroende på hur pass väl integrerad hemförlossningen var med sjukvården och dels på huruvida populationen uppfyllde specifika kriterier för hemförlossning så att endast de med okomplicerad graviditet inkluderas i studien.

I detta underlag inkluderas de studier och analyser där hemförlossningen är välintegrerad med sjukvården och kvinnorna uppfyller kriterier (enligt det land där studien genomförts) för hemförlossning.

Resultaten för foster/barn i detta underlag bygger på 1-3 observationsstudier (beroende på utfall) som analyserats i översikten av Hutton et al., 2019 (1). Två studier var utförda i Nederländerna och en var utförd i England.

Resultaten för modern i detta underlag bygger på 1-4 observationsstudier (beroende på utfall) som analyserats i översikten av Reitsma et al., 2020 (2). Tre studier var utförda i Nederländerna och en i England.

Hälsoekonomisk bedömning

De hälsoekonomiska studier som identifierats visar att kostnaden för planerad barnmorskeassisterad hemförlossning för gravida omfödorskor är likvärdig eller lägre jämfört med en planerad sjukhusförlossning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i risk mellan grupperna (riskskillnad, RD) [95% KI]	Relativ effekt (riskkvot, RR) [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (sjukhusförlossning)	Interventionsgrupp (hemförlossning)					
Perinatal och neonatal dödlighet	85/157 314 (0.05 %)	163/280 249 (0.06 %)	0.00 [-0.0001, 0.0002]	RR 1.04 [0.80, 1.35]	437 563 (3), [1]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-2 risk för bias. Observationsstudier, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning.
APGAR <7 vid fem minuter	753/156 227 (0.48 %)	929/278 677 (0.33%)	-0.0013 [-0.0017, -0.0009]	RR 0.77 [0.60, 0.99]	434 904 (2), [1]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-2 risk för bias. Observationsstudier, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de

							som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning. Finns risk för att data har samlats in under olika omständigheter.
APGAR <4 vid fem minuter	100/139 656 (0.07 %)	167/267 371 0.06 %)	-0.0001 [- 0.0003, 0.0001]	0.87 [0.68, 1.12]	407 027 (1), [1]	⊕⊕○○ (Riskskillnad	-2 risk för bias. Observationsstudier, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning. Finns risk för att data har samlats in under olika omständigheter.

Neonatalvård	552/156 775 (0.35 %)	520/279 756 (0.19 %)	-0.00 [-0.00, 0.00]	RR 0.73 [0.65, 0.83]	437 563 (3), [1]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-2 risk för bias. Observationsstudie r, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning.
Perinealbristning ar grad 3-4	295/18 105 (1.63 %)	151/13 947 (1.08 %)	-0.01 [-0.01, -0.00]	0.65 [0.53, 0.79]	32 052 (3), [2]	⊕⊕○○ (Riskskillnad)	-2 risk för bias. Observationsstudie r, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning. Finns risk för att data har samlats in under olika omständigheter.

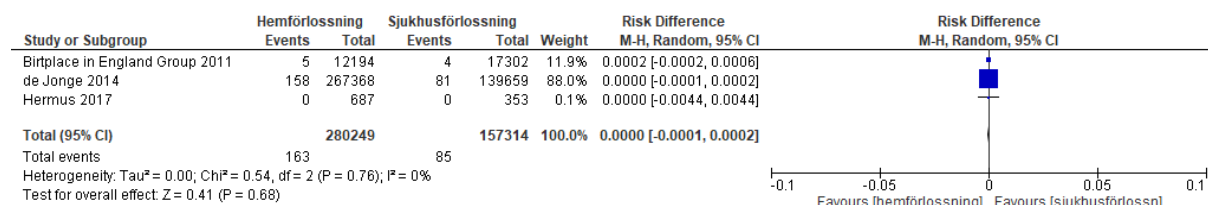
Maternell blödning	1186/45 045 (2.63 %)	1139/66 461 (1.71 %)	-0.01 [-0.03, 0.01]	0.53 [0.48, 0.59]	111 506 (4), [2]	⊕○○○ (Riskskillnad)	- 2 risk för bias. Observationsstudie r, brist på randomisering och registerstudier ger en selektion av de som vill föda hemma och en grupp som inte vill/eller kan välja hemförlossning. Finns risk för att data har sam-lats in under olika omständigheter. -1 överförbarhet. Oklart om studiernas diagnos av postpartumblödnin g stämmer överens med den definition som används i Sverige.
-------------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------	--

Översikt av inkluderade studier

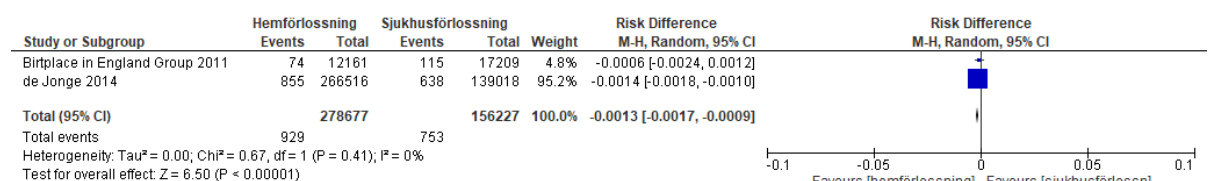
Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Övrigt
Hutton et al., 2019. Kanada. (1) Systematisk översikt som inkluderar studier med interventionsgrupp och kontrollgrupp. Låg risk för bias	Omfödelskor med okomplicerade enbördsgraviditeter Litteratursökning som begränsades mellan 1 januari 1990 och 11 april 2018.	I: Barnmorskeassisterad hemförlossning, välintegrerad med sjukhusvård K: Sjukhusförlossning	
Reitsma et al., 2020. Kanada. (2) Systematisk översikt som inkluderar studier med interventionsgrupp och kontrollgrupp. Låg risk för bias	Omfödelskor med okomplicerade enbördsgraviditeter Litteratursökning som begränsades mellan 1 januari 1990 och 11 april 2018.	I: Barnmorskeassisterad hemförlossning, välintegrerad med sjukhusvård K: Sjukhusförlossning	

Metaanalyser

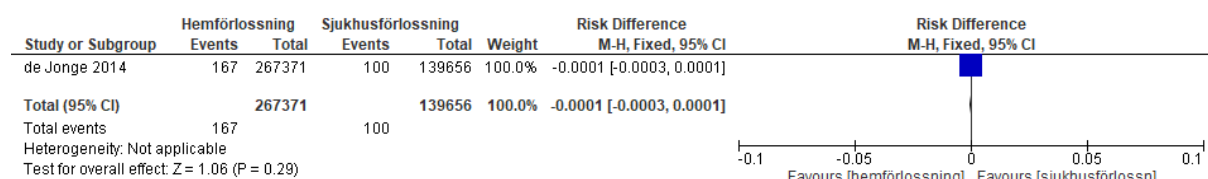
Perinatal och neonatal dödlighet



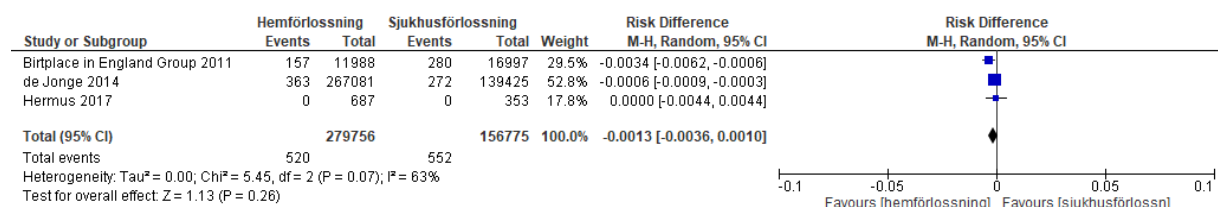
APGAR <7 vid fem minuter



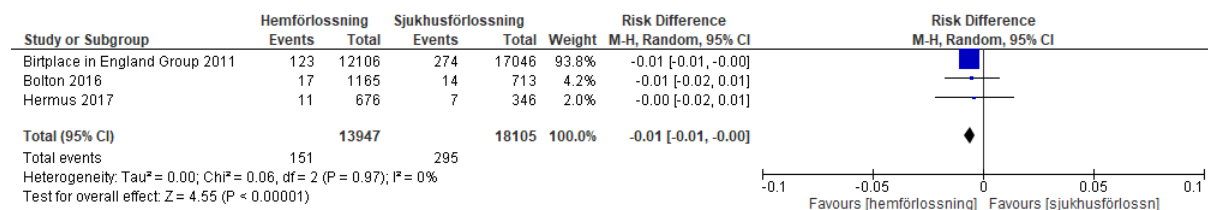
APGAR <4 vid fem minuter



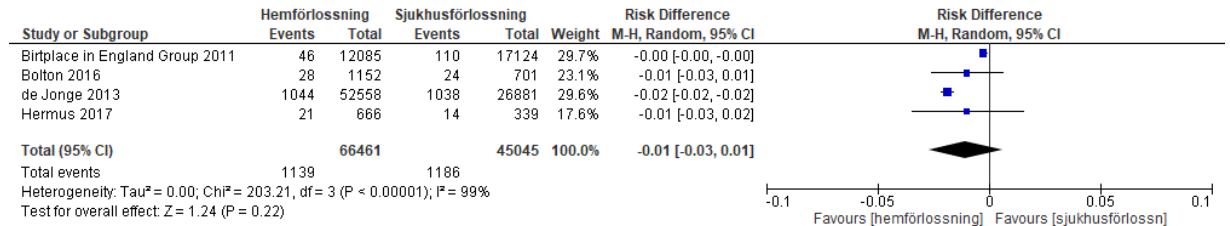
Neonatalvård (NICU admission)



Perinealbristningar grad 3–4



Postpartum blödning



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har planerad barnmorskeassisterad hemförlossning för gravida omföderskor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbudning avseende mortalitet och morbiditet för foster/barn och mamma, jämfört med planerad vaginal sjukhusförlossning?

- **Population:** Gravida omföderskor med okomplicerad singelgraviditet i huvudbudning, efter v 37
- **Intervention:** Planerad barnmorskeassisterad hemförlossning
- **Kontrollgrupp:** Planerad vaginal sjukhusförlossning
- **Utfallsmått:**

Foster/barn:

- Mortalitet
- Morbiditet:
 - Allvarlig morbiditet (t.ex. hjärnskada, kroppsskada eller svår infektion)
 - Neonatalvård
 - APGAR vid fem minuter mindre än 7, mindre än 4
 - Intrauterin fosterdöd/neonatal dödlighet

Mamma:

- Mortalitet
- Morbiditet/komplikationer (t.ex. blödningar, perinealbristningar)
- Viktiga utfall att kommentera om de anges i studierna:
 - Andel som transporteras till sjukhus under eller efter förlossning pga komplikationer
 - Tid/avstånd till sjukhus
 - Medicinsk bedömning av låg risk (har det gjorts en medicinsk bedömning?)

