

Nationella riktlinjer 2026:

Graviditet, förlossning och tiden efter

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser

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.

ISBN: 978-91-7555-666-6

Artikelnummer: 2026-3-10108

Foto: scandinav.se/David Zandén

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

Riktlinjerna är en del av ett samlat stöd till mödrahälsovården och förlossningsvården, där vi också ger rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal utifrån det tidigare publicerade kunskapsstödet *Graviditet, förlossning och tiden efter*. Hela det samlade stödet finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Under de närmaste åren planerar vi att börja utvärdera vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, med utgångspunkt i indikatorerna.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, professionsföreningar och andra lämnade värdefulla synpunkter på den första versionen av riktlinjerna, som publicerades i december 2023. Utifrån synpunkterna publicerade vi en uppdatering 2025, där vi också lade till två rekommendationer om riskbedömning och igångsättning av förlossning för gravida som nått graviditetsvecka 41. I denna version från 2026 har vi kompletterat med två rekommendationer om graviditetsdiabetes. Samtidigt har vi tagit bort de tidigare rekommendationerna om graviditetsdiabetes i de nationella riktlinjerna om diabetes från 2018. Budskapen om graviditetsdiabetes sammanfattas i broschyren [Nationella riktlinjer 2026: Graviditetsdiabetes – sammandrag från de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter](#).

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Graviditet, förlossning och tiden efter

Innehåll

Förord	3
Huvudbudskap	7
Fokusera mer på dem som har störst behov.....	7
Stärk vårdkedjan	7
Förbättra eftervården	8
Regionala skillnader i vården	8
Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd	9
Fokus på insatser som kräver särskild vägledning	9
Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap	10
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer	12
Utgångspunkt: vården idag.....	14
Mödrahälsovården främjar hälsa och fångar upp risker	14
Förlossningspersonalen arbetar för säkra förlossningar	15
Eftervård på sjukhus och i mödrahälsovården	15
En del behöver specialiserad vård	16
Stora skillnader i vården	16
Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef	18
Graviditet	19
Förlossning	25
Eftervård	30
Psykisk ohälsa	34
Om urvalet av rekommendationer	38
Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård.....	40
Att implementera effektivt.....	40
Exempel på risker och svåra frågor.....	41
Etiska principer för prioritering	43
Kompletterande stöd	44
Deltagare i riktlinjearbetet	49
Referenser.....	57
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....	59
Bilaga 2. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning ...	65

Bilaga 3. Översikt av indikatorer	77
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben	79
Bilaga 5. Versionshistorik	80

Huvudbudskap

Mödrahälsovården och förlossningsvården är bra, men det kan bli ännu bättre. Sverige har en utbyggd mödrahälsovård, som främjar de gravidas hälsa och fångar upp risker. Förlossningsvården är också god och säker, och de allra flesta som föder barn får en positiv upplevelse. Vården behöver dock bli mer jämlik, så att alla får en god vård på lika villkor oberoende av till exempel bakgrund eller psykisk hälsa. Kontinuiteten i vårdkedjan behöver också förbättras. Framför allt behövs förbättringar i eftervården.

Fokusera mer på dem som har störst behov

Hälso- och sjukvårdslagen säger att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Du som beslutar om mödrahälsovård eller förlossningsvård behöver säkerställa en organisation som möter behovet hos utsatta grupper. Till exempel behöver de som har psykisk ohälsa under graviditeten eller efter förlossningen tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling: barnmorska, psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa och läkare. Säkerställ också att ni har rutiner i mödrahälsovården för att samverka med psykiatri, primärvården och barnhälsovården.

En annan utsatt grupp är gravida och nyblivna föräldrar som använder alkohol eller narkotika. Kring dem bör ni samverka med barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården. Det kan göra stor nytta för hela familjen.

Ni bör också stärka vården och bemötandet av dem som har obesitas. De tillhör en stigmatiserad grupp, och många upplever diskriminering och fördömsfullt bemötande. Ett första steg mot bättre vård och bemötande är kompetensutveckling för all personal som möter gruppen.

Stärk vårdkedjan

Det är viktigt att gravida och de som nyligen har fött barn känner sig trygga genom hela vårdkedjan, från graviditet till förlossning och eftervård. Många är till exempel osäkra på vart de ska vända sig med besvär efter förlossningen. Som beslutsfattare behöver du se till att detta blir tydligt för alla patienter, oavsett förstaspråk, kulturell bakgrund, funktionssätt med mera.

En del gravida behöver mer stöd och trygghet, på grund av till exempel språkliga barriärer, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla. Vissa

regioner har startat projekt för att pröva arbetssättet att samma barnmorsketeam följer dessa patienter genom hela vårdkedjan. Det saknas fortfarande kunskap om effekten av en sammanhållen vårdkedja för denna patientgrupp, och Socialstyrelsen rekommenderar därför vårdformen endast inom ramen för forskning och utveckling.

Förbättra eftervården

Eftervården är den del av vårdkedjan som kräver mest förstärkning. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Säkerställ till exempel att de som fött barn får möjlighet till tidig uppföljning i mödrahälsovården under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhuset, vid flera tillfällen om det behövs. Sedan följer sedvanliga eftervårdsbesök 6–16 veckor efter förlossningen.

Som ansvarig för eftervård bör du också se till att alla som nyligen fött barn enkelt kan få kontakt med mödrahälsovården om de har besvär, för att få en snabb bedömning av vårdbehovet och en remiss vid behov. Fysiska och psykiska besvär riskerar att förvärras om de inte fångas upp de första veckorna efter förlossningen. Säkerställ att personer med bäckenbottenbesvär kan få multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.

Socialstyrelsen rekommenderar dessutom att två utförare i förlossningsvården undersöker misstänkta förlossningsbristningar direkt efter förlossningen. Då upptäcks betydligt fler bristningar, och lidandet på grund av obehandlade bristningar kan minska.

Regionala skillnader i vården

Det finns skillnader i mödrahälsovården och förlossningsvården i olika delar av Sverige. Till exempel varierar andelen som får behandling för psykisk ohälsa mycket, liksom test och behandling av graviditetsdiabetes. Eftervården fungerar också olika väl, och personer födda utanför Norden kommer mer sällan till eftervårdsbesöken än andra.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en mer jämlik vård med hög kvalitet. Vi kommer att utvärdera hur regionerna följer dem.

Riktlinjerna är dock inte heltäckande, utan gäller ett urval av viktiga frågor för dig som beslutsfattare. Det är viktigt att fortsätta prioritera de arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – och som har bidragit till att Sverige är ett av länderna med lägst mödra- och barnadödlighet i världen.

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. De fokuserar på frågor där behovet av vägledning är som störst. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla för att förbättra vården, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Du som möter patienter får mer verksamhetsnära rekommendationer i en egen del av riktlinjerna. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: personalen behöver alltid bedöma vad en enskild patient behöver, i samråd med patienten.

Denna version ersätter riktlinjerna från 2025.

Fokus på insatser som kräver särskild vägledning

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns omotiverade praxisskillnader eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att fortsätta upprätthålla.

Riktlinjerna är alltså inget heltäckande prioriteringsstöd, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd, till exempel om neonatalvård, intrauterin fosterdöd och amning (se vidare kapitlet [Kompletterande stöd](#)).

Urvalet av frågor bygger bland annat på en behovsanalys inför arbetet med det tidigare publicerade kunskapsstödet *Graviditet, förlossning och tiden efter* [1]. Flera av rekommendationerna har sitt ursprung i detta kunskapsstöd, och har nu uppdaterats med bland annat prioritetssiffror för att ge tydligare stöd. Vi har också sett ett särskilt behov av vägledning i några andra frågor, till exempel graviditetsdiabetes, planerad barnmorskeassisterad hemförlossning och igångsättning av förlossning.

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

➔ **Läs mer** om hur vi har valt ut frågorna för just dessa riktlinjer sist i kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet [Om urvalet av rekommendationer](#). Se också bilagan *Metodbeskrivning* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen. Många viktiga insatser vid graviditet, förlossning och tiden efter saknar tillräckligt forskningsstöd. Rekommendationerna på detta område bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med cirka 150 yrkesverksamma i mödrahälsovården och förlossningsvården.¹

Vi ger tre typer av rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef, för att du ska kunna prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

¹ Bland annat barnmorskor, läkare, fysioterapeuter, uroterapeuter och psykologer.

Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som hälso- och sjukvården bör eller kan erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden, men de skulle kunna erbjudas om resurserna räcker).
FoU	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga. I dessa riktlinjer om graviditet, förlossning och tiden efter ingår dock inga icke-göra-rekommendationer.

De med störst behov ska få företräde till vården

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden. Detta eftersom de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen).

Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. För gravida bedöms hälsotillståndet ha en liten svårighetsgrad om de

- är friska
- har en okomplicerad graviditet och inte mer än ett foster i magen
- har låg risk för komplikationer.

Tillstånd som medför risker för allvarliga konsekvenser för den gravida, den som nyligen har fött barn, fostret eller barnet har större svårighetsgrad.

Vidare får en insats alltid prioritet 1 om den kan betraktas som självklar, enligt särskilda kriterier för så kallad god praxis. Bland annat ska insatsen utan tvekan göra mer nytta än skada.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Se vidare avsnittet [Etiska principer för prioritering](#) i kapitlet *Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård*.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet [Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård](#) får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.
- I webbilagan *Metodbeskrivning* beskriver vi Socialstyrelsens gedigna metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för de aktuella hälsotillstånden.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingen kommer att utgå från indikatorerna i [bilaga 3](#), men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Under de kommande åren kommer vi dessutom att utreda om det finns förutsättningar för nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå [3].

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 3](#) finns en översikt av indikatorerna för graviditet, förlossning och tiden efter.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Utgångspunkt: vården idag

Sverige är ett av länderna med lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Flera banbrytande medicinska händelser har bidragit genom historien:

- utbyggd mödrahälsovård, och utbildade barnmorskor vid både graviditet och förlossning
- konsten att förhindra bakteriespridning (aseptik)
- upptäckten av antibiotika
- möjligheten till blodtransfusion
- tillgång till preventivmedel
- säkra aborter.

Även en höjd levnadsstandard, bättre folkhälsa och ökad jämställdhet har bidragit.

Det är viktigt att fortsätta prioritera dessa grundläggande resurser för att upprätthålla de goda resultaten. Samtidigt finns fortfarande utmaningar i mödrahälsovården och förlossningsvården, framför allt för att nå utsatta grupper bättre, förbättra eftervården och förbättra upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar.

En positiv graviditets- och förlossningsupplevelse är ett uttalat globalt mål från Världshälsoorganisationen (WHO) [4]. Avgörande för detta är en personcentrerad vård, med ett kompetent och empatiskt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Mödrahälsovården främjar hälsa och fångar upp risker

Mödrahälsovården har i uppdrag att främja hälsan hos både den gravida och det väntade barnet, bland annat genom stöd för hälsosamma levnadsvanor. Barnmorskan i mödrahälsovården har en central roll, och handlägger självständigt vården vid okomplicerade graviditeter. I uppdraget ingår också att minimera risker för sjuklighet. Barnmorskan bedömer fortlöpande medicinska, psykologiska och sociala risker för komplikationer under graviditeten. För detta finns basprogram för graviditetsövervakning i alla regioner, och Socialstyrelsen har samlat arbetssätten till ett nationellt basprogram på övergripande nivå (se [bilaga 2](#)).

Vid sjukdomar och ökade risker för komplikationer samarbetar barnmorskan med en läkare eller psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (mödra- och barnhälsovårdspsykolog, MBHV-psykolog). Läkaren kan vara

förlossningsläkare (obstetriker), gynekolog eller allmänläkare med erfarenhet av mödrahälsovård. MBHV-psykologen arbetar med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd under graviditeten och efter barnets födelse.

