

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Metodbeskrivning

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.

Förord

Detta en bilaga till *Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*. Vi beskriver

- Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården
- vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter.

I denna version från 2026 har vi kompletterat med två rekommendationer om graviditetsdiabetes.

De fullständiga riktlinjerna finns på Socialstyrelsens webbplats, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/graviditet-forlossning-och-tiden-efter/>.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Varför vi tar fram nationella riktlinjer	5
Varför vi tagit fram riktlinjer om graviditet, förlossning och tiden efter ...	5
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde	7
Hur vi avgränsat riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter ...	7
Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad	9
Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter	9
Hur vi tar fram kunskapsunderlag	11
Hur vi tar fram vetenskapligt underlag	11
Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	13
Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag	14
Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet	17
Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst	17
FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs	18
Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas	18
Hur vi prioriterat i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter	19
Hur vi tar fram nationella indikatorer	22
Hur vi tagit fram nationella indikatorer i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter	22
Hur vi för en diskussion om riktlinjerna	24
Hur vi fört en diskussion om riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter	24
Referenser	25

Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjerna ska också bidra till att rätt insats används för rätt patient- eller brukargrupp, för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården. Dessutom ska riktlinjerna bidra till att hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och tandvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av öppna och systematiska prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden och sociala eller medicinska insatser där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare samt socialtjänst-, tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågor inom ett område. I riktlinjerna ger vi rekommendationer om insatser på gruppnivå, som kan vara en utgångspunkt när regionerna tar fram kunskapsstöd som vårdprogram och vårdförlopp.

Det är Socialstyrelsen som beslutar om vilka riktlinjer vi tar fram. I vissa fall får vi i uppdrag av regeringen att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

Varför vi tagit fram riktlinjer om graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen fick i juni 2021 i uppdrag av regeringen att ta fram ett sammanhållet nationellt stöd för mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården. I det samlade stödet ska ingå både stöd för prioriteringar på lednings- och styrningsnivå, motsvarande nationella riktlinjer, och stöd till yrkesverksamma inom mödrahälsovård och förlossningsvård. Även indikatorer för uppföljning ska tas fram.

I december 2022 utökades uppdraget med att även utarbeta ett medicinskt basprogram som stöd för mödrahälsovårdens arbete under graviditet och ett stöd för handläggningen av normalförlossning. I metodbeskrivningen

beskriver vi den del av uppdraget som syftar till att ta fram stöd för prioriteringar, där även basprogrammet ingår.

Rekommendationerna i riktlinjerna följer vårdkedjan från graviditet till eftervård. Det är också ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, som behöver uppmärksammas i alla delar av vårdkedjan.

Urvalet av rekommendationer i dessa riktlinjer bygger på en behovsanalys utifrån

- tidigare kartläggningar och arbeten från Socialstyrelsen, framför allt kunskapsstödet *Graviditet, förlossning och tiden efter* från 2022 [1]
- dialog med sakkunniga i mödrahälsovård och förlossningsvård från Socialstyrelsen, professions- och ämnesföreningar och andra relevanta aktörer, till exempel NPO kvinnosjukdomar och förlossning
- dialog med företrädare för patienter.

Behovsanalysen visade bland annat att det behövdes

- bättre stöd och uppföljning efter förlossningen för dem som fött barn
- bättre stöd för grupper med särskilda behov, till exempel gravida med psykisk ohälsa, obesitas eller alkohol- eller narkotikabruk
- vägledning för planerad barnmorskeassisterad hemförlossning, eftersom det förekommer men riktlinjer har saknats
- vägledning för igångsättning av förlossning i vecka 41, eftersom olika aktörer har efterfrågat en rekommendation från Socialstyrelsen som oberoende myndighet i denna omdiskuterade fråga.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med nationella riktlinjer skapar vi en lista med tillstånd och insatser.

Med **tillstånd** menar vi till exempel, hos en individ:

- en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana
- risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar
- avsaknad av en riskfaktor eller sjukdom
- en social situation, till exempel avsaknad av arbete eller bostad.

Till varje tillstånd kopplar vi en **insats** som är möjlig att utföra. Det kan vara allt från en behandling eller stödinsats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande insatser. Exempel på insatser är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet (vid demenssjukdom), kognitiv beteendeterapi (vid ångestsyndrom) och kvalificerat rådgivande samtal (för att nå rökstopp).

Eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning så finns det många tillstånd och insatser som vi inte tar med i listan.