Studietyper: RCT eller kontrollerad studie utan randomisering

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	185 SÖ och 1246 studier (+ 453 vid uppdaterad

	sökning 230221) + 297 studier*
Artiklar som lästes i fulltext	43 (+0 vid uppdaterad sökning)
Artiklar som kvalitetsgranskades	2 SÖ
Artiklar som inkluderades i underlaget	2SÖ

*Senaste sökningen 2024-02-28

CINAHL via EBSCO 28 February 2024

Title: Home birth

Search terms	Items found
Intervention: planned home childbirth	
MH "Home Childbirth"	3679
((TI "Home childbirth*" OR AB "Home childbirth*" OR SU "Home childbirth*") OR (TI "birth at home" OR AB "birth at home" OR SU "birth at home") OR (TI "planned home deliver*" OR AB "planned home deliver*" OR SU "planned home deliver*") OR (TI "planned place* of birth" OR AB "planned place* of birth" OR SU "planned place* of birth") OR (TI "home birth*" OR AB "home birth*" OR SU "home birth*") OR (TI "homebirth*" OR AB "homebirth*" OR SU "homebirth*") OR (TI "in hospital birth center*" OR AB "in hospital birth center*" OR SU "in hospital birth center*") OR (TI "alternative birth center*" OR AB "alternative birth center*" OR SU "alternative birth center*") OR (TI "midwifery unit*" OR AB "midwifery unit*" OR SU "midwifery unit*") OR (TI "natural childbirth*" OR AB "natural childbirth*" OR SU "natural childbirth*") OR (TI "out-of-hospital birth*" OR AB "out-of-hospital birth*" OR SU "out-of-hospital birth*") OR (TI "out-of-hospital deliver*" OR AB "out-of-hospital deliver*" OR SU "out-of-hospital deliver*") OR (TI "birth setting*" OR AB "birth setting*" OR SU "birth setting*"))	6988
1 OR 2	6988
Study types: systematic reviews and meta-analysis	
((((MH "Systematic Review" OR ZT "systematic review" OR MH "Meta Analysis" OR ZT "meta analysis" OR (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews")) OR (TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)) or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) OR TI ("Systematic overview*" or "systemic review*" or "scoping review" or "scoping literature review" or "mapping review" or "Umbrella review*" or ("review of reviews" or "overview of reviews") or meta-review or ("integrative overview" or meta-synthesis or metasyntesis or "quantitative review" or "quantitative synthesis" or meta-ethnography or "research synthesis") or "Systematic literature search" or "Systematic literature research" or "evidence-based review" or "evidence synthesis") OR TI ("research overview*" OR "collaborative review*" OR "collaborative overview*" OR "technology assessment*" OR "technology overview*" OR "technology appraisal*" OR HTA OR HTAs OR "methodological overview*" OR "methodologic overview*" OR "methodological review*" OR "methodologic review*" OR "quantitative overview*") OR AB ("research overview*" OR "collaborative review*" OR "collaborative overview*" OR "technology assessment*" OR "technology overview*" OR "technology appraisal*" OR HTA OR HTAs OR "methodological overview*" OR "methodologic overview*" OR "methodological review*" OR "methodologic review*" OR "quantitative overview*")) NOT (MH "Case Studies" OR ZT "Commentary" OR ZT "Editorial" OR ZT "Letter"))	304484
Final result	
3 AND 4	155
3 AND	1009
Limiters - Publication Date: 20180101-20241231; Peer Reviewed; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

AB = Abstract; **AU** = Author; **DE** = Term from the thesaurus; **MH** = Exact Subject Heading from CINAHL Subject Headings; **MM** = Major Concept; **TI** = Title; **TX** = All Text. Performs a keyword search of all the database's searchable fields; **ZC** = Methodology Index; ***** = Truncation; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **N** = Near Operator (N) finds the words if they are a maximum of x words apart from one another, regardless of the order in which they appear.; **W** = Within Operator (W) finds the words if they are within x words of one another, in the order in which you entered them

Medline via OvidSP 28 February 2024

Title: Home Childbirth

Search terms	Items found
Intervention: planned home childbirth	
1. Home childbirth/	3005
("Home childbirth*" OR "birth at home" OR "planned home delivery" OR "planned place* of birth" OR "home birth*" OR homebirth* OR "in hospital birth center*" OR "alternative birth center*" OR "midwifery unit*" OR "natural childbirth*" OR "out-of-hospital birth*" OR "out-of-hospital deliver*" OR "birth setting*").ti,ab,kf	3052
(home ADJ2 birth*).ti	701
("home delivery" AND (birth* OR child*)).ti,ab,kf	597
1-4 (or)	5199
Limits: study type, language	
(Letter OR Case Reports OR Historical Article OR Comment OR Biography OR News OR Portrait OR Interview).pt	4509412
Study types: systematic reviews and meta-analysis	
Systematic Review.pt. OR Meta-Analysis.pt. OR Cochrane Database Syst Rev.ja. OR ((systematic adj3 review) OR "meta analys*" OR metaanalysis*).ti,ab.	485829
Combined sets/Limits:	
5 AND 7 limit to (danish or english or norwegian or swedish)	133
5 NOT 6 limit to (yr="2018 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	1198
Final result	
8.	133
9.	1198

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. = Abstract; **.ab.ti.** = Abstract or title; **.af.** = All fields; **Exp** = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.sh.** = Term from the Medline controlled vocabulary; **.ti.** = Title; **/** = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; ***** = Focus (if found in front of a MeSH-term); *** or \$** = Truncation (if found at the end of a free text term); **.mp** = Text, heading word, subject area node, title; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **ADJn** = Positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each other.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Appiah et al., 2021 (3)	Ej relevant SÖ
Ashley et al., 2021 (4)	Ej relevant SÖ
Blix et al, et al., 2014 (5)	Ej relevant SÖ
Blix et al., 2008 (6)	Mer relevant SÖ identifierades
Blums et al., 2022 (7)	Ej relevant SÖ

Brunton et al., 2021 (8)	Ej relevant SÖ
Carlsson et al., 2020 (9)	Ej relevant SÖ
Comeau et al., 2018 (10)	Ej relevant SÖ
Coxon et al., 2017 (11)	Ej relevant SÖ
Elder et al., 2016 (12)	Mer relevant SÖ identifierades
Fox et al., 2014 (13)	Ej relevant SÖ
Fullerton et al., 2007 (14)	Mer relevant SÖ identifierades
Henderson et al., 2008 (15)	Ej relevant SÖ
Henshall et al., 2017 (16)	Ej relevant SÖ
Hodgkin et al. 2019 (17)	Ej relevant SÖ
Hodnett et al., 2005 (18)	Ej relevant SÖ
Hollowell et al., 2016 (19)	Mer relevant SÖ identifierades
Holten et al., 2016 (20)	Ej relevant SÖ
Olsen et al., 1997 (21)	Mer relevant SÖ identifierades
Olsen et al., 2012 (22)	Mer relevant SÖ identifierades
Olsen et al., 2002 (23)	Mer relevant SÖ identifierades
Rossi et al., 2018 (24)	Mer relevant SÖ identifierades
Scarf et la., 2016 (25)	Ej relevant SÖ
Scarf et al., 2018 (26)	Mer relevant SÖ identifierades
Silveira et al., 2013 (27)	Ej relevant SÖ
Wax et al., 2010 (28)	Mer relevant SÖ identifierades
Whittington et al., 2020 (29)	Ej SÖ
Zielinski et al., 2015 (30)	Ej SÖ
Way et al., 2022 (31)	Ej relevant P
Ovaskainen et al., 2021(32)	Ej relevant P
Bessa et al., 2019 (33)	Ej relevant P
deJesús-García et al., 2018 (34)	Ej relevant P
Davies-Tuck et al., 2018 (35)	Ej relevant P
MacDorman 2020 (36)	Ej relevant O
Regan et al., 2021 (37)	Ej relevant studiedesign
Ahl et al., 2018 (38)	Ej relevant P
Grünebaum et al., 2019 (39)	Ej relevant publikationsform
Bayrampour et al., 2021 (40)	Ej relevant P
Galera-Barbero et al., 2021 (41)	Ej relevant P
Grünebaum et al., 2020 (42)	Ej relevant P
Homer et al., 2019 (43)	Ej relevant P

Referenser

1. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2019;14:59-70.
2. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319.
3. Appiah F, Owusu BA, Ackah JA, Ayerakwah PA, Bediako VB, Ameyaw EK. Individual and community-level factors associated with home birth: a mixed effects regression analysis of 2017-2018 Benin demographic and health survey. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2021;21(1):1-11.
4. Ashley S, Weaver J. Factors influencing multiparous women who choose a home birth --a literature review. *Br J Midwifery*. 2012;20(9):646-52.
5. Blix E, Kumle M, Kjaergaard H, Oian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(100967799):179.
6. Blix E, Oian P, Kumle M. [Outcomes after planned home births]. *Utfall etter planlagte hjemmefødsler*. 2008;128(21):2436-9.
7. Blums T, Donnellan-Fernandez R, Sweet L. Inclusion and exclusion criteria for publicly-funded homebirth in Australia: A scoping review. *Women & Birth*. 2022;35(1):23-30.
8. Brunton G, Wahab S, Sheikh H, Davis BM. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. *Systematic reviews*. 2021;10(1):291.
9. Carlsson I-M, Larsson I, Jormfeldt H. Place and space in relation to childbirth: a critical interpretive synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*. 2020;15:1-12.
10. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth (Berkeley, Calif)*. 2018;45(3):311-21.
11. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1):103.
12. Elder HR, Alio AP, Fisher SG. Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016;13(3):297-308.
13. Fox D, Sheehan A, Homer C. Experiences of Women Planning a Home Birth Who Require Intrapartum Transfer to Hospital: A Metasynthesis of the Qualitative Literature. *International Journal of Childbirth*. 2014;4(2):103-19.

14. Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(4):323-33.
15. Henderson J, Petrou S. Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008;35(2):136-46.
16. Henshall C, Taylor B, Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(100967799):53.
17. Hodgkin K, Joshy G, Browne J, Bartini I, Hull TH, Lokuge K. Outcomes by birth setting and caregiver for low risk women in Indonesia: a systematic literature review. *Reproductive health*. 2019;16(1):67.
18. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005(1):CD000012.
19. Hollowell J, Li Y, Malouf R, Buchanan J. Women's birth place preferences in the United Kingdom: a systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):213.
20. Holten L, de Miranda E. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*. 2016;38:55-62.
21. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth (Berkeley, Calif)*. 1997;24(1):4-6.
22. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(9):CD000352.
23. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000(2):CD000352.
24. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2018;222:102-8.
25. Scarf V, Catling C, Viney R, Homer C. Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review. *PloS one*. 2016;11(2):e0149463.
26. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. 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;62(8510930):240-55.
27. Silveira Feyer IS, Monticelli M, Volkmer C, Angeloni Burigo R. BRAZILIAN SCIENTIFIC PUBLICATIONS OF OBSTETRICAL NURSES ON HOME DELIVERY: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(1):247-56.
28. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;203(3):243.e1-8.

29. Whittington JR, Rumpel JA, Shnaekel KL, Peeples SE, Magann EF, Burke BL. Alternative Birth Plans and Unintended Maternal and Neonatal Consequences: A Review of the Literature. *Obstetrical & gynecological survey*. 2020;75(12):766-78.
30. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International journal of women's health*. 2015;7(101531698):361-77.
31. Way EA, Carwile JL, Ziller EC, Ahrens KA. Out-of-hospital births and infant mortality in the United States: Effect measure modification by rural maternal residence. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2022.
32. Ovaskainen K, Ojala R, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Is birth out-of-hospital associated with mortality and morbidity by seven years of age? *PloS one*. 2021;16(4):e0250163.
33. Bessa JdF, Bonatto N. Apgar Scoring System in Brazil's Live Births Records: Differences between Home and Hospital Births. *Escala de Apgar nos registros de nascidos vivos do Brasil: discordancia entre parto normal hospitalar e parto domiciliar*. 2019;41(2):76-83.
34. de Jesús-García A, Paredes-Solís S, Valtierra-Gil G, los Santos FRS-d, Sánchez-Gervacio BM, Ledogar RJ, et al. Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: a cross-sectional cluster survey. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2018;18(1):N.PAG-N.PAG.
35. Davies-Tuck ML, Wallace EM, Davey M-A, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2018;18(1):N.PAG-N.PAG.
36. MacDorman M, Cheyney M, Caughey AB. Report on birth settings in the US: maternal and neonatal outcomes. *Journal of Pediatrics*. 2020;224:179-83.
37. Regan M. HOMEBIRTH META-ANALYSES ACROSS TWO REVIEWS;; HUTTON ET AL., 2019 AND REITSMA ET AL., 2020. *Practising Midwife*. 2021;24(3):26-9.
38. Ahl M, Lundgren I. Working with home birth – Swedish midwives' experiences. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2018;18:24-9.
39. Grünebaum A, McCullough LB, Arabin B, Chervenak FA. Critical appraisal of the proposed defenses for planned home birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2019;221(1):30-4.
40. Bayrampour H, Lisonkova S, Tamana S, Wines J, Vedam S, Janssen P. Perinatal outcomes of planned home birth after cesarean and planned hospital vaginal birth after cesarean at term gestation in British Columbia, Canada: A retrospective population-based cohort study. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2021;48(3):301-8.
41. Galera-Barbero TM, Aguilera-Manrique G. Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(7).
42. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus

home) rather than the type of birth attendant. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2020;223(2):254.e1-.e8.

43. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: a linked population data study. BMJ open. 2019;9(10):e029192.

Eftervård

Id 11: Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården

Rekommendation till mödrahälsovården

För patientgruppen: Patienter med besvär efter förlossningen.

Rekommendation: Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården.

Prioritet: 1.

Motivering: Hälсотillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad, och insatsen är mycket efterfrågad. Den kan öka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tidigt identifiera hälsoproblem och att ge vård på rätt nivå samt bidra till ökad trygghet hos den nyförlösta, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Efter förlossning kan det förekomma hälsoproblem som kräver behandling. Det kan exempelvis vara ihållande problem efter förlossningsbristning, urininkontinens, smärta från kejsarsnitt, amningsproblem, ryggont och hemorrojder eller psykiska besvär som ångest och depression. Fysiska och psykiska hälsoproblem som inte fångats upp av kontroller och uppföljningar de första veckorna efter förlossningen kan förutom besvären i sig även bidra till otrygghet och akuta vårdkontakter.

Bedömning av vårdbehov hos mödrahälsovården (upp till 16 veckor efter förlossning) innebär att personer med besvär efter förlossning lätt ska komma i kontakt med mödrahälsovården. Första kontakt sker med barnmorska, vilken vid behov remitterar till annan expertis inom mödrahälsovård eller annan vårdinstans.

Åtgärden inbegriper fysisk tillgänglighet som exempelvis generös telefon- och mottagningstillgänglighet, samt organisatorisk tillgänglighet som innefattar exempelvis bemanning och kompetens.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Bedömning av vårdbehov hos mödrahälsovården ökar förutsättningarna för att

- tidigt identifiera hälsoproblem
- erhålla insats på rätt vårdnivå

- minska antal akutbesök
- bidra till ökad trygghet

för personer med besvär efter förlossning, jämfört med ingen sådan tillgänglighet (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Hög tillgänglighet till bedömning av vårdbehov hos mödrahälsovården ökar förutsättningarna för att

- *tidigt identifiera hälsoproblem*
- *erhålla insats på rätt vårdnivå*
- *minska antal akutbesök*
- *bidra till ökad trygghet*

för personer med besvär efter förlossning, jämfört med ingen sådan tillgänglighet.

Konsensus uppnåddes eftersom 98 procent av 110 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av åtgärdens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har bedömning av vårdbehov på behandling och insats på rätt vårdnivå för person som fött barn med uppkomna besvär, jämfört med ingen organiserad tillgänglighet till bedömning av vårdbehov?

- **Population:** Person med besvär efter förlossning
- **Intervention:** Tillgänglighet utifrån behov för bedömning och handläggning hos mödrahälsovården

- **Kontrollgrupp:** Ingen organiserad/riktad tillgänglighet till bedömning av vårdbehov
- **Utfallsmått:** insats på rätt vårdnivå, antal akutbesök, trygghet/nöjdhet
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar			Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå			541
Artiklar som lästes i fulltext			0
Artiklar som kvalitetsgranskades			0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget			0 SÖ, 0 RCT
Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2023-02-17			
Ämne: Tillgänglighet efter förlossning utifrån behov för bedömning och handläggning hos mödrahälsovården			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
15.	MH/FT	(MH "Postnatal Period") OR (MH "Postpartum (Omaha)") OR (MH "Maternal-Child Health") OR TI ("after delivery" OR "post-delivery" OR "after birth" OR postdelivery OR maternal OR postpartum OR post-partum OR postnatal OR post-natal) OR AB ("after delivery" OR "post-delivery" OR "after birth" OR postdelivery OR maternal OR postpartum OR post-partum OR postnatal OR post-natal)	140612
16.	MH/FT	(MH "Postnatal Care") OR (MH "Postpartum Care (Saba CCC)") OR (MH "Maternal Health Services") OR (MH "Primary Health Care") OR TI ("maternity care" OR "maternal care" OR "maternal healthcare" OR "maternal health care" OR "maternal health service*" OR "postnatal care" OR "post-natal care" OR "postnatal healthcare" OR "post-natal healthcare" OR "postpartum care" OR "postpartum healthcare" OR "post-partum care" OR "post-partum healthcare" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "primary health care") OR AB ("maternity care" OR "maternal care" OR "maternal healthcare" OR "maternal health care" OR "maternal health service*" OR "postnatal care" OR "post-natal care" OR "postnatal healthcare" OR "post-natal healthcare" OR "postpartum care" OR "postpartum healthcare" OR "post-partum care" OR "post-partum healthcare" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "primary health care")	146840
17.	MH/FT	MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Office Visits") OR (MH "Home Visits") OR (MH "Continuity of Patient Care") OR TI (continuity OR visit OR visits OR visiting OR appointment* OR access* OR attend* OR "house call*" OR follow-up OR follow-ups OR contact* OR availability OR available OR	1111585

		barrier* OR facilitator*) OR AB (continuity OR visit OR visits OR visiting OR appointment* OR access* OR attend* OR "house call*" OR follow-up OR follow-ups OR contact* OR availability OR available OR barrier* OR facilitator*)	
18.	FT	1 AND 2 AND 3 NOT (Africa OR Ethiopia OR Asia* OR Middle-East OR "developing countries" OR India) Filter: English; Academic Journals	5129
19.	FT	4 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	189
20.	FT	4 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	746
21.	FT	TI (experience* OR satisfaction OR perception OR self-reliance OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "sense of coherence" OR "sense of confidence" OR satisfied OR empowerment OR complication* OR "disease prevention") OR AB (experience* OR satisfaction OR perception OR self-reliance OR self-efficacy OR well-being OR wellbeing OR "sense of security" OR "sense of coherence" OR "sense of confidence" OR satisfied OR empowerment OR complication* OR "disease prevention")	982719
22.		6 AND 7	286

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-02-16

**Ämne: Tillgänglighet efter förlossning utifrån behov för bedömning och
handläggning hos mödrahälsovården**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Postpartum Period[Mesh:NoExp] OR "Maternal Health"[Mesh] OR postnatal[ti] OR ((after delivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR after birth[tiab] OR postdelivery[tiab] OR maternal[tiab] OR postpartum[tiab] OR post-partum[tiab] OR postnatal[tiab] OR post-natal[tiab]) NOT Medline[sb])	103712
2.	Mesh/FT	Postnatal Care[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh:NoExp] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR ((maternity care[tiab] OR maternal care[tiab] OR maternal healthcare[tiab] OR maternal health care[tiab] OR maternal health service*[tiab] OR postnatal care[tiab] OR post-natal care[tiab] OR postnatal healthcare[tiab] OR post-natal healthcare[tiab] OR postpartum care[tiab] OR postpartum healthcare[tiab] OR post-partum care[tiab] OR post-partum healthcare[tiab] OR primary care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR primary health care[tiab]) NOT Medline[sb])	231068
3.	Mesh/FT	"Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Office Visits"[Mesh] OR House Calls[Mesh] OR Continuity of Care[Mesh] OR continuity[tiab] OR visit[tiab] OR visits[tiab] OR visiting[tiab] OR appointment*[tiab] OR access*[tiab] OR attend*[tiab] OR house call*[tiab] OR follow-up[tiab] OR follow-ups[tiab] OR contact*[ti] OR availability[tiab] OR available[tiab] OR barrier*[ti] OR facilitator*[ti]	3639204
4.	Mesh/FT	1 AND 2 AND 3 NOT ("Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR developing countries[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa*[tiab] OR India*[tiab] OR Bangladesh[tiab] OR Nigeria[tiab] OR Ethiopia[tiab])	1544
5.	Mesh/FT	4 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	94
6.	Mesh/FT	4 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled	177

		trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb]))	
7.	Mesh/FT	Patient Satisfaction[Mesh] OR Self Efficacy[Mesh] OR Perception[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Self Concept"[Mesh] OR Empowerment[Mesh] OR experience*[tiab] OR satisfaction[tiab] OR perception[tiab] OR self-reliance[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR well-being[tiab] OR wellbeing[tiab] OR sense of security[tiab] OR sense of coherence[tiab] OR sense of confidence[tiab] OR satisfied[tiab] OR empowerment[tiab] OR complications[tiab] OR disease prevention[tiab]	2710750
8.		6 AND 7	83

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id 12: Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Patienter med bäckenbottenbesvär efter förlossningen.

Rekommendation: Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.

Prioritet: 1.

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Insatsen förbättrar patienternas bäckenbottenhälsa och ökar livskvaliteten, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms därmed ge stor patientnytta. Om den inte erbjuds riskerar patienten stort fysiskt och psykiskt lidande.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Bäckenbottenbesvär efter förlossning inkluderar t.ex. förlossningsbristning som kan orsaka både kortvariga och långvariga besvär, som smärta, inkontinens, tarmtömningssvårigheter, framfall, smärttillstånd och sexuella problem. Dessa kan i sin tur påverka den fysiska och psykiska hälsan.

Tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av fysioterapeuter, läkare, barnmorskor och/ eller andra relevanta yrkesgrupper, t.ex. uroterapeut. Tvärprofessionellt samarbete är av stor betydelse för gott omhändertagande av kvinnor med bäckenbottenbesvär efter förlossning. Åtgärden syftar till att säkerställa att kvinnan har tillgång till multiprofessionell expertis för att bedöma, behandla och följa upp bäckenbottenbesvär. För många kvinnor kan det ta upp till ett år eller mer att rehabilitera sin bäckenbotten och den multiprofessionella expertisen bör finnas tillgänglig så länge det finns behov. Om viss expertis saknas lokalt ska det finnas fördefinierade remissvägar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering, efter förlossning, bidrar till en förbättrad bäckenbottenhälsa och ökad livskvalitet hos personer med bäckenbottenbesvär efter sin förlossning (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier

som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering, upp till ett år efter förlossning, bidrar till en förbättrad bäckenbottenhälsa och ökad livskvalitet hos personer med bäckenbottenbesvär efter sin förlossning.

Konsensus uppnåddes eftersom 99 procent av 89 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering på fysiska besvär och livskvalitet hos personer med bäckenbottenbesvär efter förlossning, jämfört med att inte få multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering?