Förlossningspersonalen arbetar för säkra förlossningar

I Sverige föds cirka 100 000 barn per år. De flesta föds vaginalt på sjukhus efter en fullgången graviditet. Drygt 19 procent av alla förlossningar sker med planerat eller akut kejsarsnitt [5].

De som föder barn tas om hand av ett team i förlossningsvården: en barnmorska och oftast en undersköterska, och en förlossningsläkare vid behov. Barnmorskan tar hand om den födande och övervakar både barnets och den födandes tillstånd. Hen hanterar självständigt förlossningar med låg risk för komplikationer, och behöver tidigt kunna identifiera avvikelser och varningssignaler i förlossningsförloppet som kräver att förlossningsläkaren deltar i vården.

Vid komplicerade eller akuta tillstånd under förlossningen bistår barnmorskan förlossningsläkaren. De samarbetar också vid förlossningar med hög risk för komplikationer och avvikande förlopp.

➔ **Läs mer:** Till skillnad från mödrahälsovården saknar förlossningsvården en tydlig nationell samordning. Som ett första steg har Socialstyrelsen gjort en översikt av förlossningsklinikernas egna riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Se rapporten *Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer* [6].

Eftervård på sjukhus och i mödrahälsovården

Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. År 2023 var medelvårdtiden 1,7 dygn efter vaginal förlossning och 2,7 dygn efter kejsarsnitt [5]. Medelvårdtiden hos förstföderskor är cirka ett dygn längre än hos omföderskor. Samtidigt vet många inte vart de ska vända sig med besvär efter förlossningen – vårdkedjan behöver stärkas.

En del regioner erbjuder hembesök under barnets första levnadsvecka, eller återbesök till sjukhuset för uppföljande undersökning av barnet och den som

fött barnet. Detta fungerar dock inte i alla regioner. Efter den första veckan skrivs barnet in i barnhälsovården, som tar över det medicinska ansvaret för barnet från sjukhuset eller BB. Även till exempel amningsstöd kan erbjudas av barnhälsovården, liksom av mödrahälsovården, eftervårdsmottagningar eller särskilda amningsmottagningar.

Den som har fött barn erbjuds också eftervårdsbesök hos barnmorskan i mödrahälsovården, som samarbetar med andra yrkesgrupper efter behov. Antal besök och tidpunkt varierar, men alla regioner erbjuder 1–2 besök 6–16 veckor efter förlossningen. Vissa regioner erbjuder fler besök efter behov. Efter en komplicerad graviditet eller förlossning erbjuds även återbesök hos en läkare, MBHV-psykolog eller fysioterapeut.

En del behöver specialiserad vård

Gravida som behöver extra vård och stöd följs ofta i specialistmödravården. Det gäller till exempel gravida med sjukdomar som diabetes, koagulationsrubbningar, hjärt-kärlsjukdomar eller högt blodtryck. Även personer med en tidigare komplicerad graviditet eller förlossning kan behöva specialistmödravård, liksom personer med förlossningsrädsla. I komplicerade fall behövs samarbete i team, där medlemmarna bidrar med olika kompetenser och ansvar genom hela vårdkedjan, från graviditet till förlossning och eftervård.

Vid svåra komplikationer kan gravida behöva vård på sjukhus, i regel på en antenatalavdelning som finns på de flesta förlossningskliniker. De gravida vårdas då oftast av ett team där grundkompetenserna är barnmorska och specialistläkare. Dessa samarbetar med andra specialister efter behov, till exempel med neonatalläkare om barnet riskerar att födas för tidigt. Andra komplikationer som kan kräva sjukhusvård är tidig vattenavgång och havandeskapsförgiftning.

Antenatalavdelningarna ger även förlossningsvård och eftervård, och vid flera av dem kan förlossningar sättas igång.

Stora skillnader i vården

Mödrahälsovården och förlossningsvården har utvecklats snabbt de senaste decennierna. Vården skiljer sig dock mellan till exempel regioner och olika grupper, visar statistik från Graviditetsregistret [7]. Vissa skillnader kan förklaras av att regionernas befolkningar har olika åldersfördelning, olika hälsoproblem med mera. Regionerna har också mycket olika förutsättningar

när det gäller till exempel avståndet till förlossningsklinikerna. Här är några andra exempel på regionala skillnader:

- Andelen gravida som fick behandling för **psykisk ohälsa** varierade från 8 procent till 15 procent 2024.
- Andelen gravida som fick diagnosen **graviditetsdiabetes** varierade från under 2 procent till 16 procent 2024. Även i organiseringen av vården vid graviditetsdiabetes finns stora skillnader, liksom i eftervården.
- Andelen **igångsatta förlossningar** ökade från 16 procent till 30 procent mellan 2014 och 2024. Andelen varierade från 22 procent till 38 procent 2024.
- Andelen **allvarliga förlossningsbristningar** har minskat men varierade från 0,4 procent till 4,1 procent 2024.
- Andelen som kom till **eftervårdsbesök i mödrahälsovården 4–16** veckor efter förlossningen varierade från 83 procent till 96 procent 2024. Personer födda utanför Norden kom mer sällan till besöken.

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som beslutar om resurser i mödrahälsovården och förlossningsvården. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras utifrån vårdkedjans olika delar, med ett särskilt delkapitel om psykisk ohälsa som gäller hela vårdkedjan:

- [Graviditet](#)
- [Förlossning](#)
- [Eftervård](#)
- [Psykisk ohälsa](#).

Observera att rekommendationerna inte är heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort. Dessa insatser bör inte tränga undan sådan vård som redan fungerar bra – du som beslutsfattare behöver säkra fortsatta resurser även till den vården.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna med hög prioritet, där det finns dataunderlag för kostnadsberäkningar
Så utvärderar vi vården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 3](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats presenteras alla rekommendationer som en del av ett samlat stöd om graviditet, förlossning och tiden efter. Där finns också rekommendationer om arbetssätt med mera till personal som möter patienter. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.
- På [Socialstyrelsens webbplats](#) finns dessutom fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag*, *Metodbeskrivning*, *Fördjupad konsekvensanalys*, *Gränsvärden vid graviditetsdiabetes* och *Förutsättningar för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning* samt rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#).

Graviditet

Vården under en graviditet ska främja hälsa och stärka det framtida föräldraskapet, enligt mödrahälsovårdens uppdrag. En central uppgift är att upptäcka tidiga tecken på sjukdom och risker för den gravida och det väntade barnet – här behövs ett nära samarbete mellan framför allt barnmorskor, läkare och MBHV-psykologer. Du som är beslutsfattare i mödrahälsovården behöver upprätthålla arbetssätt som minskar risker för den gravida och det väntade barnet. Det är avgörande att vården utgår från *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*.

En del gravida behöver också ytterligare insatser och individanpassat stöd. Till exempel bör olika vårdinstanser samverka kring gravida som använder alkohol eller narkotika. Alkohol, narkotika och vissa läkemedel kan påverka fostrets utveckling och barnets framtida hälsa negativt.

Riskerna för både den gravida och barnet ökar också av sjukdomen obesitas² [8]. Det är en kronisk sjukdom med komplexa orsaker, som ger sämre livskvalitet och ökar risken för andra allvarliga sjukdomar, och för att dö i förtid. Obesitas blir allt vanligare, även hos gravida [7, 9]. Samtidigt är det vanligt att personer med obesitas diskrimineras och bemöts på ett okunnigt eller nedlåtande sätt i hälso- och sjukvården [10].

Även graviditetsdiabetes ökar risken för komplikationer hos både den gravida och barnet.

² Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande. Socialstyrelsen använder ordet obesitas med hänsyn till önskemål från både yrkesverksamma och patienter.

Rekommendationer: graviditet

Till mödrahälsovården

Id	För alla gravida ...	Rekommendation	Prioritet
1	som skrivs in i mödrahälsovården	Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.	1
Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
2	använder alkohol, narkotika eller narkotika-klassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser	Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården. ³	1
3	har obesitas	Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal. ⁴	2
4	har obesitas	Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling. ⁴	4
18	har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes ⁵	Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	4
19	har ökad risk för graviditetsdiabetes ⁶	Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning). Vid diagnos ⁵ : Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	6
5	behöver utökat stöd	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Låt samma barnmorskeam följa den gravida genom hela vårdkedjan.	FoU

³ Rekommendationen gäller även dem som nyligen har fött barn.

⁴ Rekommendationen är hämtad från *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas* [23].

⁵ Enligt gränsvärdena i rutan *Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?*

⁶ Minst en av följande riskfaktorer: tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av ett stort barn, BMI ≥ 30 , förstagrads släkting med diabetes (oavsett typ), förälder född i en region i världen där diabetes är särskilt vanligt – förenklat: utanför Europa.

Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?

Graviditetsdiabetes definieras som förhöjda blodsockernivåer (glukosnivå i plasma) under graviditeten – som inte beror på tidigare känd diabetes. Socialstyrelsen rekommenderar att gravida som uppnår något av följande glukosvärden får diagnosen:

- fastande: 5,4 mmol/l
- 1 timme efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 10,1 mmol/l
- 2 timmar efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 8,6 mmol/l.

Observera att värdena gäller för test med venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert. Detta är den etablerade metoden för att bedöma glukostolerans, som även rekommenderas av WHO och andra internationella organisationer. Värdena är något högre än de tidigare rekommenderade värdena från 2015, till följd av ny forskning och utvecklade metoder för glukosanalys.

Det ingår i *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning* att identifiera graviditetsdiabetes genom att mäta glukosnivåerna hos alla gravida.

➔ Läs mer:

- I [bilaga 2](#) beskrivs *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*.
- Socialstyrelsen har en webbutbildning om obesitas för hälso- och sjukvårdspersonal. Se utbildning.socialstyrelsen.se.
- Även på kunskapsguiden.se/obesitas finns sammanfattande information om obesitas, som kan användas för kompetensutveckling.
- Kombinerad levnadsvanebehandling beskrivs närmare i webbversionen av de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter, som också vänder sig till hälso- och sjukvårdspersonal. Se webbsidan [Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling vid obesitas](#).
- I webbilagan *Gränsvärden för graviditetsdiabetes* beskrivs Socialstyrelsens arbete med att bestämma vilka gränsvärden som bör gälla för att diagnostisera graviditetsdiabetes.
- Budskapen om graviditetsdiabetes sammanfattas i broschyren [Nationella riktlinjer 2026: Graviditetsdiabetes – sammandrag från de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter](#).



Så har vi prioriterat

Nationellt basprogram: Att övervaka alla graviditeter enligt det nationella basprogrammet minskar påtagligt riskerna för allvarliga sjukdomar och död, för både den gravida och fostret. Detta har högsta prioritet. Rekommenda-

tionen bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar enligt särskilda kriterier. Syftet med basprogrammet är att betona det friska och att tidigt upptäcka risker för graviditetskomplikationer, så att den gravida kan få kompletterande vård eller stöd vid behov.

Rutiner för samverkan vid alkohol- eller narkotikabruk: Högsta prioritet har även att arbeta enligt rutiner för samverkan kring gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel. Dessa gravida är en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Samverkan mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården ökar förutsättningarna för optimal vård och bedöms göra stor nytta för de gravida. Den kan ha effekt på både kort och lång sikt, även för barnet och familjen. Rutinerna för samverkan bör tydligt visa vem som ansvarar för omhändertagande, behandling och uppföljning av vården, och hur verksamheterna ska samarbeta utifrån sina specifika kompetenser.