Hur vi avgränsat riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara särskilt viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Det kan vara kontroversiella åtgärder, åtgärder där det finns praxiskillnader eller åtgärder inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker enbart in ett urval av relevanta åtgärder. De kompletteras av flera andra kunskapsstöd (se vidare avsnittet *Kompletterande stöd* i huvudrapporten). Socialstyrelsen tar inte ställning till åtgärder som inte ingår i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har tagit det slutgiltiga beslutet om vilka rekommendationer som ska ingå i riktlinjerna, medan anlitade sakkunniga i vår projektledning har varit rådgivande. Redan när arbetet startade hade Socialstyrelsen dock beslutat att ge rekommendationer om hemförlossning, igångsättning av

förlossning i vecka 41 och samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan, på grund av det tydliga vägledningsbehovet. När det gäller igångsättning av förlossning i vecka 41 finns också riktlinjer från NPO kvinnosjukdomar och förlossning, som vänder sig till förlossningskliniker.

Vid framtagande av de nationella riktlinjerna för Graviditet, förlossning och tiden efter har Socialstyrelsen samarbetat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen via det nationella programområdet (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning samt med professionsföreningar och patientföreningar. Dessa har nominerat experter för medverkan i arbetet.

Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna bedömer vi svårighetsgraden. Bedömningsarbetet utgår från en matris där vi väger samman varje tillståndets påverkan på livskvalitet och livslängd. Matrisen tar hänsyn till

- fysiska eller psykiska symtom och funktionsnedsättningar, och funktionsnedsättningarnas praktiska och sociala konsekvenser
- hur ofta tillståndet gör sig påmint
- tillståndets varaktighet
- risken för framtida påverkan på livskvaliteten vid utebliven insats
- risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en fyrgradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad.

I graderingen eftersträvar vi ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom området. *Mycket stor svårighetsgrad* står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död, alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Graviditet, förlossning och tiden därefter kan innebära tillstånd som påverkar samtliga delar i den ovan nämnda matrisen. Bedömningen av svårighetsgrad görs alltid på gruppnivå. Projektledningens experter har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de olika tillstånden med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Svårighetsgraden varierar bland de ingående tillstånden från liten till mycket stor.

Graviditet är ett tillstånd där moder och foster är biologiskt förbundna med varandra, vilket innebär att medicinska åtgärder för den ena ofta involverar

den andra. Mot bakgrund av detta har i förekommande fall den med störst svårighetsgrad varit avgörande för bedömningen av tillståndets svårighetsgrad som helhet.

Gravida som är friska med en okomplicerad singelgraviditet där risken för komplikationer är liten bedöms ha en liten svårighetsgrad. Tillstånd under graviditet och förlossning som är associerade med allvarliga konsekvenser för den gravida, den födande eller barnet bedöms ha en stor till mycket stor svårighetsgrad beroende på tillstånd.

För graviditetsdiabetes har svårighetsgraden bedömts utifrån det obehandlade tillståndet och med beaktande av både moderns och barnets perspektiv. Bedömningen har inkluderat såväl kortsiktiga komplikationer i samband med graviditet och förlossning som långsiktiga konsekvenser, såsom ökad risk för typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom hos modern samt metabol påverkan och ökad risk för framtida sjukdom hos barnet. Sammantaget har tillståndet bedömts ha stor svårighetsgrad, baserat på en sammanvägning av konsekvensernas allvarlighetsgrad och risken att drabbas.

Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom varje riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier för de aktuella insatserna. Med hjälp av Socialstyrelsens utredare och informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker vi efter enskilda studier (randomiserade kontrollerade studier och prospektiva observationsstudier med kontrollgrupp).

De effekter av en insats som vi utvärderar ska i första hand vara individnära. Exempel är effekter på överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga, men vad som är relevant att utvärdera kan variera mellan olika områden.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Vi sammanställer det rådande kunskapsläget och redovisar

- vilken effekt insatserna har på tillståndet
- hur stark evidensen är för effekten, det vill säga tillförlitligheten till resultaten som redovisas i de vetenskapliga studierna.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans "The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation") [2], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget.

Nedan beskriver vi översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell insats vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)	Innebär att det inte går att bedöma om den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.

Evidensgraderingen utgår från en bedömning av

- studiedesign
- studiekvalitet
- överförbarhet
- studieresultatens precision
- risk för publikationsbias, det vill säga risk för snedvridning i sammanställningen av studieresultaten på grund av att opublicerade studier inte ingår.