- **Population:** Person med bäckenbottenbesvär efter förlossning
- **Intervention:** Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering
- **Kontrollgrupp:** Ingen multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering
- **Utfallsmått:** Fysiska besvär, minskade bäckenbottenbesvär (förbättrad bäckenbottenhälsa), livskvalitet
- **Studietyyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	299
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: CINAHL Databasleverantör: EBSCO Datum: 2023-04-04

Ämne: Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering (upp till ett år efter förlossning) av bäckenbottenbesvär

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
23.	MH, MM/FT	(MH "Postnatal Period") OR (MH "Postnatal Care") OR (MM "Pelvic Floor Disorders") OR (MH "Labor Complications") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR postdelivery OR post-partum OR postpartum OR "after pregnancy" OR postpregnancy OR post- pregnancy OR postnatal OR "post-natal" OR "after birth" OR "after vaginal delivery" OR "after labour" OR "after labor" OR postlabor OR post-labor OR postlabour OR "post-labour" OR "labor complication*" OR "labour complication*" OR "pregnancy complication*" OR AB ("after delivery" OR post-delivery OR postdelivery OR post-partum OR postpartum OR "after pregnancy" OR postpregnancy OR post-pregnancy OR postnatal OR "post-natal" OR "after birth" OR "after vaginal delivery" OR "after labour" OR "after labor" OR postlabor OR post-labor OR postlabour OR "post- labour" OR "labor complication*" OR "labour complication*" OR "pregnancy complication*")	81320
24.	MH, MM/FT	(MM "Pelvic Floor Disorders") OR (MM "Pelvic Pain") OR (MH "Pelvic Organ Prolapse+") OR (MM "Uterine Rupture") OR (MM "Tears and Lacerations") OR (MH "Urinary Incontinence") OR (MM "Fecal Incontinence") OR (MM "Constipation") OR TI ("pelvic organ prolapse" OR "uterine prolapse" OR "uterine rupture*" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "pelvic floor disorder*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "Perineal infection" OR "perineal pain" OR "perineal tears" OR "anal sphincter tears" OR "pelvic pain" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "gas leakage" OR "anal incontinence" OR "anal sphincter injur*" OR OASIs OR "severe perineal trauma" OR SPT OR constipation OR rectocele OR cystocele OR ("pelvic floor" OR perineum) AND (hematoma* OR infection* OR "wound dehiscence" OR "wound rupture" OR "wound break-down" OR "wound breakdown"))) OR AB ("pelvic organ prolapse" OR "uterine prolapse" OR "uterine rupture*" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "pelvic floor disorder*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "Perineal infection" OR "perineal pain" OR "perineal tears" OR "anal sphincter tears" OR "pelvic pain" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal	39647

		incontinence" OR "gas leakage" OR "anal incontinence" OR "anal sphincter injur*" OR OASIs OR "severe perineal trauma" OR SPT OR constipation OR rectocele OR cystocele OR (("pelvic floor" OR perineum) AND (hematoma* OR infection* OR "wound dehiscence" OR "wound rupture" OR "wound break-down" OR "wound breakdown")))	
25.	MH, MM/FT	(MM "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Continuity of Patient Care") OR TI ("care team*" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "health care team*" OR "healthcare team*" OR "integrated care" OR "integrated management" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR "rehabilitation team*" OR "team care" OR "trans-disciplinary" OR transdisciplinary OR "multi-speciality team*" OR "continuity of care" OR "midwifery led unit*" OR "pelvic floor team*") OR AB ("care team*" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "health care team*" OR "healthcare team*" OR "integrated care" OR "integrated management" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR "rehabilitation team*" OR "team care" OR "trans-disciplinary" OR transdisciplinary OR "multi-speciality team*" OR "continuity of care" OR "midwifery led unit*" OR "pelvic floor team*")	145223
26.		1-3 AND	62
27.		4 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	3
28.		4 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover	33

		study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
29.		4 AND TI ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR AB ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory) OR SU ("qualitative study" OR "qualitative research" OR "qualitative design" OR "qualitative assessment" OR "evaluation study" OR questionnaire* OR survey* OR "focus group*" OR interview OR descriptive OR phenomenological OR exploratory)	28
Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2023-04-04			
Ämne: Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering (upp till ett år efter förlossning) av bäckenbottenbesvär			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	("after delivery" OR post-delivery OR postdelivery OR postpartum OR postpartum OR "after pregnancy" OR postpregnancy OR post-pregnancy OR postnatal OR "post-natal" OR "after birth" OR "after vaginal delivery" OR "after labour" OR "after labor" OR postlabor OR post-labor OR postlabour OR "post-labour" OR "labor complication*" OR "labour complication*" OR "pregnancy complication*");ti,ab,kw	27729
2.	FT	("pelvic organ prolapse" OR "uterine prolapse" OR "uterine rupture*" OR "pelvic floor trauma" OR "pelvic floor dysfunction" OR "pelvic floor injur*" OR "pelvic floor disorder*" OR "perineal trauma" OR "perineal injur*" OR "Perineal infection" OR "perineal pain" OR "perineal tears" OR "anal sphincter tears" OR "pelvic pain" OR "urinary incontinence" OR "fecal incontinence" OR "faecal incontinence" OR "gas leakage" OR "anal incontinence" OR "anal sphincter injur*" OR OASIs OR "severe perineal trauma" OR SPT OR constipation OR rectocele OR cystocele OR ("pelvic floor" OR perineum) AND (hematoma* OR infection* OR "wound dehiscence" OR "wound rupture" OR "wound break-down" OR "wound breakdown")) ;ti,ab,kw	28401
3.	FT	("care team*" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "health care team*" OR "healthcare team*" OR "integrated care" OR "integrated management" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR "rehabilitation team*" OR "team care" OR "trans-disciplinary" OR transdisciplinary OR "multi-speciality team*" OR "continuity of	15693

	care" OR "midwifery led unit*" OR "pelvic floor team*")ti,ab,kw	
4.	1-3 AND	13

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-04-04

Ämne: Multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering (upp till ett år efter förlossning) av bäckenbottenbesvär

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Postpartum Period"[Mesh] OR Perinatal Care[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR "Pregnancy Complications"[Mesh:NoExp] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/adverse effects"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh] OR ((after delivery[tiab] OR post-delivery[tiab] OR postdelivery[tiab] OR post-partum[tiab] OR postpartum[tiab] OR after pregnancy[tiab] OR postpregnancy[tiab] OR post-pregnancy[tiab] OR postnatal[tiab] OR post-natal[tiab] OR after birth[tiab] OR after vaginal delivery[tiab] OR after labour[tiab] OR after labor[tiab] OR postlabor[tiab] OR post-labor[tiab] OR postlabour[tiab] OR post-labour[tiab] OR labor complication*[tiab] OR labour complication*[tiab] OR pregnancy complication*[tiab])) NOT Medline[sb])	1055149
2.	Mesh/FT	"Pelvic Floor Disorders"[Mesh] OR "Uterine Rupture"[Mesh] OR Pelvic Floor/injuries[Mesh] OR Pelvic Organ Prolapse[Mesh] OR Perineum/injuries[Mesh] OR Anal Canal/Injuries[Mesh] OR Lacerations[Mesh] OR "Urinary Incontinence"[Mesh] OR "Fecal Incontinence"[Mesh] OR "Pelvic Pain"[Mesh] OR Constipation[Mesh] OR Perineal trauma[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR uterine prolapse[tiab] OR uterine rupture*[tiab] OR pelvic floor trauma[tiab] OR pelvic floor dysfunction[tiab] OR pelvic floor injur*[tiab] OR pelvic floor disorder*[tiab] OR perineal trauma[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR Perineal infection[tiab] OR perineal pain[tiab] OR perineal tears[tiab] OR anal sphincter tears[tiab] OR pelvic pain[tiab] OR urinary incontinence[tiab] OR fecal incontinence[tiab] OR faecal incontinence[tiab] OR gas leakage[tiab] OR anal incontinence[tiab] OR anal sphincter injur*[tiab] OR OASIs[tiab] OR severe perineal trauma[tiab] OR SPT[tiab] OR constipation[tiab] OR rectocele[tiab] OR cystocele[tiab] OR ((Perineum[Mesh] OR Pelvic Floor[Mesh] OR pelvic floor[tiab] OR perineum[tiab]) AND (Surgical Wound Dehiscence[Mesh] OR hematoma*[tiab] OR infection*[tiab] OR wound dehiscence[tiab] OR wound rupture[tiab] OR wound break-down[tiab] OR wound breakdown[tiab] OR pain[tiab]))	140917
3.	Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR ((care team*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR health care team*[tiab] OR healthcare team*[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi-disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR rehabilitation team*[tiab] OR team care[tiab] OR trans disciplinary[tiab] OR transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR team*[ti] OR continuity of care[tiab] OR	470496

	midwifery led units[tiab] OR pelvic floor team*[tiab]) NOT Medline[sb])	
4.	1-3 AND English	412
5.	4 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	51
6.	4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	107
7.	4 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Case Reports" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR "Qualitative Research"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR "Focus Groups"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR ((case control[tiab] OR cohort[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case study[tiab] OR evaluat*[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab] OR qualitative study[tiab] OR evaluation study[tiab] OR questionair*[tiab] OR survey*[tiab] OR focus group*[tiab]) NOT Medline[sb])	177

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id 13: Tidig uppföljning

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Nyförlösta.

Rekommendation: Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården under den första till andra veckan efter hemgången från BB.

Prioritet: 2.

Motivering: Det finns ett stort behov av uppföljningen. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan den öka möjligheterna att tidigt fånga upp fysiska och psykiska besvär efter förlossningen, och öka patientens känsla av trygghet. Uppföljningen kan sannolikt också förebygga oplanerade vårdkontakter.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Under den första tiden efter graviditet och förlossning finns ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar. En hög andel nyförlösta vet inte vart de ska vända sig om de inte mår bra fysiskt eller psykiskt efter förlossningen. Det kan leda till att kvinnan antingen inte söker vård eller stöd, eller att hon söker akut vård i den specialiserade vården på sjukhus för behov som hade kunnat fångas upp och hanteras tidigare.

Strukturerad uppföljning syftar till att ge stöd samt tidigt fånga upp vårdbehov hos kvinnor som nyligen fött barn samt att skapa en ökad känsla av trygghet och kontinuitet hos kvinnan genom en tidig kontakt med mödrahälsovården. Uppföljningen kan utföras via telefon, digitalt, hembesök eller på barnmorskemottagningen. För en god kontinuitet rekommenderas att uppföljningen med fördel utförs av den barnmorska kvinnan träffat under graviditeten. Initiativet till uppföljningen bör tas av barnmorskan.

Uppföljningen anpassas utifrån kvinnans individuella behov och situation men bör inkludera:

- uppföljning av fysisk och psykisk återhämtning efter förlossning
- uppföljning av förlossning – förlossningsupplevelse, fysiska komplikationer, bristningar, operationsärr
- uppföljning av amning

- skriftlig information om vart kvinnan kan vända sig vid besvär

Vid behov erbjuds kvinnan ytterligare individualiserad uppföljning inom mödrahälsovården eller remitteras till specialistvård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en liten till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning eller BB ökar förutsättningarna för

- tidig identifiering av fysiska och psykiska besvär
- identifiering av amningsproblem
- ökad känsla av trygghet
- vård på rätt vårdnivå

hos en person som nyligen fött barn jämfört med ingen tidig uppföljning (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Strukturerad uppföljning inom mödrahälsovården första till andra veckan efter hemgång från förlossning eller BB ökar förutsättningarna för

- tidig identifiering av fysiska och psykiska besvär
- identifiering av amningsproblem
- ökad känsla av trygghet
- vård på rätt vårdnivå

hos en person som nyligen fött barn jämfört med ingen tidig uppföljning.

Konsensus uppnåddes eftersom 98 procent av 96 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har tidig uppföljning efter förlossning på att identifiera fysiska och psykiska besvär och problem med amning hos nyförlösta, jämfört med att inte följas upp tidigt?