Kompetensutveckling om obesitas: Det är också högt prioriterat att utbilda personal i mödrahälsovården och förlossningsvården om obesitas. Med fördjupad kunskap och förståelse hos personalen kan gravida med obesitas uppleva ett bättre bemötande. Kunskapen är också en förutsättning för att patienterna ska kunna få bästa möjliga vård. En utbildning kan till exempel bestå av information om obesitas, träning i bemötande och information om kunskapsbaserad behandling.

Kombinerad levnadsvanebehandling: Socialstyrelsen rekommenderar *kombinerad levnadsvanebehandling* för gravida med obesitas, utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov. Kombinerad levnadsvanebehandling syftar till en hälsosam viktutveckling och hälsosamma levnadsvanor under graviditeten. Den inkluderar individuell anpassning av kost och fysisk aktivitet samt individuellt stöd till beteendeförändringar.⁷ Behandlingen kan genomföras vid fysiska besök eller på distans, individuellt eller i grupp, och ha olika intensitet. Den forskning som finns visar endast en liten till måttlig effekt av behandlingen. Andra alternativ som till exempel obesitasläkemedel och obesitaskirurgi är dock inte aktuellt för gravida. Därför har kombinerad levnadsvanebehandling relativt hög prioritet.

Testning och behandling av graviditetsdiabetes: Graviditetsdiabetes är ett hälsotillstånd med stor svårighetsgrad, som är viktigt att behandla eftersom det kan få långsiktiga konsekvenser för både den gravida och barnet. Behandlingen innebär egenkontroll av blodsockret, levnadsvanebehandling

⁷ Beteendeförändringar behöver inte alltid gälla både kost och fysisk aktivitet, och de kan även gälla andra beteenden, såsom sömn, stress och självreglering.

och läkemedel vid behov. Socialstyrelsen har undersökt det vetenskapliga stödet för att behandla förhöjda glukosvärden i graviditetsvecka 24–28, enligt gränsvärdena i rutan [Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?](#) Det finns visad nytta för både den gravida och barnet på kort sikt, men studieresultaten är osäkra, vilket sänker prioriteten något.

Vidare talar både forskning och erfarenhet för fördelar med att testa gravida med ökad risk för graviditetsdiabetes tidigt. Patientgruppen är dock heterogen, och det vetenskapliga stödet är begränsat när det gäller effekten av tidig jämfört med senare testning och behandling. Därför har denna tidigare insats lägre prioritet än att erbjuda behandling vid diagnos generellt, oftast i graviditetsvecka 24–28.

Samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan: En del gravida har ett behov av utökat stöd och trygghet under sin graviditet och förlossning. Det kan till exempel handla om språkliga eller kulturella barriärer, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla. En vårdform för individanpassat stöd till denna grupp kan vara att följas av samma barnmorsketeam genom hela vårdkedjan ("caseload midwifery" på engelska). Vissa regioner har startat projekt med denna vårdform, och forskning pågår. Fortfarande saknas dock tillräcklig kunskap om effekten för den aktuella patientgruppen. Socialstyrelsen rekommenderar därför vårdformen endast inom ramen för forskning och utveckling.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Kontrollera basprogrammet: Alla regioner arbetar redan till stora delar enligt ett basprogram för graviditetsövervakning. Rekommendationen om det nationella basprogrammet väntas därför inte få stora ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser. Din region bör dock kontrollera ert basprogram mot det nationella basprogrammet, för att se om ni behöver uppdatera eller arbeta vidare med något.

Säkerställ resurser för obesitas: Störst påverkan väntas rekommendationerna som gäller gravida med obesitas få. Andelen gravida med övervikt eller obesitas har ökat i Sverige de senaste 25 åren. År 2000 hade 10 procent av alla gravida obesitas (BMI från 30) när de skrevs in i mödrahälsovården, och 2024 hade andelen ökat till 18 procent. Under samma tid ökade även andelen gravida med övervikt (BMI mellan 25 och 30) från 24,5 procent till 28,5 procent.

Du som är beslutsfattare bör säkerställa att all personal som regelbundet möter gravida i din verksamhet eller region får grundläggande kompetensutveckling om obesitas. Kompetensutvecklingens format påverkar

kostnaderna. Ni kan använda existerande regionala fortbildningsprogram som startpunkt, eller Socialstyrelsens webbutbildning om obesitas.

Mödrahälsovården bör också ha rutiner för att fånga upp gravida med obesitas och erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling, eller hänvisa till sådan behandling i en annan del av hälso- och sjukvården. Om din region redan erbjuder behandlingen, eller delar av den, behövs inte lika mycket resurser för att minska gapet. I många regioner finns redan riktlinjer för en hälsosam viktutveckling under graviditeten.

Se över arbetet kring alkohol- och narkotikabruk: Se också över era rutiner för samverkan kring gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel. Om rutiner saknas bör de tas fram.

Se över arbetet kring graviditetsdiabetes: Även rekommendationerna om testning och behandling av graviditetsdiabetes väntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom de flesta regioner kommer att identifiera fler med graviditetsdiabetes. Idag skiljer sig rutinerna för gränsvärden och testning mellan regionerna. Som beslutsfattare behöver du se över förutsättningarna och säkerställa en fungerande vårdkedja. Samtidigt väntas rekommendationerna medföra hälsovinster för både de gravida och deras barn – särskilt om de gravida får fortsatt uppföljning efter förlossningen. Detta är också en folkhälsostrategisk fråga för regionerna, som involverar fler verksamheter än mödrahälsovården. Hur arbetar ni bäst med befolkningen för att fånga upp unga vuxna innan de får sjukdomar kopplade till levnadsvanor? Gravida är ofta motiverade att förändra levnadsvanor, vilket kan förebygga sjukdomar som typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för området graviditet. Med dem följer vi upp

- rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården (indikator 1.1)
- uppföljning i specialiserad vård för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika under graviditeten och tiden efter (indikator 1.2)
- kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal (indikator 2).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Förlossning

Förlossningsvården i Sverige är god och säker. För de allra flesta som föder barn är förlossningen också en positiv upplevelse [11]. Samtidigt finns förbättringsområden, till exempel när det gäller kontinuerligt stöd och känsla av trygghet. Vidare orsakar förlossningsbristningar stort lidande, på både kort och lång sikt. Du som är beslutsfattare behöver skapa förutsättningar för trygga och säkra förlossningar och för tidig upptäckt av förlossningsbristningar, så att patienterna kan få rätt diagnos och behandling.

En omdiskuterad fråga i Sverige och internationellt är hur långt en frisk graviditet kan gå innan förlossningen bör sättas igång. Alla gravida bör dock vara i värkarbete eller ha fött barn före graviditetsvecka 42+0 – se [figur 1](#).

En annan omdiskuterad fråga är hemförlossning, och Socialstyrelsen ser ett särskilt behov av vägledning i frågan. Hemförlossning är inte vanligt men det förekommer, och riktlinjer har saknats.

Rekommendationer: förlossning

Till förlossningsvården

Id	För de som nyligen har fött barn och ...	Rekommendation	Prioritet
6	har fött vaginalt	Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar.	1
Id	För gravida som ...	Rekommendation	Prioritet
7	är i förlossningens aktiva fas	Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.	3
Id	För gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning och ...	Rekommendation	Prioritet
8	är friska	Erbjud en riskbedömning i graviditetsvecka 41+0 till 41+2, som ligger till grund för när igångsättning (induktion) kan erbjudas. Planera för igångsättning någon gång före vecka 42 om inte förlossningen startar spontant.	2

Id	För gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning och ...	Rekommendation	Prioritet
9	är friska	Erbjud rutinmässig igångsättning (induktion) av förlossningen i graviditetsvecka 41+0 till 41+2.	8
10	har fött barn tidigare, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma	Överväg planerad hemförlossning, där två barnmorskor assisterar den födande i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården.	8

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har gjort en översikt av regionala och lokala riktlinjer för handläggning av normalförlossning, och kartlagt behovet av vägledning. Se rapporten *Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer* [6].

Figur 1. Igångsättning av förlossning under graviditetsvecka 41 för friska gravida utan komplikationer



Så har vi prioriterat

Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar: Betydligt fler allvarliga förlossningsbristningar upptäcks om två barnmorskor eller läkare undersöker den som nyligen fött barn och har en misstänkt bristning – jämfört med när enbart en person gör undersökningen. Detta arbetssätt har högsta prioritet, eftersom obehandlade och feldiagnostiserade bristningar kan orsaka stort lidande, både psykiskt och fysiskt. Arbetssättet kan dessutom vara ett viktigt lärandemoment för personalen.

Kontinuerligt stöd av en barnmorska: Högt prioriterat är också att erbjuda kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas.

Barnmorskan bör då endast arbeta med en födande i taget. Denna typ av stöd ingår i barnmorskans yrkesroll och ansvar under förlossningen. Risken för komplikationer minskar dock inte jämfört med ett sedvanligt arbetssätt där barnmorskan har hand om flera födande samtidigt, enligt de studier som finns där barnmorskor ger stödet. Det kontinuerliga stödet har ändå hög prioritet, eftersom det kan öka den födandes känsla av trygghet, vilket har stor betydelse för upplevelsen av vården.

Riskbedömning i början av vecka 41 (41+0–2) som ligger till grund för när igångsättning kan erbjudas: Det är dessutom högt prioriterat att erbjuda en riskbedömning i vecka 41+0–2 för friska gravida med okomplicerad singelgraviditet, och att planera för igångsättning någon gång före vecka 42 om inte förlossningen startar spontant. Riskbedömningen bör göras efter individuella förutsättningar och kan till exempel inkludera kardiotokografi (CTG), blodtrycksmätning och någon typ av fostervikt-skattning. Bedömningen kan öka förutsättningarna för att identifiera hittills okända eller nytillkomna risker för att fostret eller det nyfödda barnet dör eller drabbas av sjukdom, enligt beprövad erfarenhet. Vårdpersonalen bör samråda med den gravida i bedömningen, och informera om möjliga alternativ, för att öka delaktigheten och ge stöd för ett informerat val om den fortsatta vården.

Observera att riskbedömningar behövs även för gravida med medicinska komplikationer eller tidigare identifierade risker för att fostret dör i magen (intrauterin fosterdöd) eller inom 28 dagar efter förlossningen (neonatal dödlighet). Dessa gravida får dock vård utifrån sina särskilda förutsättningar.

Igångsättning i början av vecka 41 (41+0–2): Förlossningen bör sättas igång om den inte har startat spontant före vecka 42+0. Socialstyrelsen har undersökt det vetenskapliga stödet för att sätta igång förlossningen i början av vecka 41 (41+0–2). För gruppen friska gravida med okomplicerad singelgraviditet är evidensen inte tydlig för nyttan med igångsättning vid denna tidpunkt. De randomiserade kontrollerade studier som finns idag ger inte tillräckligt stöd för att bedöma om risken minskar för intrauterin fosterdöd eller neonatal dödlighet, jämfört med att vänta in en spontan förlossning eller att sätta igång förlossningen i början av vecka 42 (42+0–1). Risken för neonatalvård minskar något, men evidensen har låg tillförlitlighet. Sammantaget är det därför lågt prioriterat att sätta igång förlossningen i början av vecka 41 (41+0–2) utan en individuell riskbedömning, för gruppen friska gravida med okomplicerad singelgraviditet.

Hemförlossning: Det är också lågt prioriterat att erbjuda planerad hemförlossning, där två barnmorskor assisterar den födande i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården. Den grupp av gravida som uppfyller kriterierna för hemförlossning bedöms ha ett hälsotillstånd med en liten svårighetsgrad. Det är framför allt därför som prioriteten är låg – det är viktigare att säkra resurser för patientgrupper som har hälsotillstånd med större svårighetsgrad. Dessutom har resultaten från de aktuella studierna om hemförlossning låg tillförlitlighet, bland annat på grund av studiedesignen.