Bedömningen utgår från ⊕⊕○○. Graderingen sänks om bedömningen visar att det finns brister i någon av punkterna ovan. För observationsstudier kan graderingen höjas om det till exempel finns stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) eller ett tydligt dosrespons samband.

Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tagit fram kunskapsunderlag för sex rekommendationer i riktlinjerna.

Två av riktlinjernas rekommendationer omfattar gravida med obesitas, vilka har tagits fram inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. För mer information – se [Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#).

Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Ibland går det inte att uttala sig om effekter, bieffekter eller önskade effekter av en insats. Det kan saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier eller prospektiva observationsstudier med kontrollgrupp, eller så är evidensstyrkan otillräcklig av andra orsaker. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om insatsen kan Socialstyrelsen överväga att samla in beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen använder en modell för att samla in beprövad erfarenhet systematiskt. Modellen går ut på att – utifrån en så kallad konsensusprocess – bedöma om det råder enighet om effekten av en insats. En panel med yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstområde tar ställning till insatsens nytta och eventuella olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera påståenden. Konsensus har uppnåtts när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dem är samstämmiga i sina svar. Panelen svarar anonymt via en webbaserad enkät.

Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har samlat in erfarenhetsbaserad kunskap för totalt tio frågeställningar, varav en inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Påståendena i den webbaserade enkäten formulerades i samråd med de ansvariga experterna i projektledningen.

Socialstyrelsen har haft en konsensuspanel bestående av cirka 150 yrkesverksamma personer med erfarenhet av mödrahälsovård och förlossningsvård. Dessa paneldeltagare har rekryterats via relevanta specialist- och professionsföreningar. Konsensuspanelen har haft en god spridning över landet och täckt upp många relevanta yrkeskategorier från olika delar av vårdkedjan. Exempelvis finns barnmorskor och läkare med erfarenhet av mödrahälsovård respektive förlossningsvård representerade i konsensuspanelen, liksom fysioterapeuter, uroterapeuter och psykologer.

Resultatet från enkäterna redovisas i respektive kunskapsunderlag, men sammanfattningsvis varierar antalet svarande på frågorna mellan 89 och 110

personer, och andelen som instämmer med konsensuspåståendet varierar mellan 98 och 100 procent.

För mer information om kunskapsunderlag för den frågeställning där erfarenhetsbaserad kunskap inhämtats inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – se Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.

Socialstyrelsen samlade också in erfarenhetsbaserad kunskap när gränsvärden för diagnosen graviditetsdiabetes skulle uppdateras. Detta gjordes med en modifierad process än den som är beskriven ovan och med en annan konsensuspanel än den som är beskriven nedan.

Läs mer om hur vi har kommit fram till gränsvärdena i bilagan *Gränsvärden för graviditetsdiabetes* på Socialstyrelsens webbplats.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om insatsens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet, och vilken evidens som finns för det. Socialtjänsten använder inte uttrycket hälsoekonomi om de uträkningar man gör om en insats och dess kostnadseffektivitet, men vi har valt att använda uttrycket genomgående för alla våra rekommendationer.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella frågorna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och insatser i denna genomgång utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjerna innehåller flera möjliga insatser för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla insatserna. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. I tandvården kan man exempelvis se på antal karierade och saknade tandytor (så kallade DMS). I socialtjänsten används till exempel minskad hemlöshet, ökad livskvalitet och ökat deltagande i samhällslivet som effektmått.

När vi bedömer att en studie har god kvalitet och är relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2 a). När vi bedömer att studien har god kvalitet men vissa brister i relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör

experterna egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten bedöms sedan enligt fyra kategorier, eller som inte bedöms när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2 b).

Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens bedöms enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagna i dialog med Socialstyrelsens experter.

Tabell 2b. Klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår

Kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömd	Insatsens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram hälsoekonomiskt underlag i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Det hälsoekonomiska underlaget har tagits fram av SBU. De har tagit fram underlag om åtgärdernas kostnadseffektivitet för fem av frågeställningarna. I de fall kostnadseffektivitet inte varit möjligt att sammanställa har en kostnadsberäkning gjorts för åtgärden. De hälsoekonomiska underlagen har

baserats på data från den vetenskapliga litteraturen, och inga egna modellberäkningar eller kalkyler har utförts.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har gjort en analys av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av ett urval av riktlinjernas slutgiltiga rekommendationer.

Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet

För att hjälpa beslutsfattare och chefer att prioritera resurser, ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet – vi rangordnar de utvalda insatserna inom varje riktlinjeområde och formulerar rekommendationer om dem. Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 3).