- **Population:** Person som nyligen fött barn

- **Intervention:** Strukturerad uppföljning första till andra veckan efter hemgång från BB/förlossning
- **Kontrollgrupp:** Ingen uppföljning första till andra veckan efter förlossning
- **Utfallsmått:** Tidig identifiering av fysiska och psykiska besvär, t.ex. amningsproblem, nedstämdhet, depression, psykosocial hälsa, trygghet, traumatisk eller negativ förlossningsupplevelse, infektion, blödning, problem med bristningar
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	91
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-04-12

Ämne: 13a Vilken effekt har tidig uppföljning efter förlossning på att identifiera fysiska och psykiska besvär och problem med amning hos nyförlösta, jämfört med att inte följas upp tidigt?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
30.	MH/FT/TI, AB	(MH "Postnatal Care") OR (MH "Maternal Health Services") OR (MH "Nurse Midwives") OR TI (maternal OR postpartum OR postnatal OR perinatal OR peri-partum OR post-partum OR postnatal OR midwives OR "nurse midwives") OR AB (maternal OR postpartum OR postnatal OR perinatal OR peri-partum OR post-partum OR postnatal OR midwives OR "nurse midwives") OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery)	162,563
31.	MH/FT/TI, AB	(MH "Physician-Patient Relations") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR TI ("midwife-patient relation*" OR checkup* OR "check up*" OR "clinical follow-up*" OR "clinical followup*" OR "treatment follow-up*" OR "treatment followup*" OR "systematic follow-up" OR "structured follow-up" OR "systematic followup" OR "structured followup" OR "initial follow-up*" OR "initial followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup") OR AB ("midwife-patient relation*" OR checkup* OR "check up*" OR "clinical follow-up*" OR "clinical followup*" OR "treatment follow-up*" OR "treatment followup*" OR "systematic follow-up" OR "structured follow-up" OR "systematic followup" OR "structured followup" OR "initial follow-up*" OR "initial followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup")	76,450

		"initial followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup")	
32.		TI (early OR "soon after" OR "weeks after" OR "1 week*" OR "2 week*") OR AB (early OR "soon after" OR "weeks after" OR "1 week*" OR "2 week*")	
33.		2 AND 3	3,136
34.		1 AND 4	188
35.	MH/FT/TI, AB	5 NOT (MH "Europe, Eastern+") OR (MH "Africa+") OR (MH "Asia+") OR (MH "Latin America") OR (MH "South America+") OR (MH "Developing Countries") OR TI ("developing countr*" OR "low-income countries" OR Africa OR India* OR Bangladesh OR Nigeria OR Ethiopia OR Somalia OR Uganda OR Afghanistan) OR AB ("developing countr*" OR "low-income countries" OR Africa OR India* OR Bangladesh OR Nigeria OR Ethiopia OR Somalia OR Uganda OR Afghanistan)	125
36.		6 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	1
37.		6 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	23
38.			
Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2023-04-12			
Ämne: 13a Vilken effekt har tidig uppföljning efter förlossning på att identifiera fysiska och psykiska besvär och problem med amning hos nyförlösta, jämfört med att inte följas upp tidigt?			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees OR MeSH descriptor: [Postpartum Period] this term	39541

		only OR MeSH descriptor: [Maternal Health] explode all trees OR MeSH descriptor: [Nurse Midwives] explode all trees OR ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery):ti OR (maternal OR postpartum OR postnatal OR perinatal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal OR midwives OR "nurse midwives"):ti,ab,kw	
2.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Physician-Patient Relations] explode all trees OR ("midwife-patient relation*" OR checkup* OR "check up*" OR "clinical follow-up*" OR "clinical followup*" OR "treatment follow-up*" OR "treatment followup*" OR "systematic follow-up" OR "structured follow-up" OR "systematic followup" OR "structured followup" OR "initial follow-up*" OR "initial followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup"):ti,ab,kw AND (early OR "soon after" OR "weeks after" OR "1 week*" OR "2 week*"):ti,ab,kw	638
3.		1 AND 2	65
4.	Mesh/FT	3 NOT MeSH descriptor: [Europe, Eastern] explode all trees OR MeSH descriptor: [Africa] explode all trees OR MeSH descriptor: [Asia] explode all trees OR MeSH descriptor: [Latin America] explode all trees OR MeSH descriptor: [Developing Countries] explode all trees OR ("developing countr*" OR "low-income countries" OR Africa OR India* OR Bangladesh OR Nigeria OR Ethiopia OR Somalia OR Uganda OR Afghanistan):ti,ab,kw	60
5.		4 AND CDSR	1
6.		4 AND Central	59
7.			

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-04-12

Ämne: 13a Vilken effekt har tidig uppföljning efter förlossning på att identifiera fysiska och psykiska besvär och problem med amning hos nyförlösta, jämfört med att inte följas upp tidigt?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Postnatal Care"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp] OR "Maternal Health"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR ((maternal[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab] OR peri-partum[tiab] OR post-partum[tiab] OR post-natal[tiab] OR midwives[tiab] OR nurse midwives[tiab]) NOT Medline[sb])	94,543
2.	Mesh/FT	("Physician-Patient Relations"[Majr] OR midwife-patient relation*[tiab] OR checkup*[tiab] OR check up*[tiab] OR clinical follow-up*[tiab] OR clinical followup*[tiab] OR treatment follow-up*[tiab] OR treatment followup*[tiab] OR systematic follow-up[tiab] OR structured follow-up[tiab] OR	14,896

		systematic followup[tiab] OR structured followup[tiab] OR initial follow-up*[tiab] OR initial followup*[tiab] OR patient follow-up[tiab] OR patient followup[tiab]) AND (early[tiab] OR soon after[tiab] OR weeks after[tiab] OR 1 week*[tiab] OR 2 week*[tiab]))	
3.		1 AND 2	188
4.	Mesh/FT	3 NOT ("Europe, Eastern"[Mesh] OR "Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR developing countr*[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa[tiab] OR India*[tiab] OR Bangladesh[tiab] OR Nigeria[tiab] OR Ethiopia[tiab] OR Somalia[tiab] OR Uganda[tiab] OR Afghanistan[tiab])	136
5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	4
6.		4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	22
7.			
8.			

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Id 14: Kontroll av förlossningsbristningar och klipp

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Nyförlösta med förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi).

Rekommendation: Låt en barnmorska eller läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB eller vid återbesöket på sjukhuset.

Prioritet: 4.

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Kontrollen bidrar till att fysiska komplikationer upptäcks tidigt, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Denna tidiga kontroll fångar dock inte upp alla komplikationer, eftersom komplikationer kan uppstå även senare.

Kommenar: Patienten ska alltid få individanpassad information.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Nyförlöst med förlossningsbristning eller episiotomi.

Kontroll av bristning eller episiotomi samt individualiserad information av barnmorska eller läkare innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset. Vid kontrollen undersöks suturering och att det inte finns tecken till hematom, sårruptur eller infektion. Om möjligt görs undersökningen i gynläge. Vid kontrollen ges också individanpassad information om förväntat läkningsförlopp samt att det säkerställs att kvinnan vet vart hon kan vända sig vid frågor eller besvär.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Kontroll av bristning eller episiotomi innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset bidrar till att tidigt upptäcka fysiska komplikationer hos den nyförlösta som nyligen suturerats, jämfört med ingen kontroll (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier

som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Kontroll av bristning eller episiotomi innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset bidrar till att tidigt upptäcka fysiska komplikationer hos den nyförlösta som nyligen suturerats, jämfört med ingen kontroll.

Konsensus uppnåddes eftersom 100 procent av 90 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kontroll av bristning eller episiotomi innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset på fysiska komplikationer hos nyförlösta, jämfört med att inte få en kontroll innan hemgång?

- **Population:** Nyförlöst med förlossningsbristning och/eller episiotomi
- **Intervention:** Kontroll av bristning eller episiotomi innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset
- **Kontrollgrupp:** Ingen kontroll av bristning och/eller episiotomi innan hemgång från BB eller vid återbesök på sjukhuset
- **Utfallsmått:** Identifiering av fysiska komplikationer: behandlingskrävande infektion, ruptur av suturerad skada, behov av akut/snar reoperation. Antal vårdkontakter upp till 3 månader pga förlossningsskada.
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	34
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-03-21

Ämne: ID17: Kontroll av förlossningsbristning och eller episiotomi innan hemgång från BB

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
39.	DE	(MH "Maternal Health Services") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Obstetric Patients") OR (MH "Midwifery") OR (MH "Obstetric Nursing") OR (MH "Obstetric Care") OR (MH "Nurse Midwives") OR (MH "Gynecologic Nursing")	42,213
40.	FT/TI, AB	"maternal health service*" OR "Maternal-Child Health service*" OR "Maternal Child Health service*" OR midwives OR midwife OR obstetric* OR "maternal care" OR "maternal child health center*" OR "maternal-child health center*" OR "maternal healthcare" OR "maternal health care" OR "maternity care" OR "maternity service*" OR "postpartum care" OR "post partum care" OR "postpartum program*" OR "post partum program*" OR "postnatal care" OR "maternity hospital*" OR "maternity clinic*" OR obstetrician* OR "gynecology surgeon*" OR "nurse specialist"	77,784
41.		1 OR 2	102,375
42.	DE	(MH "Episiotomy") OR (MH "Perineum/IN") OR (MH "Rectum/IN") OR (MH "Anus/IN")	2,733
43.	FT/TIAB	episiotomy* OR episiotomies OR "anal trauma*" OR "childbirth injur*" OR "delivery rupture*" OR episiotom* OR "genital tract injur*" OR "genital tract trauma*" OR "genital tract rupture*" OR "levator ani" OR "levator trauma" OR "maternal laceration*" OR "obstetric laceration*" OR "pelvic floor problem*" OR "pelvic floor trauma*" OR "perineal damage*" OR "perineal body injur*" OR "perineal tear*" OR "perineal integrity" OR "perineal laceration*" OR "perineal lesion*" OR "perineal trauma*" OR "perineal injur*" OR "rectal mucosa injur*" OR "rectal injur*" OR "sphincter disruption*" OR "sphincter rupture*" OR "sphincter injur*" OR "sphincter tear*" OR "sphincter damage*" OR "sphincter trauma*" OR "sphincter laceration*" OR "sphincter lesion*" OR "vaginal laceration*" OR "vaginal tear*" OR "vaginal rupture*" OR "perineal trauma*" OR "obstetric tear*" OR "labial tear"	2,963
44.	FT/TI	laceration* OR tear OR tears OR tearing OR rupture*	18,180
45.		((MH "Perineum") OR (MH "Rectum")) AND (MH "Wounds and Injuries")	81
46.	FT/TI,AB	("first degree" OR "second degree" OR "third degree" OR "fourth degree") AND (tear* OR laceration* OR rupture*)	502
47.		4 – 8 OR	27,709
48.		3 AND 9	2,204

49.	DE	(MH "Gynecologic Examination")	1,481
50.	FT/TI, AB	"gynecologic examination" OR "gynecological check-up*" OR "gynecological checkup*" OR "postpartum examination*" OR "perineal examination*" OR "vaginal examination*" OR "follow-up examination*" OR "followup examination*" OR "clinical examination*" OR "check-up examination*" OR "checkup examination*" OR "postpartum check-up*" OR "postpartum checkup*" OR "postpartum follow up*" OR "postpartum followup*" OR "immediate follow up*" OR "immediate followup*" OR "follow-up assessment" OR "followup assessment" OR "follow-up visit*" OR "followup visit*" OR "routine check*" OR "wound check*" OR "wound management*" OR "wound examination*" OR "wound inspection*" OR "wound healing assessment*" OR "perineal inspection*" OR "perineal assessment*" OR "trauma assessment*" OR "check up visit*" OR "checkup visit"	29,541
51.	DE/FT/TI, AB	(MH "Wound Infection/PC") OR (MH "Wound Healing") OR TI ("Wound healing") OR AB ("Wound healing")	33,617
52.	FT/TI, AB	TI (checkup* OR check-up OR examination*) OR AB (checkup* OR check-up OR examination*)	182,246
53.		13 AND 14	944
54.	FT/TI	TI (wound* OR injur*) AND TI (examination* OR check-up* OR checkup* OR management* OR assessment)	9,971
55.	FT/ti	11 OR 12 OR 15 OR 16	40,169
56.		10 AND 17	99
57.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
58.		18 AND 19	2
59.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR	

	"crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
60.	18 AND 21	16

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-03-21

Ämne: ID17: Kontroll av förlossningsbristning och eller episiotomi innan hemgång från BB