Men ni kan ändå överväga att erbjuda planerad barnmorskeassisterad hemförlossning i din region eller verksamhet, om resurserna räcker till det. Det finns ingen visad skillnad mellan hemförlossning och sjukhusförlossning i någon av de studerade riskerna för barnet, när hemförlossningen är välintegrerad med hälso- och sjukvården och den födande uppfyller kriterierna för att föda hemma. De studerade riskerna för barnet är risk för död, risk för låg APGAR-poäng och risk för neonatalvård. När det gäller risker för den födande så räcker inte det vetenskapliga underlaget för att bedöma risken för en stor blödning i samband med hemförlossning (postpartumblödning), men risken för allvarliga förlossningsbristningar kan vara mindre än vid sjukhusförlossning.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens kostnader väntas framför allt öka till följd av rekommendationerna om

- två utförare för att diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar
- kontinuerligt stöd av en barnmorska från förlossningens aktiva fas tills förlossningen är över.

Din regions kostnadsökning beror på hur ni arbetar idag – jämför räkneexemplen i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Två utförare för att diagnostisera förlossningsbristningar, utifrån ett förenklat antagande om att ingen region redan använder arbetssättet: Att gå från en till två utförare per förlossning skulle kosta mellan 10,2 miljoner kronor och 19,3 miljoner kronor för hela Sverige, beroende på om utföraren är barnmorska eller läkare. Detta under ett år med omkring 87 000 vaginala förlossningar, som under 2021 (förlossningar med klipp är borträknade). Kostnaden motsvarar cirka 12 heltidstjänster.

Kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas kan ta en stor del av förlossningsklinikernas totala arbetstid i anspråk. För att ge stödet 95 procent av årets alla timmar behövs mer än 800 heltidstjänster i hela Sverige. Det motsvarar en fjärdedel av förlossningsklinikernas planerade bemanning på 3 200 heltidstjänster.

Idag är 17 procent av dessa tjänster vakanta. Att tillsätta dem skulle räcka för att nå målet, om klinikerna idag kan ge kontinuerligt stöd hälften av årets timmar. Detta beräknas kosta omkring 425 miljoner kronor. Samtidigt finns risk att andra arbetsuppgifter då trängs undan. Om det behövs en ytterligare personalförstärkning på 10 procent, blir merkostnaden jämfört med nuläget närmare 700 miljoner kronor.

Du som är verksamhetschef kan behöva gå igenom förlossningsbarnmorskornas övriga arbetsuppgifter. Bedöm om de nya arbetssätten kan ge undanträngningseffekter, om ni inför dem utan att utöka personalstyrkan. Bedöm också om det finns arbetsuppgifter som kan hanteras på andra sätt. Samtidigt kan det bli lättare att rekrytera personal om ni börjar arbeta med kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas. En kartläggning från Nationella vårdkompetensrådet visar att barnmorskor har lämnat förlossningsvården för att de inte kunnat arbeta så [12].

Vidare har andelen igångsättningar vid vecka 41+0 ökat de senaste åren, samtidigt som andelen varierar mellan regionerna. De som får sin förlossning igångsatt är i genomsnitt kvar en längre tid på förlossningsavdelningen, jämfört med dem vars förlossning startar spontant. Fler

igångsättningar kräver därför mer resurser i förlossningsvården. Som beslutsfattare behöver du göra avvägningar med fokus på de patienter som har störst behov, när du planerar vården. Rekommendationen om riskbedömning i början av vecka 41 väntas däremot inte få stor påverkan på resursfördelningen, men det kan variera något beroende på vilka arbetssätt som ändras.

Få verksamheter erbjuder idag planerad barnmorskeassisterad hemförlossning. Om du leder en verksamhet som planerar att börja erbjuda hemförlossningar, bör du säkerställa att verksamheten tar fram tydliga kriterier för

- vem som kan föda hemma
- hur lång restid den födande får ha till förlossningskliniken
- hur samarbetet med förlossningskliniken ska se ut
- hur förlossningen ska följas upp.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer och ett centralt mått för området förlossning. Med dem följer vi upp

- rutiner för två utförare vid diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar (indikator 3.1)
- bristningar vid förlossning bland förstföderskor (centralt mått 3.2)
- kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas (indikator 4).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Eftervård

Brister i eftervården har uppmärksammats i rapporter och kartläggningar från bland annat Socialstyrelsen [13]. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Många som har fött barn upplever också att det är otydligt vart de ska vända sig för vård och stöd efter förlossningen. Du som är beslutsfattare i mödrahälsovården eller förlossningsvården bör se till att detta blir tydligt för alla

patienter, oavsett till exempel förstaspråk, kulturell bakgrund eller funktionssätt.⁸

Rekommendationer: eftervård

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	För patienter som ...	Rekommendation	Prioritet
11	har besvär efter förlossningen	Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården.	1
12	har bäckenbottenbesvär efter förlossningen och behöver vidare utredning och behandling	Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.	1
13	nyligen har fött barn	Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen och hälsotillståndet hos den som fött barn strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhuset.	2
14	nyligen har fött barn och har förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi)	Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset.	4

→ Läs mer:

- I [bilaga 2](#), *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*, finns exempel på innehåll i den tidiga uppföljningen. I basprogrammet ingår även en senare uppföljning av förlossningen, efter 6–16 veckor.
- I [Nationella riktlinjer: bäckenbottendysfunktion](#) finns rekommendationer om att identifiera bäckenbottendysfunktion, behandla och följa upp samt organisera vården multiprofessionellt.



Så har vi prioriterat

Bedömning av vårdbehovet i mödrahälsovården: Fysiska och psykiska besvär som inte fångas upp de första veckorna efter förlossningen kan förvärras och leda till otrygghet, lidande samt akuta och upprepade vårdkontakter. Det kan till exempel handla om ihållande problem efter en

⁸ Patienten har dessutom rätt till information om till exempel det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och planerad eftervård, enligt 3 kap. 1–2 och 2 b § patientlagen (2014:821). Enligt 2 kap. 6 § ska informationen anpassas till mottagarens ålder, moget, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.

förlossningsbristning, urininkontinens, smärta efter kejsarsnitt, amningsproblem, ryggont, hemorrojder eller psykisk ohälsa.

Det är därför av högsta prioritet att patienterna enkelt kan få kontakt med mödrahälsovården för en bedömning av vårdbehovet (när det inte krävs akut vård). Denna tillgänglighet är mycket efterfrågad, och en del har mycket komplexa besvär. Kontakt med mödrahälsovården istället för sjukhusvården kan också förbättra kontinuiteten – många kan träffa samma barnmorska som de mött under graviditeten.

Tack vare bedömningen kan hälsoproblem identifieras tidigt, och patienterna kan få vård på rätt nivå. Barnmorskan kan remittera vidare till en lämplig vårdinstans vid behov. Notera att vården ska vara lätt tillgänglig enligt 2 kap. 1 § patientlagen.

Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär: De som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen kan också behöva tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering, om läkningen och återhämtningen inte följer det normala förloppet. Även detta har högsta prioritet. Som beslutsfattare behöver du säkra tillgången till multiprofessionella team med fysioterapeuter, läkare och barnmorskor, och andra relevanta yrkesgrupper efter behov, till exempel uroterapeuter. Deras insatser kan förbättra patienternas bäckenbottenhälsa och öka livskvaliteten. Insatserna bedöms göra stor nytta, och när de saknas riskerar patienterna stort och långdraget fysiskt och psykiskt lidande. För många kan det ta upp till ett år eller mer efter förlossningen att rehabilitera sin bäckenbotten, och den multiprofessionella expertisen bör finnas tillgänglig så länge det behövs.

Tidig uppföljning: Vidare är det högt prioriterat att erbjuda alla som fött barn tidig uppföljning i mödrahälsovården (se exempel på innehåll i [bilaga 2](#)). Det finns ökad risk för hälsoproblem och känslomässiga utmaningar under tiden efter förlossningen, och strukturerad uppföljning ökar möjligheterna att fånga upp fysiska och psykiska besvär. Dessutom kan patienterna känna sig tryggare, och sannolikt kan man förebygga oplanerade vårdkontakter. Barnmorskan bör också erbjuda ytterligare uppföljning vid behov, eller remittera till den specialiserade vården. Eftersom rekommendationen gäller alla gravida så ingår personer med lindriga hälsotillstånd, och därför har denna uppföljning något lägre prioritet än uppföljningen och behandlingen av dem som redan har utvecklat besvär.

Kontroll av förlossningsbristningar och klipp: Det är också relativt högt prioriterat att kontrollera alla förlossningsbristningar (grad 1–4) och klipp i mellangården före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset för dem som åkt hem tidigt. De som har fysiska komplikationer efter en

bristning eller ett klipp bedöms ha måttliga till mycket svåra besvär, och kontrollen bidrar sannolikt till att komplikationerna upptäcks tidigt. Denna tidiga kontroll fångar dock inte upp alla komplikationer, eftersom komplikationer även kan uppstå senare. Därför har kontrollen något lägre prioritet än den tidiga uppföljningen i mödrahälsovården.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Det behövs generellt mer resurser för flera av de rekommenderade insatserna. Din regions kostnadsökning beror på hur ni arbetar idag – jämför räkneexemplen i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Tidig uppföljning: Uppföljning i form av enbart ett telefonsamtal från en barnmorska kostar knappt 200 kronor per patient. För hela Sverige blir det omkring 26,4 miljoner kronor. Det motsvarar cirka 17 heltidsanställda barnmorskor, om varje telefonkontakt och journalföring tar 30 minuter och det sker omkring 113 000 förlossningar, som under 2021. Detta är en minimiuppföljning – planera för fler uppföljningstillfällen för dem som behöver det. Även digitalt möte, hembesök och besök på barnmorskemottagningen kan vara aktuellt.

Multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär:

Bedömning, behandling och rehabilitering kan uppskattas kosta cirka 2 400 kronor per patient med bäckenbottenbesvär (besök hos specialistläkare och fysioterapeut). För hela Sverige blir det mellan 15,8 miljoner kronor och 18,4 miljoner kronor. Beräkningen bygger på att omkring 9 000–10 000 personer har bäckenbottenbesvär som behöver behandlas.

Kontroll av förlossningsbristningar och klipp: Kontrollen kan vara aktuell efter 82 procent av alla vaginala förlossningar, utifrån statistik om förlossningsbristningar. År 2021 skulle det motsvara 76 000 förlossningar. Kostnaden för hela Sverige blir då omkring 17,7 miljoner kronor. Beräkningen bygger enbart på antalet bristningar av grad 1–2, eftersom de flesta allvarigare bristningar (grad 3–4) redan kan antas kontrolleras idag. Men du behöver utgå från situationen i din region.

För en god kontinuitet kan den tidiga uppföljningen i mödrahälsovården med fördel utföras av den barnmorska som patienten har träffat under graviditeten. Barnmorskan kallar då till uppföljningen, men mödrahälsovården och sjukhusvården behöver samverka kring uppföljningen. Som beslutsfattare kan du behöva se över de organisatoriska förutsättningarna för detta.

Se också till att de som har besvär efter förlossningen enkelt kan kontakta mödrahälsovården under månaderna efter förlossningen, för att få en bedömning och vid behov en remiss till en annan vårdinstans.