Tabell 3. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna.
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst

Insatserna får en prioritetssiffra från 1 till 10 efter angelägenhetsgrad. Prioriteringen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad
- insatsens effekt
- kostnadseffektiviteten.

I socialtjänsten finns inget lagligt stöd för att prioritera utifrån svårighetsgraden, så därför vägs istället de övriga komponenterna samman.

Prioriteringsarbetet utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60), socialtjänstlagens bärande principer och kunskapsunderlagen. I arbetet finns representation från

- olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter)
- aktuella vårdnivåer (till exempel primär- och närsvård, länssjukvård och regionsjukvård) eller olika verksamheter i socialtjänsten
- olika delar av landet.

Ramarna för prioriteringsarbetet är desamma i alla riktlinjer:

- Insatser med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan få en prioritetssiffra mellan 1 och 10.
- Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högre än mindre effektiva insatser vid mindre allvarliga tillstånd.
- Insatser med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden prioriteras högre än insatser med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Insatser som kan betecknas som andrahandsval prioriteras lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre prioritet blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

FoU står för forskning och utveckling och innebär att en insats endast bör utföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- insatsen är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- insatsen har införts i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område ser vi särskilt över det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna, för att se om ny kunskap har tillkommit.

Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas

Icke-göra betyder att hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten bör sluta utföra en insats. Minst ett av följande kriterier ska då vara uppfyllda:

- Insatsen innebär en risk som inte kan motiveras utifrån den förväntade nyttan. De oönskade effekterna väger tyngre än de önskade effekterna.
- Insatsen saknar relevant effekt.
- Insatsen är utredande men saknar värde för fortsatt vård och omsorg.
- Kostnadseffektivitetskvoten överstiger det accepterade tröskelvärdet.¹

Hur vi prioriterat i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har rekryterat representanter till rekommendationsgruppen via sjukvårdsregionerna och organisationen Birth Rights Sweden som ombetts nominera representanter.

Rekommendationsgruppen för riktlinjerna som publicerades år 2023 och 2025 har bestått av sammanlagt 21 personer som representerar olika delar av vårdkedjan och olika delar av landet, och som har en bred kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom mödrahälsovård eller förlossningsvård. Två av deltagarna har företrätt organisationen Birth Rights Sweden.

Samtliga deltagare har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte förelegat något hinder för att delta i rekommendationsgruppen. Yrkesgrupper som finns representerade är läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter och uroterapeuter. Bland läkarna finns specialister inom obstetrik och gynekologi samt neonatologi. De psykologer som medverkat är verksamma inom mödrahälsovården. Kunskap och klinisk erfarenhet kring bäckenbottenhälsa och förlossningsskador finns i flertalet av de nämnda yrkesgrupperna. En del av läkarna är verksamma som mödrahälsovårdsöverläkare och några av barnmorskorna är verksamma som samordningsbarnmorskor inom olika regioner. En del av deltagarna i rekommendationsgruppen har tjänster som chefer och verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård.

Rekommendationsgruppen som användes för de två rekommendationerna om graviditetsdiabetes bestod av X personer. X av dessa hade ingått i den tidigare rekommendationsgruppen, medan övriga deltagare nominerades av sjukvårdsregionerna. Organisationen Birth Rights Sweden ombads att nominera representanter, men hade inte möjlighet.

¹ Tröskelvärdet beror på tillståndets svårighetsgrad. Ett allvarigare tillstånd innebär en högre betalningsvilja.

I arbetsprocessen använder vi en modifierad Delphimetod. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till rekommendationsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger sedan individuella förslag på prioritetssiffra 1–10, FoU eller icke-göra för den aktuella frågeställningen, utifrån en helhetsbedömning av tillståndets svårighetsgrad och åtgärdens effekt. Eventuella hälsoekonomiska analyser vägs in senare.

I enkäten uppmanas deltagarna att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs anonymt, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Prioriteringsmedlemmarna får därmed möjlighet att revidera sina tidigare förslag på prioritering utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning. Vid efterföljande möten utgår rekommendationsgruppen från resultatet av webbenkäten, diskuterar och enas om ett förslag på prioritering som hela gruppen står bakom.

Avslutningsvis sker en harmonisering, det vill säga att rekommendationsgruppen efter att samtliga kunskapsunderlag fått en rekommendation, ser över att varje rekommendation är rimlig med hänsyn till övriga rekommendationer.

Endast åtgärder för hälsotillstånd med mycket stor svårighetsgrad har fått prioritet 1, med ett fåtal undantag. När svårighetsgraden är stor har vi haft som princip att ge högst prioritet 3, när den är måttlig högst 5 och när den är liten högst 6.