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	"Maternal Health Services"[Majr:NoExp] OR "Postnatal Care" [Mesh] OR "Hospitals, Maternity"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR "Obstetrics/methods"[Mesh] OR "Obstetric Nursing"[Mesh] OR "Obstetricians"[Mesh]	83,463
2.	FT/tiab	(maternal health service*[tiab] OR Maternal-Child Health service*[tiab] OR Maternal Child Health service*[tiab] OR midwives[tiab] OR midwife[tiab] OR obstetric*[tiab] OR maternal care[tiab] OR maternal child health center*[tiab] OR maternal-child health center*[tiab] OR maternal healthcare[tiab] OR maternal health care[tiab] OR maternity care[tiab] OR maternity service*[tiab] OR postpartum care[tiab] OR post partum care[tiab] OR postpartum program*[tiab] OR post partum program*[tiab] OR postnatal care[tiab] OR maternity hospital*[tiab] OR maternity clinic*[tiab] OR obstetrician*[tiab] OR gynecology surger*[tiab] OR nurse specialist*[tiab]) NOT Medline[sb]	17,485
3.	FT/ti	maternal health service*[ti] OR Maternal-Child Health service*[ti] OR Maternal Child Health service*[ti] OR midwives[ti] OR midwife[ti] OR obstetric*[ti] OR maternal care[ti] OR maternal child health center*[ti] OR maternal-child health center*[ti] OR maternal healthcare[ti] OR maternal health care[ti] OR maternity care[ti] OR maternity service*[ti] OR postpartum care[ti] OR post partum care[ti] OR postpartum program*[ti] OR post partum program*[ti] OR postnatal care[ti] OR maternity hospital*[ti] OR maternity clinic*[ti] OR obstetrician*[ti] OR gynecology surger*[ti] OR nurse specialist*[ti]	56,192
4.		1 – 3 OR	135,486
5.	Mesh	"Episiotomy"[Mesh] OR "Perineum/injuries"[Mesh] OR "Rectum/injuries"[Mesh] OR "Anal Canal/injuries"[Mesh] OR "Pelvic Floor/injuries"[Mesh]	6,166
6.	FT/TIAB	episiotomy*[tiab] OR episiotomies[tiab] OR anal trauma*[tiab] OR childbirth injur*[tiab] OR delivery rupture*[tiab] OR episiotom*[tiab] OR genital tract injur*[tiab] OR genital tract trauma*[tiab] OR genital tract rupture*[tiab] OR levator ani[tiab] OR levator trauma[tiab] OR maternal laceration*[tiab]	21,043

		OR obstetric laceration*[tiab] OR pelvic floor problem*[tiab] OR pelvic floor trauma*[tiab] OR perineal damage*[tiab] OR perineal body injur*[tiab] OR perineal tear*[tiab] OR perineal integrity[tiab] OR perineal laceration*[tiab] OR perineal lesion*[tiab] OR perineal trauma*[tiab] OR perineal injur*[tiab] OR rectal mucosa injur*[tiab] OR rectal injur*[tiab] OR sphincter disruption*[tiab] OR sphincter rupture*[tiab] OR sphincter injur*[tiab] OR sphincter tear*[tiab] OR sphincter damage*[tiab] OR sphincter trauma*[tiab] OR sphincter laceration*[tiab] OR sphincter lesion*[tiab] OR vaginal laceration*[tiab] OR vaginal tear*[tiab] OR vaginal rupture*[tiab] OR perineal trauma*[tiab] OR obstetric tear*[tiab] OR labial tear*[tiab]	
7.		laceration*[ti] OR tear[ti] OR tears[ti] OR tearing[ti] OR rupture*[ti]	78,043
8.	Mesh	("Perineum"[Mesh] OR "Rectum"[Mesh] OR "Rectum"[Mesh] OR "Pelvic Floor"[Mesh]) AND ("Wounds and Injuries"[Mesh] OR "injuries" [Subheading])	6,116
9.	FT/TIAB	(First degree[tiab] OR second degree[tiab] OR third degree[tiab] OR fourth degree[tiab]) AND (tear*[tiab] OR laceration*[tiab] OR rupture*[tiab])	1,215
10.		5 – 9 OR	99,759
11.		4 AND 10	3,645
12.	Mesh	"Gynecological Examination"[Mesh] OR (gynecological examination*[tiab] NOT Medline[sb])	904
13.	FT/tiab	gynecological check-up*[tiab] OR gynecological checkup*[tiab] OR postpartum examination*[tiab] OR perineal examination*[tiab] OR vaginal examination*[tiab] OR follow-up examination*[tiab] OR followup examination*[tiab] OR clinical examination*[tiab] OR check-up examination*[tiab] OR checkup examination*[tiab] OR postpartum check-up*[tiab] OR postpartum checkup*[tiab] OR postpartum follow up*[tiab] OR postpartum followup*[tiab] OR immediate follow up*[tiab] OR immediate followup*[tiab] OR follow-up assessment[tiab] OR followup assessment[tiab] OR follow-up visit*[tiab] OR followup visit*[tiab] OR routine check*[tiab] OR wound check*[tiab] OR wound management*[tiab] OR wound examination*[tiab] OR wound inspection*[tiab] OR wound healing assessment[tiab] OR perineal inspection*[tiab] OR perineal assessment*[tiab] OR trauma assessment*[tiab] OR check up visit*[tiab] OR checkup visit*[tiab]	107,882
14.	Mesh/FT	("Wound Infection/prevention and control"[Mesh] OR "Wound Healing"[Mesh] OR wound healing[tiab]) AND (checkup*[tiab] OR check-up[tiab] OR examination*[tiab])	7,924

15.	FT/ti	(wound*[ti] OR injur*[ti]) AND (examination*[ti] OR check-up*[ti] OR checkup*[ti] OR management*[ti] OR assessment[ti])	19,875
16.		12 – 15 OR	133,635
17.		11 AND 16	136
18.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
19.		17 AND 18	3
20.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	
21.		17 AND 20 Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	20

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Psykisk ohälsa

Id 15: Rutiner för samverkan

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk sjukdom, som behöver vård från flera instanser.

Rekommendation: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatri, primärvården och barnhälsovården.

Prioritet: 1.

Motivering: Patienterna tillhör en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Att arbeta enligt rutiner för samverkan bedöms ge stor patientnytta, och förutsättningarna för optimal vård ökar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. Det kan också öka patientens trygghet.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning påverkar inte bara kvinnan utan i hög grad också hennes barn, partner och hela familjen. Samspelet med barnet kan påverkas negativt av moderns psykiska sjukdom och innebära hälsorisker för barnet på kort och längre sikt. Vid komplex problematik eller misstanke om svåra eller allvarliga psykiska sjukdomstillstånd kan det finnas behov av vård i flera instanser. Insatsen innebär att det finns rutiner på organisationsnivå som säkerställer hur vården av patienter med behov av vård från flera instanser ska tillgodoses. För att bedöma vem som har ansvaret för omhändertagande, behandling och uppföljning av patientens vård behövs tydliga rutiner för samarbete utifrån specifik kompetens.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning av omhändertagande, behandling och uppföljning mellan mödrahälsovård och psykiatri eller primärvård ökar förutsättningarna för

- optimal vård vid psykisk sjukdom
- insats på rätt vårdnivå i rätt tid

för gravida eller nyförlösta med konstaterad eller misstänkt psykisk sjukdom som har behov av vård från flera instanser, jämfört med inga sådana rutiner (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning av omhändertagande, behandling och uppföljning mellan mödrahälsovård och psykiatri eller primärvård ökar förutsättningarna för

- *optimal vård vid psykisk sjukdom*
- *insats på rätt vårdnivå i rätt tid*

för gravida eller nyförlösta med konstaterad eller misstänkt psykisk sjukdom som har behov av vård från flera instanser, jämfört med inga sådana rutiner.

Konsensus uppnåddes eftersom 98 procent av 107 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och psykiatri eller primärvård på identifiering av psykisk sjukdom, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravid eller nyförlöst med psykisk sjukdom, jämfört med inga rutiner för samverkan?

- **Population:** Gravid eller nyförlöst med konstaterad eller misstänkt psykisk sjukdom
- **Intervention:** Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och psykiatri eller första linjens psykiatri/primärvård
- **Kontrollgrupp:** Inga rutiner för samverkan

- **Utfallsmått:** Identifiering av psykisk sjukdom, insats på rätt vårdnivå, bibehållen psykisk hälsa, akuta vårdbesök, tvångsvård
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	125
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-03-06

Ämne: ID 5. Vilken effekt har rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och psykiatri eller primärvård på identifiering av psykisk sjukdom, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravid eller nyförlöst med psykisk sjukdom, jämfört med inga rutiner för samverkan?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
61.	MH/FT	(MH "Pregnancy+") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care+") OR (MH "Postnatal Period") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Maternal Health Services+") OR (MH "Expectant Mothers") OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery) OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR ((pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR antepartum OR intra-partum OR peri-natal OR peripartum OR post-partum OR post-natal) OR AB ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR ((pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal)	549,258
62.	MH/FT	(MH "Bipolar Disorder+") OR (MH "Depression") OR (MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Anxiety") OR (MH "Anxiety Disorders") OR (MH "Mental Disorders") OR (MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders") OR TI depress* OR TI ("depressive disorder*" OR "major depression*" OR MDD OR "major depressive" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR	1,139,876

		"endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR "severe depression" OR "severely depressed" OR anxiety OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*" OR "Postnatal Dysphoria" OR "Post Partum Dysphoria" OR "Postpartum Dysphoria" OR "Post Natal Dysphoria" OR bipolar* OR "manic disorder*" OR "manic depress*" OR schizophrenia OR schizophrenic* OR psychos* OR psychotic*) OR AB ("depressive disorder*" OR "major depression*" OR MDD OR "major depressive" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR "endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR "severe depression" OR "severely depressed" OR anxiety OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*" OR "Postnatal Dysphoria" OR "Post Partum Dysphoria" OR "Postpartum Dysphoria" OR "Post Natal Dysphoria" OR bipolar* OR "manic disorder*" OR "manic depress*" OR schizophrenia OR schizophrenic* OR psychos* OR psychotic*)	
63.	MH/FT	(MH "Mental Health Services") OR (MH "Community Mental Health Services") OR (MH "Psychiatric Units") OR (MH "Hospitals, Psychiatric") OR (MH "Psychiatric Nursing") OR (MH "Community Mental Health Nursing") OR (MH "Psychiatry") OR TI ("mental health service*" OR "mental health care" OR "psychiatric care" OR "mental care" OR "psychiatric rehabilitation" OR "psychosocial rehabilitation" OR "psychosocial care" OR "mental health rehabilitation" OR psychiatrist* OR "mental institution*" OR "psychiatric hospital*" OR "psychiatric clinic*" OR "mental clinic*" OR "psychiatric nursing" OR "mental health nurs*" OR "psychiatric nurs*") OR AB ("mental health service*" OR "mental health care" OR "psychiatric care" OR "mental care" OR "psychiatric rehabilitation" OR "psychosocial rehabilitation" OR "psychosocial care" OR "mental health rehabilitation" OR psychiatrist* OR "mental institution*" OR "psychiatric hospital*" OR "psychiatric clinic*" OR "mental clinic*" OR "psychiatric nursing" OR "mental health nurs*" OR "psychiatric nurs*")	222,922
64.		1 - 3 AND	2,793
65.	MH/FT	(MH "Cooperative Behavior") OR (MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Collaboration") OR TI (integrat* OR communicat*) OR TI (	677,893

		crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi disciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat* OR "collaborative care*" OR cooperat* OR co-operat*) OR AB (crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi disciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat* OR "collaborative care*" OR cooperat* OR co-operat*)	
66.	MH/FT	(MM "Health Services Accessibility") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Critical Path") OR TI (access* OR availability OR pathway* OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant OR routine* OR screening) OR AB (access* OR availability OR pathway* OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant OR routine* OR screening)	1,370,863
67.		5 OR 6	1,902,352
68.		4 AND 7	1,198
69.		8 NOT (MH "Europe, Eastern") OR (MH "Africa") OR (MH "Asia") OR (MH "Latin America") OR (MH "South America") OR (MH "Developing Countries") OR TI ("developing countries" OR "low-income countries" OR Africa OR India* OR Bangladesh OR Nigeria OR Ethiopia OR Somalia) OR AB ("developing countries" OR "low-income countries" OR Africa OR India* OR Bangladesh OR Nigeria OR Ethiopia OR Somalia)	1,123
70.		9 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review") Narrow by Language: - English	31