Vidare kan du behöva förbättra förutsättningarna för ett multiprofessionellt arbetssätt vid bäckenbottenbesvär. Det behövs till exempel tydliga remitteringsvägar, och patienterna behöver veta vart de ska vända sig i första hand. Om ni saknar ett multiprofessionellt arbetssätt lokalt bör ni ta fram rutiner för remittering till ett multiprofessionellt team någon annanstans.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram fem indikatorer för området eftervård. Med dem följer vi upp

- förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning i mödrahälsovården (indikator 5)
- tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning (indikator 6.1)
- patienter med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning (indikator 6.2)
- strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården efter förlossning (indikator 7)
- besök på akutmottagning med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter (indikator 8).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Psykisk ohälsa

Många gravida och personer som nyligen har fött barn lider av psykisk ohälsa⁹. De kan ha gjort det redan tidigare, eller ha utvecklat psykisk ohälsa i samband med graviditeten eller förlossningen. Detta kan påverka barnet,

⁹ Psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, som psykiska sjukdomar [15].

partner och hela familjen. Ett försämrat samspel med barnet kan till exempel innebära hälsorisker för barnet på både kort och lång sikt. Du som är beslutsfattare bör särskilt säkerställa ett fungerande arbetssätt för de mest utsatta med psykisk sjukdom, både under graviditeten och efter förlossningen. Det är viktigt att det finns tydliga rutiner för samverkan och en tydlig ansvarsfördelning mellan olika vårdinstanser.

Rekommendationer: psykisk ohälsa

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har ...	Rekommendation	Prioritet
15	psykisk sjukdom, och behöver vård från flera instanser	Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatrin, primärvården och barnhälsovården.	1
16	misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa	Säkerställ tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling.	4
17	misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa	Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).	5



Så har vi prioriterat

Rutiner för samverkan vid psykisk sjukdom: De som har psykisk sjukdom under graviditeten eller efter förlossningen kan behöva vård från flera instanser. De är en utsatt grupp och har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det är då av högsta prioritet att arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården, för att säkerställa en lämplig och god vård. Rutinerna bör tydligt ange vem som ansvarar för omhändertagande, behandling och uppföljning av vården, och hur verksamheterna ska samarbeta utifrån sina specifika kompetenser. Ett sådant samarbete bedöms göra stor nytta för patienterna, och det ökar förutsättningarna för optimal vård. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. Det kan också öka patientens trygghet.

Multiprofessionellt arbetssätt vid psykisk ohälsa: Med ett multiprofessionellt arbetssätt kan man identifiera och behandla psykisk ohälsa hos gravida och dem som nyligen fött barn, och erbjuda vård på rätt nivå.

Rekommendationen innebär att en barnmorska, en MBHV-psykolog och en läkare finns tillgängliga och samarbetar för att identifiera och behandla psykisk ohälsa, och remitterar vidare vid behov. Barnmorskan kan till exempel konsultera psykologen i den första bedömningen. Tillsammans kan de komma överens om nästa steg, och koppla in läkaren vid behov. Beroende på organisation kan mödrahälsovården samarbeta med primärvården eller med en annan vårdgivare inom vårdvalet eller hälsovalet. Som beslutsfattare behöver du säkra tillgången till de relevanta kompetenserna.

De som har psykisk ohälsa under graviditeten eller efter förlossningen bedöms ha ett hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad. Den faktiska patientnyttan av ett multiprofessionellt arbetssätt är dock osäker (evidensen har låg tillförlitlighet), så arbetssättet har inte högsta möjliga prioritet. Samtidigt kan det finnas fler positiva hälsoeffekter på längre sikt.

Konsultation av en MBHV-psykolog möter samma behov som det multiprofessionella arbetssättet, men har något lägre prioritet eftersom psykologen inte blir lika tillgänglig. Konsultationen är alltså ett alternativ om din region saknar förutsättningar för ett multiprofessionellt arbetssätt. Den kan hjälpa personal i mödrahälsovården att identifiera psykisk ohälsa tidigare, och erbjuda vård på rätt nivå. Psykologen kan till exempel ge råd och stöd om omhändertagande av enskilda patienter eller om ett professionellt förhållningssätt i svåra ärenden, och förklara remissvägar. Konsultationen bör ske regelbundet – enskilt eller i grupp. Även här är patientnyttan dock osäker (evidensen har låg tillförlitlighet).



Så påverkas hälso- och sjukvården

Drygt 1 av 10 gravida i Sverige (11 procent) fick någon insats för psykisk ohälsa 2024, enligt Graviditetsregistret [7]. Socialstyrelsen bedömer att betydligt fler kan behöva stöd. Det finns vissa regionala skillnader, men din region bör troligen avsätta mer resurser till multiprofessionell bedömning och behandling. Hur stora kostnaderna blir beror dels på hur väl ni tillgodoser behoven idag, dels på hur många gravida som faktiskt har psykisk ohälsa i regionen. Det saknas aktuella uppgifter, men en tidigare svensk studie fann att 14 procent av alla gravida hade någon form av psykisk ohälsa [14] – jämför räkneexemplet i rutan.

Räkneexempel på nationell nivå

Räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

Multiprofessionellt arbetssätt vid psykisk ohälsa kostar omkring 1 400 kronor per gravid med psykisk ohälsa, om följande ingår:

- 2 besök hos en psykolog
- 1 extra besök hos barnmorskan
- dokumentation och regelbundna konsultationer för personalen.

Vi utgår från att 9 procent av de gravida får ett motsvarande stöd idag.

Scenario 1: 14 procent av alla gravida har psykisk ohälsa. Då behöver 5 700 fler gravida än idag stöd. Personalkostnaderna för hela Sverige ökar med mellan 7 miljoner och 8 miljoner kronor.

Scenario 2: Dubbelt så många som i scenario 1 har psykisk ohälsa, 28 procent av alla gravida. Då behöver drygt 21 000 fler gravida än idag stöd. Personalkostnaderna för hela Sverige ökar med omkring 40 miljoner kronor.

Det är viktigt att verka för ett multiprofessionellt arbetssätt i regionen, för att säkerställa tillgång till de kompetenser som behövs för bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Är mödrahälsovården i din region samlokaliserad med primärvårdsenheter som har tillgång till MBHV-psykologer? Då bör ni främst se till att det finns rutiner för samverkan och att ni avsätter resurser utifrån antalet gravida med psykisk ohälsa. I andra fall bör ni se över förutsättningarna för ett multiprofessionellt samarbete, till exempel om mödrahälsovården är en del av hälsovalet.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för området psykisk ohälsa. Med dem följer vi upp

- rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatrin, primärvården och barnhälsovården (indikator 9.1)
- uppföljning i den specialiserade psykiatrin under graviditet och tiden efter (indikator 9.2).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Om urvalet av rekommendationer

Socialstyrelsen ger enbart rekommendationer när vi har identifierat ett vägledningsbehov. Både högt och lågt prioriterade insatser ger viktig vägledning vid resursfördelning. När en insats har låg prioritet så visar det att andra insatser är mer angelägna.

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 testning och behandling av graviditetsdiabetes
- vägledning för planerad barnmorskeassisterad hemförlossning, eftersom det förekommer men riktlinjer har saknats
- vägledning för igångsättning av förlossning i graviditetsvecka 41, eftersom olika aktörer har efterfrågat en rekommendation från Socialstyrelsen som oberoende myndighet i denna omdiskuterade fråga.

När det gäller graviditetsdiabetes har vi uppdaterat de rekommenderade gränsvärdena för diagnos från 2015, och gett rekommendationer om dels tidig testning och behandling av riskgrupper, dels behandling av alla som fått diagnos. Gränsvärdena för diagnos utgår från venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning (OGTT), som är den mest etablerade metoden internationellt. Samtidigt är de långsiktiga effekterna inte helt klarlagda när det gäller att använda OGTT som första testmetod för alla gravida, snarare än i en stegvis utredning (läs mer i webbilagan *Förutsättning för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning*). Därför specificerar vi inte testmetoden i vår rekommendation om *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*, där det ingår att identifiera graviditetsdiabetes i vecka 24–28.

När det gäller igångsättning av förlossning i vecka 41 finns också riktlinjer från NPO kvinnosjukdomar och förlossning, som vänder sig till förlossningskliniker.

Socialstyrelsen har tagit det slutgiltiga beslutet om vilka rekommendationer som ska ingå i riktlinjerna, medan anlitade sakkunniga i vår projektgrupp 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.

Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och se till att de används varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

➔ Läs mer

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [15]
- hos Prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt [15], och att ledarskapet är centralt i denna process [16]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma analyser med andra verksamheter. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas? Får någon patientgrupp vissa insatser oftare än andra? Är det i så fall motiverat?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa snabbt?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att de som nyligen fött barn undviker att söka vård för att de inte vet vart de ska vända sig.
- Vad lägger personalen mest tid på?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt. I vissa fall krävs politiska beslut för att åstadkomma en förändring.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Vissa grupper söker och erbjuds mindre vård

Vissa grupper i samhället söker och erbjuds vård i mindre utsträckning än andra. Hälso- och sjukvården kan till exempel ha svårt att nå minoritetsgrupper med egen kultur och andra språk än svenska [17], och behöva arbeta kompensande med det. Studier visar att kvinnor födda utanför Europa får

både sämre vård under graviditet och förlossning och sämre resultat av vården [18].

Personer med obesitas är en annan grupp som söker och erbjuds vård i mindre utsträckning [17]. Detta gäller troligen även gravida med obesitas. De kan känna sig stigmatiserade och diskriminerade i hälso- och sjukvården och bli dåligt bemötta av personalen. Stigmatiseringen beror ofta på okunskap, och därför ingår en rekommendation om kompetensutveckling i dessa riktlinjer (se kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet [Graviditet](#)).

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verk samma åtgärder
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka åtgärder som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [19].

I mödrahälsovården och förlossningsvården är personer med psykiska sjukdomar och beroendesjukdomar exempel på patientgrupper som har komplexa problem och behöver stöd från flera verksamheter, och som saknar starka röster i offentligheten.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Förebyggande arbete och arbete med till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för behandlingar av sjukdomar som redan har uppkommit. Risk för sjukdom ses också som mindre allvarligt än faktisk sjukdom enligt de etiska principerna för prioritering (se nedan). Förebyggande insatser har därmed

oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

Just mödrahälsovården är dock ett vårdområde där det förebyggande arbetet idag är så etablerat att det inte ifrågasätts. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet syftar till att minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och tiden efter. Det är en stor del av förklaringen till de goda resultaten för förlossningsvården i Sverige. I det förebyggande arbetet ingår bland annat insatser för goda levnadsvanor, som en del av det nationella basprogrammet för graviditetsövervakning. Att arbeta enligt basprogrammet har högsta prioritet i dessa riktlinjer (se kapitlet *Rekommendationer*, avsnittet [Graviditet](#)).

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar har samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

➔ **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om mödrahälsovård och förlossningsvård kan behöva uppmärksamma riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. Även för dig som möter patienter finns kompletterande stöd.

Stöd för beslutsfattare och chefer

Nationell plan för graviditet, förlossning och tiden efter

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till nationell plan för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, på uppdrag av regeringen. Planen ger en tydlig inriktning för vårdens utveckling och är ett stöd för ett strategiskt och systematiskt förändringsarbete i regionerna, bland annat för att öka tillgängligheten och minska regionala skillnader. Planen innehåller nationella mål, förslag på nationella och regionala insatser samt mått och indikatorer för uppföljning.

➔ **Läs mer:** [Graviditet, förlossning och tiden efter – Förslag till nationell plan 2026–2035](#).

➔ **Kommande stöd:** Socialstyrelsen kommer att ta fram stöd för att implementera den nationella planen. Bland annat kommer vi att stödja regionernas arbete med att stärka vården vid graviditetsdiabetes.