För några av tillstånden varierar svårighetsgraden inom gruppen. Principen här har varit att låta det svåraste tillståndet väga tyngst. Exempelvis har åtgärder för tillstånd med svårighetsgrad som varierar från liten till stor som högst fått prioriteringssiffra 3.

För de två rekommendationer som omfattar gravida med obesitas, har rangordning skett inom ramen för Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Rekommendationsgruppen inom mödrahälsovård och förlossningsvård har därefter varit eniga om att instämma i tidigare prioritering. För mer information om rangordning av rekommendationer i riktlinjerna för obesitas – se [Metodbeskrivning - Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#).

I denna riktlinje har Socialstyrelsen inkluderat en rekommendation om nationellt basprogram för mödrahälsovården som fått prioriteringssiffra 1 enligt arbetssättet god praxis. Detta är första gången som Socialstyrelsen tar fram en rekommendation om god praxis på det här sättet. En sådan rekommendation kan ges för åtgärder som kan betraktas som självklara och

där alternativet (dvs att inte erbjuda åtgärden) kan betraktas som orimlig eller oetisk. För dessa åtgärder eftersöker inte Socialstyrelsen vetenskapligt underlag utan vi beskriver den indirekta evidens och de logiska samband som förklarar varför åtgärden kan betraktas som självklar.

Socialstyrelsen bedömde att ett nationellt basprogram för mödrahälsovård skulle lämpa sig som en rekommendation om god praxis, eftersom det i många fall saknas direkt evidens i form av randomiserade kontrollerade studier samtidigt som alla är överens om att graviditetsövervakning inom mödrahälsovård fyller en mycket viktig funktion att förebygga sjukdom och död för både den gravida och det väntade barnet.

I arbetet med Nationellt basprogram för graviditetsövervakning har vi konsulterat den nationella arbetsgruppen (NAG:en) för mödrahälsovård inom ramen NPO för Kvinnosjukdomar och förlossning. En rekommendation om god praxis motsvarar prioriteringssiffran 1 och sammanställningen av ett nationellt basprogram presenterades därför till rekommendationsgruppen för kännedom.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För de flesta riktlinjeområden tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården utför de insatser som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i vården och omsorgen. En indikator kan exempelvis vara andelen personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med diabetes som röker, väntetid till kranskärlsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- baseras på vetenskap eller beprövad erfarenhet
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

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

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

Hur vi tagit fram nationella indikatorer i riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Indikatorer har tagits fram för de rekommendationer som har högst prioritet i prioriteringsstödet, vilket har resulterat i totalt nio indikatorer: två inom området *graviditet*, två inom området *förlossning*, fyra inom området *eftervård*, och en inom området *psykisk ohälsa*. En av dessa indikatorer har hämtats från Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. För ett fåtal av indikatorerna finns det data tillgänglig i relevanta nationella register, Medicinska födelseregistret, Patientregistret och Graviditetsregistret. För de indikatorer där det idag inte finns några nationella datakällor kommer

datainsamling vid utvärderingstillfället ske via enkät till regioner och verksamheter.

En mer utförlig beskrivning och en indikatorförteckning finns i indikatorrapporten på socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjer/förlossningsvård.

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

Den första versionen av riktlinjerna inom ett område diskuteras ofta på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. Sjukvårdsregioner, enskilda regioner och kommuner brukar förbereda seminariet. De gör bland annat en beskrivning av praxis och en analys av hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet. Det finns även möjlighet för övriga intressenter att lämna skriftliga synpunkter på den första versionen – till exempel yrkesföreningar, patient- och brukarorganisationer och allmänheten.

Konsekvensanalyserna och synpunkterna är viktiga för Socialstyrelsen i det fortsatta arbetet med att ta fram en uppdaterad version av riktlinjerna.

Hur vi fört en diskussion om riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter

Utöver att aktivt inhämta skriftliga synpunkter på de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen också presenterat riktlinjerna hos professionsnätverk.

2026 har Socialstyrelsen uppdaterat de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter med rekommendationer om graviditetsdiabetes och uppdaterade gränsvärden för diagnosen graviditetsdiabetes. Vi har inte aktivt samlat in skriftliga synpunkter från intressenter för detta tillägg, eftersom detta hade gjorts för den första publicerade versionen av riktlinjen.

Referenser

1. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå Socialstyrelsen; 2022.
2. GRADE. Hämtad från: <https://www.gradeworkinggroup.org/>