71.		9 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") Narrow by Language: - English	72
72.			
Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-03-01 Ämne: ID 5. Vilken effekt har rutiner för samverkan mellan mödrahälsovård och psykiatri eller primärvård på identifiering av psykisk sjukdom, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravid eller nyförlöst med psykisk sjukdom, jämfört med inga rutiner för samverkan?			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh:NoExp] OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Maternal Health"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab] OR maternal[tiab] OR prenatal[tiab] OR antenatal[tiab] OR antepartum[tiab] OR intrapartum[tiab] OR perinatal[tiab] OR peripartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR pre-natal[tiab] OR ante-natal[tiab] OR ante-partum[tiab] OR intra-partum[tiab] OR peri-natal[tiab] OR peri-partum[tiab] OR post-partum[tiab] OR post-natal[tiab]) NOT Medline[sb])	1,096,006
2.	Mesh/FT	"Depressive Disorder, Major"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh:NoExp] OR "Depression"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh:NoExp] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Anxiety Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR "Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Schizophrenia"[Mesh:NoExp] OR "Psychotic Disorders"[Mesh:NoExp] OR ((depressive disorder*[tiab] OR major depression*[tiab] OR MDD[tiab] OR major depressive[tiab] OR depressive symptom*[tiab] OR depressive neuros*[tiab] OR endogenous depression*[tiab] OR depressive syndrome*[tiab] OR neurotic depression*[tiab] OR unipolar depression*[tiab] OR severe depression[tiab] OR severely	749,536

		depressed[tiab] OR anxiety[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental illness*[tiab] OR mentally ill[tiab] OR postpartum depression*[tiab] OR post-partum depression*[tiab] OR postnatal depression*[tiab] OR post-natal depression*[tiab] OR Postnatal Dysphoria[tiab] OR Post Partum Dysphoria[tiab] OR Postpartum Dysphoria[tiab] OR Post Natal Dysphoria[tiab] OR bipolar*[tiab] OR manic disorder*[tiab] OR manic depress*[tiab] OR schizophrenia[tiab] OR schizophrenic*[tiab] OR psychos*[tiab] OR psychotic*[tiab] OR depress*[tiab] NOT Medline[sb])	
3.		"Mental Health Services"[Mesh:NoExp] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Rehabilitation"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh] OR "Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh:NoExp] OR mental health service*[tiab] OR mental health care[tiab] OR psychiatric care[tiab] OR mental care[tiab] OR psychiatric rehabilitation[tiab] OR psychosocial rehabilitation[tiab] OR psychosocial care[tiab] OR mental health rehabilitation[tiab] OR psychiatrist*[tiab] OR mental institution*[tiab] OR psychiatric hospital*[tiab] OR psychiatric clinic*[tiab] OR mental clinic*[tiab] OR psychiatric nursing[tiab] OR mental health nurs*[tiab] OR psychiatric nurs*[tiab]	187,962
4.		1 - 3 AND	1,447
5.	Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR Referral and Consultation[Mesh] OR "Intersectoral Collaboration"[Mesh] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR collaborative care*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR communicat*[ti]	893,801
6.	Mesh/FT	"Health Services Accessibility"[Majr] OR "Referral and Consultation"[Mesh]OR "Critical Pathways"[Mesh] OR access*[tiab] OR availability[tiab] OR pathway*[tiab] OR refer[tiab] OR referral*[tiab] OR referred[tiab] OR	3,687,601

	consultation*[tiab] OR consultant[tiab] OR routine*[tiab] OR screening[tiab]	
7.	5 OR 6	4,341,284
8.	4 AND 7	642
9.	8 NOT ("Europe, Eastern"[Mesh] OR "Africa"[Mesh] OR "Asia"[Mesh] OR "Latin America"[Mesh] OR "Developing Countries"[Mesh] OR developing countries[tiab] OR low-income countries[tiab] OR Africa[tiab] OR India*[tiab] OR Bangladesh[tiab] OR Nigeria[tiab] OR Ethiopia[tiab] OR Somalia[tiab])	543
10.	9 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	28
11.	9 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb]) English	34
12.		

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för:

systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id 16: Multiprofessionellt arbetssätt vid psykisk ohälsa

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa.

Rekommendation: Erbjud multiprofessionell bedömning och behandling.

Prioritet: 4.

Motivering: Hälсотillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar insatsen hälso- och sjukvårdens förutsättningar att tidigt identifiera psykisk ohälsa och erbjuda vård på rätt nivå. Den faktiska patientnyttan är dock osäker – det saknas evidens. Möjligen kan insatsen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Psykisk ohälsa under graviditeten och efter förlossning kan ha stor betydelse för den gravida eller nyförlösta, det väntade/nyfödda barnets och familjens hälsa och välbefinnande. Samspelet med barnet kan påverkas negativt av moderns psykiska ohälsa och innebära hälsorisker för barnet på kort och längre sikt.

I mödrahälsovårdens arbete ingår att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa hos den gravida och vid behov initiera insatser för att på bästa sätt stödja och förbereda inför det kommande föräldraskapet.

Åtgärden innebär att barnmorska, psykolog och läkare samarbetar för att identifiera och behandla psykisk ohälsa, eller vid behov remittera vidare. Barnmorska och läkare behöver utöka teamet med kompetens inom psykisk ohälsa (psykolog). Beroende på organisation kan det multiprofessionella samarbetet ske mellan mödrahälsovård och primärvård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Multiprofessionellt samarbete för bedömning och behandling inom mödrahälsovården eller mellan mödrahälsovård och primärvård ökar förutsättningarna för att

- tidigt identifiera psykisk ohälsa
- erhålla insats på rätt vårdnivå

för gravida eller nyförlösta med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa, jämfört med inget sådant samarbete (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Multiprofessionellt samarbete för bedömning och behandling inom mödrahälsovården eller mellan mödrahälsovård och primärvård ökar förutsättningarna för att

- *tidigt identifiera psykisk ohälsa*
- *erhålla insats på rätt vårdnivå*

för gravida eller nyförlösta med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa, jämfört med inget sådant samarbete.

Konsensus uppnåddes eftersom 99 procent av 104 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av åtgärdens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har multiprofessionellt samarbete för bedömning och behandling på identifiering av psykisk ohälsa, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravida och nyförlösta, jämfört med sedvanlig behandling?

- **Population:** Gravid med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa
- **Intervention:** Multiprofessionellt samarbete för bedömning och behandling
- **Kontrollgrupp:** Sedvanlig behandling
- **Utfallsmått:** Identifiering av psykisk ohälsa, insats på rätt vårdnivå, akuta vårdkontakter, bibehållen psykisk hälsa
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	115
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-03-06

Ämne: ID 4. Vilken effekt har multiprofessionell bedömning och behandling på identifiering av psykisk ohälsa, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravida och nyförlösta, jämfört med sedvanlig behandling?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
73.	MH/FT	(MH "Pregnancy+") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care+") OR (MH "Postnatal Period") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Maternal Health Services+") OR (MH "Expectant Mothers") OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery) OR TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR ((pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal) OR AB ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR ((pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal)	549,258
74.	MH/FT	(MH "Depression+") OR (MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Anxiety") OR (MH "Anxiety Disorders") OR (MH "Mental Disorders") OR TI depress* OR TI ("depressive disorder*" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR "endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR anxiety OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*") OR AB ("depressive disorder*" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR "endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR anxiety OR "mental	779,235

		disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*")	
75.		1 AND 2	50,152
76.	MH/FT	(MH "Interprofessional Relations+") OR (MH "Multidisciplinary Care Team+") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR TI ("care team*" OR "collaborative care*" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "health care team*" OR "healthcare team*" OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi diciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "team care" OR "trans disciplinary" OR transdisciplinary OR "multi-speciality team*") OR AB ("care team*" OR "collaborative care*" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "health care team*" OR "healthcare team*" OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi diciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "team care" OR "trans disciplinary" OR transdisciplinary OR "multi-speciality team*") OR TI team*	260,992
77.		3 AND 4	748
78.		5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	33
79.		5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	55
80.			

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-03-01

Ämne: ID 4. Vilken effekt har multiprofessionell bedömning och behandling på identifiering av psykisk ohälsa, insats på rätt vårdnivå och bibehållen psykisk hälsa för gravida och nyförlösta, jämfört med sedvanlig behandling?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh:NoExp] OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Maternal Health"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab] OR maternal[tiab] OR prenatal[tiab] OR antenatal[tiab] OR antepartum[tiab] OR intrapartum[tiab] OR perinatal[tiab] OR peripartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR pre-natal[tiab] OR ante-natal[tiab] OR ante-partum[tiab] OR intra-partum[tiab] OR peri-natal[tiab] OR peri-partum[tiab] OR post-partum[tiab] OR post-natal[tiab]) NOT Medline[sb])	1,096,006
2.	Mesh/FT	"Depressive Disorder"[Mesh:NoExp] OR "Depression"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh:NoExp] OR "Anxiety Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR ((depressive disorder*[tiab] OR depressive symptom*[tiab] OR depressive neuros*[tiab] OR endogenous depression*[tiab] OR depressive syndrome*[tiab] OR neurotic depression*[tiab] OR unipolar depression*[tiab] OR anxiety[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental illness*[tiab] OR mentally ill[tiab] OR postpartum depression*[tiab] OR post-partum depression*[tiab] OR postnatal depression*[tiab] OR post-natal depression*[tiab] OR depress*[ti]) NOT Medline[sb])	539,751
3.		1 AND 2	22,814
4.	Mesh/FT	"Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR care team*[tiab] OR collaborative care*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR health care team*[tiab] OR healthcare team*[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi diciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR team care[tiab] OR trans disciplinary[tiab] OR	338,459

	transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR team*[ti]	
5.	3 AND 4	427
6.	5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	26
7.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	30
8.		

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id 17: Konsultation av psykolog

Rekommendation till mödrahälsovården och förlossningsvården

För patientgruppen: Gravida eller nyförlösta med misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa.

Rekommendation: Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).

Prioritet: 5.

Motivering: Hälсотillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar konsultationen personalens förutsättningar att tidigt identifiera psykisk ohälsa, så att patienten kan få vård på rätt nivå. Den faktiska patientnyttan är dock osäker – det saknas evidens. Möjligen kan konsultationen också ge andra positiva hälsoeffekter på längre sikt. Konsultationen är ett alternativ om det saknas förutsättningar för ett multiprofessionellt arbetssätt, där psykologen blir ännu mer tillgänglig.

Beskrivning av patientgruppen och den rekommenderade insatsen

Psykisk ohälsa under graviditeten och efter förlossning kan ha stor betydelse för den gravida eller nyförlösta, det väntade/nyfödda barnets och familjens hälsa och välbefinnande. Samspelet med barnet kan påverkas negativt av moderns psykiska ohälsa och innebära hälsorisker för barnet på kort och längre sikt.

Regelbunden konsultation för barnmorskor och läkare inom mödrahälsovården tillsammans med psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog) innebär ett stöd i arbetet med psykisk ohälsa. Konsultationerna kan t.ex. ge råd och stöd om hur enskilda ärenden kan handläggas, vilka remissvägar som finns, hur man kan behålla ett professionellt förhållningssätt i arbetet med svåra ärenden. Konsultationen kan ske enskilt eller i grupp och bör ske med regelbundenhet (anpassad efter verksamheten) för att uppnå kontinuitet. Åtgärden gäller oavsett mödravårdens organisatoriska tillhörighet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om insatsen

Regelbunden konsultation med psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården ökar förutsättningarna för att

- tidigt identifiera psykisk ohälsa
- ge insatser på rätt vårdnivå

för gravida eller nyförlösta med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa, jämfört med ingen sådan konsultation (konsensus).