Nationella riktlinjer för samtidiga sjukdomar

Många gravida och personer som nyligen har fött barn har olika sjukdomar, funktionsnedsättningar eller ohälsosamma levnadsvanor. Detta kan komplicera omhändertagandet. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Socialstyrelsen har nationella riktlinjer på flera områden som kan vara aktuella.

➔ **Läs mer:**

- [Nationella riktlinjer: endometrios](#) [20] – med en särskild rekommendation om graviditetsrelaterad smärtlindring
- [Nationella riktlinjer: ohälsosamma levnadsvanor](#) [21] – med särskilda rekommendationer för gravida

- [Nationella riktlinjer: obesitas](#) [22] – med en särskild rekommendation om kombinerad levnadsvanebehandling för gravida, som även ingår i dessa riktlinjer om graviditet, förlossning och tiden efter
- [Nationella riktlinjer: diabetes](#) [23] – med särskilda rekommendationer för gravida med typ 1-diabetes
- [Nationella riktlinjer: astma och KOL](#) [24] – med en särskild rekommendation om fortsatt läkemedelsbehandling för gravida
- [Nationella riktlinjer: depression och ångestsyndrom](#) [25] – med en särskild rekommendation om att identifiera depression hos dem som nyligen har fött barn
- [Nationella riktlinjer: bäckenbottendysfunktion](#) [26] – vanligt efter graviditet och förlossning
- [Nationella riktlinjer: adhd och autism](#) [27] – viktigt med ökad kunskap i hela hälso- och sjukvården, och ett anpassat stöd kan vara särskilt viktigt vid omvälvande livshändelser som graviditet och förlossning
- [Nationella riktlinjer: schizofreni och schizofreniliknande tillstånd](#) [28] – exempel på sjukdomar där vårdområden behöver samverka
- [Nationella riktlinjer: missbruk och beroende](#) [29] – exempel på sjukdomar där vårdområden behöver samverka.

Kunskapsstöd om neonatalvård

I Socialstyrelsens kunskapsstöd om neonatalvård finns framför allt rekommendationer om att stärka föräldrars delaktighet och det psykosociala stödet. Vi ger också stöd för att hela vårdkedjan kring barn som behöver neonatalvård ska fungera smidigt och säkert – från mödrahälsovården till barnhälsovården. Kunskapsstödet vänder sig till både beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal.

➔ **Läs mer:** [Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras föräldrar – nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal](#) [30].

Kunskapsstöd om plötslig oväntad död hos spädbarn

Omkring 45 spädbarn avlider plötsligt och oväntat varje år i Sverige. För bara ungefär hälften går det att fastställa en dödsorsak. Socialstyrelsen ger rekommendationer för att förbättra diagnostiken och förebygga oväntad död.

➔ **Läs mer:** [Plötslig oväntad död hos spädbarn](#) [31].

Amningsstrategi

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

➔ Läs mer:

- [Nationell amningsstrategi 2022–2027](#) [32]
- [Tio steg som främjar amning](#) [33].

Samordning av kunskapsprodukter

Socialstyrelsen har undersökt hur olika mottagare i förlossningsvården tar emot ny kunskap och implementerar den. De intervjuade upplever att det finns många kunskapsprodukter från många avsändare, vilket gör det svårt att navigera och arbeta i kunskapsstyrningssystemet. Det finns också brister i de mottagande organisationerna för att implementera kunskap. Ett steg för bättre samordning är det nu publicerade stödet till mödrahälsovården och förlossningsvården på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard, där rekommendationerna till beslutsfattare i denna rapport ingår.

➔ Läs mer i rapporten [Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap – utifrån vårdkedjan Graviditet, förlossning och tiden efter](#) [34].

Översikt av handläggningen vid normalförlossning

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

- samordningen mellan enheter för bland annat primärvård (inklusive mödrahälsovård), psykiatri, förlossning, neonatalvård, barnhälsovård och annan eftervård
- amniotomi – att ta håll på fosterhinnorna
- åtgärder vid värksvaghet
- smärtlindring

- uppföljning och återkoppling kring förlossningsskador.

➔ **Läs mer:** [Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer](#) [6].

Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en strategi som pekar ut riktningen för Sveriges arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Ett delmål i strategin gäller graviditet och förlossning:

Alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn. Alla har också rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort.

➔ **Läs mer:** [Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter \(SRHR\) – En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen](#) [35].

Stöd för hälso- och sjukvårdspersonal

Nationella riktlinjer: graviditet, förlossning och tiden efter – rekommendationer till personal

I webbversionen av de nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter ingår förutom rekommendationer till beslutsfattare även rekommendationer till dig som möter patienter.

➔ **Läs mer:**

- Rekommendationerna presenteras på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/forlossningsvard – se *För dig som möter patienter*.
- Rekommendationerna bygger framför allt på Socialstyrelsens tidigare publicerade kunskapsstöd [Graviditet, förlossning och tiden efter](#) [1], men också på till exempel [Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet](#) [36], [Kejsarsnitt? – ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer](#) [37] och [Könsstympning hos gravida – nationellt kunskapsstöd för personal i mödrahälsövården och förlossningsvården](#).

Kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd

I Socialstyrelsens kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd beskrivs kunskapsläget för flera av de riskfaktorer som kan orsaka dödföddhet. Där

det är möjligt ger vi också rekommendationer utifrån bästa tillgängliga kunskap – både om förebyggande insatser och om insatser efter att ett barn har dött i livmodern.

➔ **Läs mer:** [Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd](#) [38].

Rapporter från SBU om graviditet, förlossning och tiden efter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tagit fram flera rapporter om graviditet, förlossning och tiden efter de senaste åren.

Några exempel på slutsatser är att

- svår förlossningsrädsla verkar fångas upp väl av VAS-skalor
- flera insatser mot depression efter förlossning har effekt
- det är viktigt med ett gott omhändertagande när barn föds döda
- det finns sparsamt med forskning om extremt illamående
- det är oviss hur delade bukmuskler behandlas bäst.

➔ **Läs mer** i SBU:s sammanfattande broschyr [Graviditet, förlossning och vården efteråt](#) [39].

Rekommendationer om sjukskrivning

Socialstyrelsen har försäkringsmedicinskt beslutsstöd för

- förvärrar och hotande förtidsbörd
- graviditetsillamående och graviditetskräkningar
- graviditetsrelaterad rygg- och bäckensmärta (inklusive symfyseolys).

Beslutsstödet ska främst hjälpa dig som är läkare i hälso- och sjukvården att bedöma behov av sjukskrivning.

➔ **Läs mer** på webbplatsen *Stöd inom försäkringsmedicin*, under rubriken *Graviditet* på sidan [Diagnoser](#).

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektgrupp – rekommendationer

Projektledning på Socialstyrelsen – fram till 2025

Kristina Cederlund	utredare
Rebecka Lantto Graham	vetenskaplig projektledare
Anna Mattsson	projektledare

Sakkunniga – fram till 2025

Mia Ahlberg	rekommendationsgruppens ordförande, docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, handläggare på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SRHR-enheten, Region Stockholm
Ingela Lundgren	professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet, legitimerad barnmorska
Margareta Persson	docent i reproduktiv och perinatal hälsa, Umeå universitet, legitimerad barnmorska, universitetslektor, Umeå universitet
Katarina Remaeus	medicine doktor, Karolinska Institutet, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Barnbördshuset Stockholm AB, Stockholm
Birgitta Segeblad	medicine doktor, specialist i obstetrik och gynekologi, mödrahälsovårdsöverläkare, Region Uppsala, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Projektledning på Socialstyrelsen – tillägg av rekommendationer om graviditetsdiabetes 2026

Johanna Axling	projektledare och vetenskaplig projektledare
Kristina Cederlund	utredare
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare

Sakkunniga – tillägg av rekommendationer om graviditetsdiabetes 2026

Fredrik Ahlsson	professor i perinatalmedicin, Uppsala universitet, överläkare i neonatologi, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
Helena Backman	överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, docent, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Kerstin Berntorp	senior överläkare och adjungerad professor i endokrinologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö, Lunds universitet
Stefan Jansson	docent i medicinsk vetenskap, distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, Region Örebro
Karolina Lindén	docent i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet, legitimerad barnmorska, universitetslektor, Göteborgs universitet
Margareta Persson	docent i reproduktiv och perinatal hälsa, Umeå universitet, legitimerad barnmorska, universitetslektor, Umeå universitet
Elisabeth Storck Lindholm	mödrahälsöversör, medicine doktor, PhD, obstetriker, Region Stockholm.

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Socialstyrelsen – fram till 2025

Natalia Berg	Informationsspecialist
Lisa Keskitalo	Informationsspecialist
Rebecka Lantto Graham	vetenskaplig projektledare
Cecilia Mård Sterne	Informationsspecialist

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) – fram till 2025

Maria Ahlberg	projektadministratör, SBU
Ellika Andolf	professor, Karolinska Institutet, läkare

Helena Domeij	projektledare, SBU
Cecilia Ekéus	professor, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, barnmorska
Jan Holst	biträdande projektledare, SBU (2023)
Ann Kristine Jonsson	Informationsspecialist, SBU (2023)
Ann Josefsson	professor, Hälso- och sjukvårdsenheten, Regionledningskontoret, Region Östergötland, överläkare
Jenny Odeberg	projektansvarig chef, SBU
Hanna Olofsson	Informationsspecialist, SBU (2022)
Fredrik Tholander	biträdande projektledare, SBU (2022)
Sigurd Vitols	biträdande projektledare, SBU
Johanna Wiss	hälsoekonom, SBU

Socialstyrelsen – tillägg av rekommendationer om graviditetsdiabetes 2026

Johanna Axling	projektledare och vetenskaplig projektledare
Natalia Berg	informationsspecialist
Kristina Cederlund	vetenskaplig projektledare
Margareta Hedner	vetenskaplig projektledare
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare
Lisa Keskitalo	informationsspecialist

Prioritering av rekommendationerna

Fram till 2025

Mia Ahlberg	rekommendationsgruppens ordförande, docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, handläggare på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SRHR-enheten, Region Stockholm
Katharina Berggren	patientrepresentant, ordförande för Birth Rights Sweden

Anette Bornhov	legitimerad barnmorska, samordningsbarnmorska, primärvården, Region Jämtland Härjedalen
Catrin Gunnarsson	legitimerad psykolog, specialist i hälsopsykologi, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
Karin Holen	legitimerad fysioterapeut, uroterapeut, Bäckebottencentrum, Verksamhetsområde Kvinnosjukvård, Skånes universitetssjukhus, Malmö (2023)
Tatiana Kamsties	legitimerad psykolog, psykoterapeut, Specialist-mödravårdsmottagningen, Obstetrik- och gynekologimottagningen, Universitetssjukhuset Örebro, Region Örebro
Lena Karlegård	legitimerad barnmorska, samordningsbarnmorska, Kvinnohälsovården, Region Blekinge
Lars Ladfors	docent, Göteborgs universitet, universitetssjukhus-överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, medicinsk rådgivare, koncernkontoret, Västra Götalandsregionen
Lisa-Marie Larisch	patientrepresentant, vice ordförande för Birth Rights Sweden (2023)
Peppi Nash	medicine doktor, mödrahälsovårdsöverläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, verksamhetsområde obstetrik/gynekologi, Region Norrbotten
Hanna Nordlöf	överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Kvinnokliniken, Centralsjukhuset Kristianstad, Region Skåne
Maria Pliakas	legitimerad sjukgymnast, Fysioterapi Specialist-vård/Kvinnosjukvård, Gävle sjukhus, Region Gävleborg
Anna Rilfors	legitimerad barnmorska, avdelningschef, Centrum för obstetrik och gynekologi, Skellefteå, Region Västerbotten
Anna-Karin Ringqvist	legitimerad barnmorska, verksamhetsutvecklare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, Västra Götalandsregionen
Lisa Ryding	legitimerad barnmorska, verksamhetschef, Barnmorskemottagning Stockholm Södra, Region Stockholm

Ihsan Sarman	medicine doktor, pensionerad överläkare, specialist i pediatrik och neonatologi, Stockholm (2023)
Helena Strevens	medicine doktor, docent, mödrahälsovårds- överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Region Skåne
Eva Uustal	docent, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
Josefina Åberg Liesaho	mödrahälsovårdsöverläkare, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Mälarsjukhuset, Region Sörmland (2023)
Hanna Åmark	medicine doktor, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, sektionschef, Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Region Stockholm
Karin Ängeby	filosofie doktor, legitimerad barnmorska, forskningsbarnmorska vid Kvinnosjukvården, Region Värmland, och forskningsledare vid Centrum för klinisk forskning och utbildning, Region Värmland

Tillägg av rekommendationer om graviditetsdiabetes 2026

Mia Ahlberg	rekommendationsgruppens ordförande, docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, handläggare på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SRHR- enheten, Region Stockholm
Emil Andersson	barnläkare, neonatolog, Länssjukhuset Ryhov, Region Jönköping
Liselotte Andersson	legitimerad barnmorska, Specialistmödravård Kvinnohälsan Norrköping, Region Östergötland
Anna Hagman	medicine doktor, mödrahälsovårdsöverläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, barnmorske- och gynekologimottagningen, Regionhälsan, Västra Götalandsregionen
Tatiana Kamsties	legitimerad psykolog, psykoterapeut, Specialist- mödravårdsmottagningen, Obstetrik- och gynekologimottagningen, Universitetssjukhuset Örebro, Region Örebro
Johanna Molin	medicine doktor, mödrahälsovårdsöverläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Mödra- hälsovårdsenheten, Södersjukhuset, Region Stockholm

Peppi Nash	medicine doktor, mödrahälsovårdsöverläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, verksamhetsområde obstetrik/gynekologi, Region Norrbotten
Sofia Nevander	överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Emelie Nordenhök	biträdande överläkare, medicinsk enhet för graviditet och förlossning, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Lisa Ryding	legitimerad barnmorska, verksamhetschef, Barnmorskemottagning Stockholm Södra, Region Stockholm
Zahra Safdari	legitimerad barnmorska, Specialistmödravård Solna, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Helena Strevens	medicine doktor, docent, mödrahälsovårdsöverläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Region Skåne
Hanna Åmark	medicine doktor, överläkare, specialist i obstetrik och gynekologi, sektionschef, Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Region Stockholm

Projektgrupp – indikatorer

Projektledning på Socialstyrelsen

Madelene Barboza	projektledare
Christina Broman	Utredare
Mikael Ohlin	Statistiker

Sakkunniga

Mia Ahlberg	docent i reproduktiv hälsovetenskap, Karolinska Institutet, legitimerad barnmorska, tillförordnad verksamhetschef för Graviditet och förlossning, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Maria Jonsson	professor, Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Ingela Lundgren	professor emerita i reproduktiv och perinatal hälsa, Göteborgs universitet, legitimerad barnmorska

Olof Stephansson	professor, överläkare, Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset
------------------	---

Andra medverkande

Socialstyrelsen

Inga-Maj Andersson	utredare (2023)
Johanna Axelsson	kommunikatör (2023, 2025 och 2026)
Anders Berg	projektägare (2023 och 2025)
Ellinor Cronqvist	enhetskoordinator (2023, 2025 och 2026)
Mattias Fredricson	enhetschef (2023)
Gunilla Granbom	redaktör (2023)
Tiina Laukkanen	produktionsledare (2025 och 2026)
Caterine Lindwall	webbredaktör (2023)
Sofia von Malortie	enhetskoordinator (2023), enhetschef (2023, 2025 och 2026), projektägare (2026)
Karin Melin Norlander	administratör (2026)
Peter Nygren	projektledare för Socialstyrelsens samlade stöd vid graviditet, förlossning och tiden efter (2023 och 2025)
Maria Nylén	produktionsledare (2023)
Louise Ohlén	webbredaktör (2023, 2025 och 2026)
Emmelie Pettersén Ugglå	jurist (2023 och 2025)
Maria Stomrud	kommunikatör (2023, 2025 och 2026)
Sofie Strömbäck	redaktör (2023, 2025 och 2026)
Filippa Svensson	administratör (2023, 2025 och 2026)
Susanne Åhlund	utredare (2023, 2025 och 2026)

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)

Emelie Andersson	hälsoekonom (2023 och 2025)
Sofia Löfvendahl	hälsoekonom (2026)
Katarina Steen Carlsson	hälsoekonom (2023, 2025 och 2026)
Marcela Urey Adamsson	hälsoekonom (2026)

Samarbetspartner

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samverkat med

- Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning
- SBU, som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna.

Sjukvårdshuvudmännen (via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård), Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet har också nominerat experter till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet. I arbetet med *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning* har vi konsulterat den nationella arbetsgruppen för mödrahälsovård.

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet från en konsensuspanel. Vi har rekryterat deltagarna med stöd från Svenska Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet, SFOG, Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård samt Fysioterapeuterna, sektionen för kvinnors hälsa.

För arbetet med prioritering av rekommendationerna har sjukvårdsregionerna och organisationen Birth Rights Sweden nominerat representanter. Vidare har patienternas perspektiv också tillvaratagits genom att Birth Rights Sweden lämnat synpunkter på vad riktlinjerna bör innehålla.

Referenser

1. Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå Socialstyrelsen; 2022.
2. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
4. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience World Health Organization; 2016.
5. Medicinska födelserregistret. 2024. Hämtad 2026-03-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/medicinska-fodelserregistret/>
6. Normalförlossning – en översikt av praxis vid handläggning och underlag för utvecklingen av riktlinjer Socialstyrelsen; 2023.
7. Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport 2024; 2025.
8. Risker med övervikt och fetma vid graviditet - fokus på gravida med ett högt BMI. Socialstyrelsen; 2019.
9. Folkhälsomyndigheten. Övervikt och obesitas i befolkningen. 2024. Hämtad 2026-03-10 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas-i-befolkningen/>
10. Rapport om bemötande av patienter med övervikt och obesitas inom svensk sjukvård 2024. Riksförbundet Obesitas Sverige; 2024.
11. Graviditetsenkäten 2022. Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
12. Kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården - Uppdrag att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården S2022/00902. Nationella vårdkompetensrådet; 2023.
13. Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa: slutredovisning av regeringsuppdrag om förlossningsvården och hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa. Socialstyrelsen; 2019.
14. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(8):937–44.
15. Om implementering. Socialstyrelsen; 2013.
16. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. Annu Rev Public Health. 2014; 35:255–74.
17. Huot S, Ho H, Ko A, Lam S, Tactay P, MacLachlan J, et al. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. Int J Circumpolar Health. 2019; 78(1):1571385.
18. Förlossande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Vårdanalys; 2020.
19. Utveckling av nationella riktlinjer och utvärderingar - Förslagsrapport. Socialstyrelsen.

20. Nationella riktlinjer 2018: Endometrios – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
21. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid hälsosamma levnadsvanor – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Socialstyrelsen; 2024.
22. Nationella riktlinjer 2023: Obesitas – prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Socialstyrelsen; 2023.
23. Nationella riktlinjer 2018: Diabetesvård – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
24. Nationella riktlinjer 2020: Astma och KOL – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2020.
25. Nationella riktlinjer 2021: Depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2021.
26. Nationella riktlinjer 2025: Bäckebottendysfunktion – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2025.
27. Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
28. Nationella riktlinjer 2018: Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
29. Nationella riktlinjer 2019: Missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2019.
30. Vårdkedjan för barn som behöver neonatalvård och deras familjer – Nationella rekommendationer till beslutsfattare och stöd till personal. Socialstyrelsen; 2021.
31. Plötslig oväntad död hos spädbarn: kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
32. Nationell amningsstrategi 2022-2027. Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Konsumentverket; 2022.
33. Tio steg som främjar amning. Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket; 2021.
34. Samordning av kunskapsprodukter och stöd för implementering av ny kunskap – utifrån vårdområde graviditet, förlossning och tiden efter Socialstyrelsen; 2023.
35. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). 2020.
36. Prekonceptionell hälsa – levnadsvanor före och under graviditet: Nationellt kunskapsstöd till personal i hälso- och sjukvården med fokus på tobak, alkohol och folsyra. Socialstyrelsen; 2022.
37. Kejsarsnitt? Ett kunskapsstöd inför beslut om planerat kejsarsnitt vid oklara indikationer. Socialstyrelsen; 2022.
38. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd. Socialstyrelsen; 2022.
39. Graviditet, förlossning och vården efteråt. SBU; 2023.
40. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2020.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter för beslutsfattare innehåller 19 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#) ovan. Här ger vi en översikt, med motiveringar till varje enskild rekommendation. Rekommendationerna är uppdelade i följande områden:

- graviditet
- förlossning
- eftervård
- psykisk ohälsa.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Graviditet

Till mödrahälsovården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
1	För alla gravida som skrivs in i mödrahälsovården: Utgå från Nationellt basprogram för graviditetsövervakning.	Rekommendationen bygger på god praxis: vården kan betraktas som självklar, och det vore orimligt och oetiskt att inte erbjuda den.	1
2	För gravida som använder alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, och behöver vård från flera instanser: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården. ¹	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 beprövad erfarenhet. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen.	1

¹ Rekommendationen gäller även dem som nyligen fött barn.

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
3	För gravida med obesitas: Erbjud kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal. ²	Hälsotillståndet 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.	2
4	För gravida med obesitas: Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling. ²	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.	4
18	För gravida som har testats och fått diagnosen graviditetsdiabetes ³ : Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	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 glukosvärden enligt Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden. Det finns visad nytta för både den gravida och barnet på kort sikt, men studieresultaten är osäkra. Kommentar: Prioriteringen är gjord specifikt utifrån Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden för diagnos.	4

² Rekommendationen är hämtad från *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas* [23].

³ Enligt gränsvärdena i rutan [Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?](#) i kapitlet *Rekommendationer*.

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
19	För gravida med ökad risk för graviditetsdiabetes⁴: Erbjud test för graviditetsdiabetes före graviditetsvecka 20 (venösa blodprov efter fasta och efter glukosbelastning). Vid diagnos⁵: Följ blodsockernivåerna (glukosnivå i plasma), och erbjud behandling för att sänka dem vid behov.	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. Kommentar: Prioriteringen är gjord specifikt utifrån Socialstyrelsens rekommenderade gränsvärden för diagnos.	6
5	Endast inom ramen för forskning och utveckling, för gravida som behöver utökat stöd: Låt samma barnmorske-team följa den gravida genom hela vårdkedjan.	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området.	FoU

Förlossning

Till förlossningsvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
6	För de som nyligen har fött barn vaginalt: Låt två utförare diagnostisera misstänkta förlossningsbristningar.	Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad, och insatsen bidrar till fler identifierade förlossningsbristningar. Kommentar: Insatsen kan innebära ett viktigt lärandemoment.	1

⁴ Minst en av följande riskfaktorer: tidigare graviditetsdiabetes, tidigare födsel av ett stort barn, BMI ≥ 30 , förstagrads släkting med diabetes (oavsett typ), förälder född i en region i världen där diabetes är särskilt vanligt – förenklat: utanför Europa.

⁵ Enligt gränsvärdena i rutan [Vem får diagnosen graviditetsdiabetes?](#) i kapitlet *Rekommendationer*.