Har insatsen några biverkningar eller oönskade effekter?

Insatsen innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier som uppfyllde PICO och kan bidra till att besvara frågeställningen har identifierats. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se Konsensusutlåtande nedan. Inga pågående studier som skulle kunna besvara frågeställningen har identifierats på ClinicalTrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av insatsen genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård har tagit ställning till följande påstående:

Regelbunden konsultation med psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården ökar förutsättningarna för att

- *tidigt identifiera psykisk ohälsa*
- *ge insatser på rätt vårdnivå*

för gravida eller nyförlösta med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa, jämfört med ingen sådan konsultation.

Konsensus uppnåddes eftersom 98 procent av 108 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Slutsatsen om effekt i detta kunskapsunderlag bygger på konsensus i en expertpanel, och det saknas därmed en kvantitativ skattning av insatsens effekt. Hälsoekonomisk bedömning enligt Socialstyrelsens modell är därför inte möjlig.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har regelbunden konsultation av psykolog för personal inom mödrahälsovården på tidig identifiering av psykisk ohälsa och insats på rätt vårdnivå, jämfört med ingen konsultation?

- **Population:** Gravid med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa
- **Intervention:** Regelbunden konsultation av psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården
- **Kontrollgrupp:** Ingen konsultation av psykolog
- **Utfallsmått:** Identifiering av psykisk ohälsa, bibehållen psykisk hälsa, akuta vårdkontakter
- **Studietyp:** SÖ, RCT, icke-randomiserad kontrollerad studie

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	108
Artiklar som lästes i fulltext	2
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-02-24

Ämne: ID2 - Regelbunden konsultation av psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
81.	DE	(MM "Pregnancy") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Period") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Perinatal Period") OR (MH "Maternal Health Services")	48,390
82.	FT/TI, AB	TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal OR "maternal health service*" OR "maternity care" OR maternity health care" OR "maternity healthcare" OR "maternity service") OR AB (pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peri-partum OR post-partum OR post-natal OR "maternal health service*" OR "maternity care" OR maternity health care" OR "maternity healthcare" OR "maternity service")	159,361
83.		1 OR 2	179,078
84.	DE	(MM "Depression") OR (MH "Depression, Postpartum") OR (MH "Anxiety") OR (MH "Anxiety Disorders") OR (MM "Stress Disorders, Post-Traumatic")	149,773
85.	FT/TI, AB	"depressive disorder*" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR "endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR anxiety OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*" OR "maternal depression*" OR "perinatal depression*" OR anxiety OR post-	300,624

		traumatic OR stress-disorder* OR PTSD OR "mental health*"	
86.	FT/ti	depress*	75,386
87.		4 – 6 OR	362,107
88.		3 AND 7	16,495
89.	DE	(MH "Personnel, Health Facility") OR (MH "Nurse Midwives") OR (MH "Midwives") OR (MM "Nurses") OR (MM "Physicians")	91,360
90.	FT/TI,AB	TI ("health personnel" OR "Healthcare Worker*" OR "Health Care Professional*" OR midwife OR midwives OR physician* OR nurse* OR practitioner* OR doctor* OR obstetrician* OR "care provider*" OR "healthcare provider*" OR "health care provider*" OR "maternity staff" OR "obstetric staff" OR staff* OR worker* OR practitioner* OR personnel OR workforce* OR employee* OR "healthcare profession*" OR "health care profession*") OR AB "health personnel" OR "Healthcare Worker*" OR "Health Care Professional*" OR midwife OR midwives OR "healthcare provider*" OR "health care provider*" OR "maternity staff" OR "obstetric staff")	484,851
91.		9 OR 10	523,278
92.		(MH "Psychologists") OR (MH "Referral and Consultation")	47,332
93.	FT/tiab	TI (psychologist* OR psychiatrist* OR "clinical skill*" OR "clinical expert*" OR "clinical knowledge" OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant* OR consultative OR "clinical competence*" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support" OR "clinical supervision" OR "clinical psychologist*" OR "professional supervision") OR AB ("clinical skill*" OR "clinical expert*" OR "clinical knowledge" OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant* OR consultative OR "clinical competence*" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support" OR "clinical supervision" OR "clinical psychologist*" OR "professional supervision")	194,709
94.		12 OR 13	216,794
95.	ti	8 AND 11 AND 14	251
96.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR	

	"comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
97.	14 AND 15 ; Academic journals ; English	13
98.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
99.	14 AND 19 Academic journals ; English	31

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-02-24

Ämne: ID2 - Regelbunden konsultation av psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
100.	Mesh/FT	"Pregnancy"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh:NoExp] OR "Perinatal Care"[Mesh] OR "Maternal Health"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR after delivery[ti] OR post-delivery[ti] OR after birth[ti] OR postdelivery[ti] OR ((pregnancy[tiab] OR pregnant[tiab] OR maternal[tiab] OR prenatal[tiab] OR antenatal[tiab] OR antepartum[tiab] OR intrapartum[tiab] OR perinatal[tiab] OR peripartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR pre-natal[tiab] OR ante-natal[tiab] OR ante-partum[tiab] OR intra-partum[tiab] OR peri-natal[tiab] OR peri-partum[tiab] OR post-partum[tiab] OR post-natal[tiab] OR Maternal Health Service*[tiab] OR maternity care[tiab] OR maternity health care[tiab] OR maternity healthcare[tiab] OR maternity service*[tiab]) NOT Medline[sb])	1,095,378
101.	Mesh/FT	"Depressive Disorder"[Mesh:NoExp] OR "Depression"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh:NoExp] OR "Anxiety Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR depress*[ti] OR ((depressive disorder*[tiab] OR depressive symptom*[tiab] OR depressive neuros*[tiab] OR endogenous depression*[tiab] OR depressive syndrome*[tiab] OR neurotic depression*[tiab] OR unipolar depression*[tiab] OR anxiety[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental illness*[tiab] OR mentally ill[tiab] OR	680,042

	postpartum depression*[tiab] OR post-partum depression*[tiab] OR postnatal depression*[tiab] OR post-natal depression*[tiab] OR maternal depression*[tiab] OR perinatal depression*[tiab] OR anxiety[tiab] OR post-traumatic[tiab] OR stress-disorder*[tiab] OR PTSD[tiab] OR mental health*[tiab]) NOT Medline[sb])	
102.	1 AND 2	26,327
103. Mesh/FT	"Health Personnel"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh:NoExp] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR ((health personnel[tiab] OR Healthcare Worker*[tiab] OR Health Care Professional*[tiab] OR midwife[tiab] OR midwives[tiab] OR physician*[tiab] OR nurse*[tiab] OR practitioner*[tiab] OR doctor*[tiab] OR obstetrician*[tiab] OR care provider*[tiab] OR healthcare provider*[tiab] OR health care provider*[tiab] OR maternity staff[tiab] OR obstetric staff[tiab] OR staff*[tiab] OR worker*[tiab] OR practitioner*[tiab] OR personnel[tiab] OR workforce*[tiab] OR employee*[tiab] OR healthcare profession*[tiab] OR health care profession*[tiab]) NOT Medline[sb])	795,017
104. Mesh/FT	"Clinical Competence"[Majr] OR "Referral and Consultation"[Majr] OR "Consultants"[Majr] OR clinical skill*[tiab] OR clinical expert*[tiab] OR clinical knowledge[tiab] OR refer[tiab] OR referral*[tiab] OR referred[tiab] OR consultation*[tiab] OR consultant*[tiab] OR consultative[tiab] OR clinical competence*[tiab] OR advisory service*[tiab] OR professional advice*[tiab] OR clinical advice*[tiab] OR clinical support[tiab] OR clinical supervision[tiab] OR psychologist*[tiab] OR psychiatrist*[tiab] OR clinical supervision[tiab]	604,006
105.	3 – 5 AND	198
106.	"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
107. Mesh/FT	6 AND 7 Filters applied English	13
108.	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	
109.	6 AND 9	29

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-02-24
Ämne: ID2 - Regelbunden konsultation av psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa, för personal inom mödrahälsovården

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	DE "Pregnancy" OR DE "Prenatal Care" OR DE "Postnatal Period" OR DE "Perinatal Period" OR DE "Antepartum Period"	59,225
2.	FT/TI, AB	TI ("after delivery" OR post-delivery OR "after birth" OR postdelivery OR pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR perinatal OR peri-partum OR post-partum OR postnatal OR "maternal health service*" OR "maternity care" OR maternity health care" OR "maternity healthcare" OR "maternity service") OR AB (pregnancy OR pregnant OR maternal OR prenatal OR antenatal OR antepartum OR intrapartum OR perinatal OR peripartum OR postpartum OR postnatal OR pre-natal OR ante-natal OR ante-partum OR intra-partum OR peri-natal OR peripartum OR post-partum OR post-natal OR "maternal health service*" OR "maternity care" OR maternity health care" OR "maternity healthcare" OR "maternity service")	58,505
3.		1 OR 2	85,824
4.	DE	DE "Depression (Emotion)" OR DE "Anxiety" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Mental Health" OR DE "Postpartum Depression" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Posttraumatic Stress"	282,722
5.	FT/tiab	"depressive disorder*" OR "depressive symptom*" OR "depressive neuros*" OR "endogenous depression*" OR "depressive syndrome*" OR "neurotic depression*" OR "unipolar depression*" OR anxiety OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mentally ill" OR "postpartum depression*" OR "post-partum depression*" OR "postnatal depression*" OR "post-natal depression*" OR "maternal depression*" OR "perinatal depression*" OR anxiety OR post-traumatic OR stress-disorder* OR PTSD OR "mental health*"	611,039
6.	FT/ti	depress*	134,006
7.		4 – 6 OR	705,512
8.		3 AND 7	20,596
9.	DE	DE "Personnel" OR DE "Nurses" OR DE "Midwifery" OR DE "Physicians"	72,332
10.	FT/tiab	"health personnel" OR "Healthcare Worker*" OR "Health Care Professional*" OR midwife OR midwives OR physician* OR nurse* OR	568,246)

		practitioner* OR doctor* OR obstetrician* OR "care provider*" OR "healthcare provider*" OR "health care provider*" OR "maternity staff" OR "obstetric staff" OR staff* OR worker* OR practitioner* OR personnel OR workforce* OR employee* OR "healthcare profession*" OR "health care profession*"	
11.		9 OR 10	575,103
12.	DE	(DE "Clinical Psychologists") OR (DE "Clinical Psychology") OR (DE "Professional Supervision") OR (DE "Professional Referral") OR (DE "Professional Consultation") OR (DE "Consultation Liaison Psychiatry") OR (DE "Consulting Psychology")	39,368
13.	FT/tiab	TI (psychologist* OR psychiatrist* OR "clinical skill*" OR "clinical expert*" OR "clinical knowledge" OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant* OR consultative OR "clinical competence*" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support" OR "clinical supervision" OR "clinical psychologist*" OR "professional supervision") OR AB ("clinical skill*" OR "clinical expert*" OR "clinical knowledge" OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant* OR consultative OR "clinical competence*" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support" OR "clinical supervision" OR "clinical psychologist*" OR "professional supervision")	199,625
14.		12 OR 13	218,921
15.		8 AND 11 AND 14	342
16.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
17.		15 AND 16 ; Academic journals ; English	13
18.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical	

	study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
19.	15 AND 18 Academic journals ; English	32

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Miller et al, 2009 [1]	Ej relevant intervention
Morse et al, 2004 [2]	Ej relevant intervention

Referenser

1. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. Arch Womens Ment Health. 2009; 12(5):329-34.
2. Morse C, Durkin S, Buist A, Milgrom J. Improving the postnatal outcomes of new mothers. Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell). 2004; 45(5):465-74.