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
8	För friska gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning: Erbjud en riskbedömning i graviditetsvecka 41+0 till 41+2, som ligger till grund för när igångsättning (induktion) kan erbjudas. Planera för igångsättning någon gång före vecka 42 om inte förlossningen startar spontant.	Gravida som har nått graviditetsvecka 41+0 till 41+2 har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad, på grund av ökade risker för barnet. Riskbedömningen ger stor patientnytta – oupptäckta risker i graviditeten kan identifieras, enligt beprövad erfarenhet. Den gravida får stöd för att göra ett informerat val om den fortsatta vården.	2
7	För gravida som är i förlossningens aktiva fas: Erbjud kontinuerligt stöd av en barnmorska tills förlossningen är över.	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.	3
9	För friska gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning: Erbjud rutinmässig igångsättning (induktion) av förlossningen i graviditetsvecka 41+0 till 41+2.	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.	8
10	För gravida som har en okomplicerad singelgraviditet med huvudbjudning, har fött barn tidigare, har nått graviditetsvecka 37 och önskar föda hemma: Överväg planerad hemförlossning, där två barnmorskor assisterar den födande i samarbete med den sjukhusbaserade förlossningsvården.	Hälsotillståndet 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.	8

Eftervård

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
11	För patienter med besvär efter förlossningen: Bedöm vårdbehovet i mödrahälsovården.	Hälsotillståndet 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 som nyligen fött barn, enligt beprövad erfarenhet.	1
12	För patienter som har bäckenbottenbesvär efter förlossningen och behöver vidare utredning och behandling: Erbjud multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering.	Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Insatsen förbättrar patienternas bäckenbottenhälsa och ökar livskvaliteten, enligt beprövad erfarenhet. Insatsen bedöms därmed ge stor patientnytta. Om den inte erbjuds riskerar patienten stort fysiskt och psykiskt lidande.	1
13	För patienter som nyligen har fött barn: Erbjud tidig uppföljning i mödrahälsovården: Följ upp förlossningen och hälsotillståndet hos den som fött barn strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhuset.	Det finns ett stort behov av uppföljningen. Enligt beprövad erfarenhet 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.	2
14	För patienter som nyligen har fött barn och har förlossningsbristningar eller ett klipp i mellangården (episiotomi): Låt en barnmorska eller en läkare kontrollera förlossningsbristningen eller klippet före hemgången från BB, eller vid återbesöket på sjukhuset.	Hälsotillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Kontrollen bidrar till att fysiska komplikationer upptäcks tidigt, enligt beprövad erfarenhet. Denna tidiga kontroll fångar dock inte upp alla komplikationer, eftersom komplikationer kan uppstå även senare.	4

Psyisk ohälsa

Till mödrahälsovården och förlossningsvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
15	För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har psykisk sjukdom, och behöver vård från flera instanser: Arbeta enligt rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården och psykiatri, primärvården och barnhälsovården.	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 beprövad erfarenhet. Arbetet kan ha effekt på både kort och lång sikt för den gravida, barnet och familjen. Det kan också öka patientens trygghet.	1
16	För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa: Säkerställ tillgång till relevanta kompetenser för multiprofessionell bedömning och behandling.	Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet 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.	4
17	För de som är gravida eller nyligen har fött barn och har misstänkt eller fastställd psykisk ohälsa: Erbjud personal i mödrahälsovården regelbunden konsultation av en psykolog med kompetens i perinatal psykisk hälsa (MBHV-psykolog).	Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet 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.	5

Bilaga 2. Nationellt basprogram för graviditetsövervakning

Här beskriver vi *Nationellt basprogram för graviditetsövervakning*, som Socialstyrelsen rekommenderar med högsta prioritet (se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet *Rekommendationer*). I basprogrammet ingår miniminivån av vård som alla gravida bör erbjudas, främst av barnmorskor i mödrahälsovården. Syftet är att främja hälsa och stärka föräldraskapet – och att tidigt upptäcka risker för den gravidas eller fostrets hälsa.

Vård enligt basprogrammet minskar påtagligt riskerna för allvarliga sjukdomar och död. Denna vård kan betraktas som självklar att erbjuda. Samtidigt behöver allt fler gravida vård utöver basprogrammet. Det beror på att fler har eller utvecklar medicinska, psykiska eller sociala komplikationer.

Alla regioner arbetar redan till stora delar enligt ett basprogram, men Socialstyrelsen har samlat arbetssätten för att kunna ge en enhetlig nationell rekommendation om en miniminivå som regionerna behöver säkra resurser för. Detta basprogram är inte tänkt att användas som ett vårdprogram, utan som en bas att utgå från och arbeta vidare med. Utöver det medicinska basprogrammet finns också psykologiska och sociala basprogram i de flesta regioner.

Basprogrammet är indelat efter graviditetens trimestrar, med ett eget avsnitt om eftervård. För många av stegen finns mer stöd på Socialstyrelsens webbplats. Se socialstyrelsen.se/forlossningsvard.

➔ **Läs mer** om vad basprogrammet bygger på i kunskapsunderlaget för basprogrammet på [Socialstyrelsens webbplats](https://socialstyrelsen.se).

Första trimestern

Informera om folsyratillskott

Vid första kontakten med den gravida: Informera om vikten av folsyratillskott under den första trimestern, för att minska risken för ryggmärgsbråck hos barnet. Redan den som planerar att bli gravid bör ta folsyratillskott.

Samtala om alkohol

Mycket tidigt i graviditeten:

- Erbjud rådgivande samtal om alkoholens skadliga påverkan på fostret under hela graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Dokumentera alkoholbruket under det senaste året med AUDIT.
- Vid behov, kartlägg fostrets alkoholexposition med till exempel Timeline Followback.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från alkohol.

Samtala om tobak och nikotinprodukter

Mycket tidigt i graviditeten: Erbjud rådgivande samtal om tobakens och nikotinets negativa påverkan på fostret. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).

Samtala om narkotika

Mycket tidigt i graviditeten:

- Identifiera narkotikabruk och informera om den skadliga påverkan på fostret. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Dokumentera substansbruket under det senaste året med DUDIT.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från narkotika.

Ta en anamnes av läkemedelsbehandling

Mycket tidigt i graviditeten:

- Fråga den gravida vilka läkemedel hen använder, inklusive naturläkemedel och kosttillskott.
- Vid behov: Rekommendera dosändring, borttagning av fosterskadliga läkemedel eller fortsättning med medicinskt nödvändiga läkemedel, i samråd med läkare.
- Vid behov: Planera för att avstå från amning om den gravida behöver läkemedel som är olämpliga vid amning, i samråd med läkare.
- Remittera till specialistvård om den gravida har svårt att avstå från beroendeframkallande läkemedel.

Ta en strukturerad anamnes av allvarlig psykisk sjukdom

Mycket tidigt i graviditeten: Undersök om den gravida har eller tidigare har haft en allvarlig psykisk sjukdom, det vill säga en sjukdom som

- kräver sjukhusinläggning eller annan specialistvård i psykiatri
- riskerar att allvarligt påverka föräldraförmågan eller den gravidas eller fostrets hälsa.

Planera vården utifrån resultatet av anamnesen, oftast i samråd med en MBHV-psykolog. Vid allvarlig psykisk sjukdom behövs ofta samråd med andra vårdinstanser och aktörer.

Ta en strukturerad medicinsk anamnes, inklusive relevant hereditet

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad medicinsk anamnes, för att identifiera risker för komplikationer för den gravida och fostret. Inkludera frågor om obstetriskt relevant hereditet.
- **Så tidigt som möjligt:** Ställ frågor om venös trombos, så att den gravida kan få tidig behandling vid behov.
- Planera vården för att främja hälsa, oftast i samråd med läkare.
- **Vid varje besök:** Bedöm de medicinska riskerna och om en läkare behöver konsulteras, eller om basprogrammet behöver kompletteras eller ersättas av en annan vårdplan.

Ta en strukturerad obstetrisk anamnes

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad obstetrisk anamnes, för att identifiera risker för den gravida och fostret. Inkludera frågor om upplevelser och komplikationer vid tidigare förlossningar och amning.
- **Så tidigt som möjligt:** Ställ frågor om tidigare extrauterin graviditet, så att den gravida kan få en snabb läkarbedömning.
- Planera vården för att främja hälsa, oftast i samråd med läkare.

Ta en strukturerad anamnes av psykisk ohälsa som inte bedöms som allvarlig

Tidigt i graviditeten:

- Ta en strukturerad anamnes av psykisk ohälsa som inte bedöms som allvarlig, för att möjliggöra förebyggande och tidiga insatser.
- Upprepa samtalen under graviditeten, för att upptäcka förändringar av den psykiska hälsan. Går den psykologiska omställningsprocessen som förväntat?
- Planera vården utifrån resultatet av anamnesen, oftast i samråd med en MBHV-psykolog.

Gör en psykosocial bedömning

Tidigt i graviditeten:

- Ställ frågor om den gravidas psykosociala situation: socioekonomi, psykologiska faktorer, familjesituation, stress och tillgång till stöd.
- Gör en sammanvägd psykosocial bedömning: Kartlägg risker och bedöm om psykosociala insatser behövs.
- Upprepa bedömningen under graviditeten.
- Planera vården utifrån resultatet av anamnesen, oftast i samråd med en MBHV-psykolog.

Erbjud information om fosterdiagnostik

Tidigt i graviditeten: Erbjud information om fosterdiagnostik, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSF 2012:20) och allmänna råd om fosterdiagnostik och lagen (2006:351) om genetisk integritet.

Bedöm risken för preeklampsi

Tidigt i graviditeten: Bedöm risken för preeklampsi (havandeskapsförgiftning). Om den gravida har en ökad risk för denna mycket allvarliga komplikation, kan en läkare erbjuda förebyggande behandling.

Samtala om kost

- Samtala om kost och hälsosamma matvanor under graviditeten, och inkludera råd för att främja en hälsosam viktutveckling. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Informera om Livsmedelsverkets rekommendationer om lämplig och olämplig mat för gravida.
- Om den gravida har ohälsosamma matvanor och är otillräckligt fysiskt aktiv: Erbjud kvalificerat rådgivande samtal, enligt [Nationella riktlinjer: ohälsosamma levnadsvanor](#) [21].

➔ **Läs mer:** För gravida med obesitas rekommenderar Socialstyrelsen *kombinerad levnadsvanebehandling*. Se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet *Rekommendationer*.

Samtala om fysisk aktivitet

- Informera och ge individanpassade råd om fysisk aktivitet under graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Om den gravida är otillräckligt fysiskt aktiv och har ohälsosamma matvanor: Erbjud kvalificerat rådgivande samtal, enligt [Nationella riktlinjer: ohälsosamma levnadsvanor](#) [21].

Uppmärksamma förlossningsrädsla

Tidigt i graviditeten:

- Fråga om känslorna inför förlossningen, och uppmärksamma förlossningsrädsla systematiskt. Använd gärna skattningsskalor som VAS eller FOBS för att bedöma graden av förlossningsrädsla.
- Vid misstanke om förlossningsrädsla: Kartlägg behovet av stöd och behandling med hjälp av en fördjupad anamnes.
- Upprepa frågorna under graviditeten.
- Planera vården utifrån resultatet av anamnesen, oftast i samråd med en MBHV-psykolog.

Fråga om könsstympning

Fråga alla om könsstympning tidigt i graviditeten, för att identifiera dem som har utsatts. Informera samtidigt om att frågan ställs till alla gravida.

När du identifierar gravida som har utsatts för könsstympning typ 3: Erbjud en öppningsoperation före förlossningen när det finns behov. Förklara vad en öppningsoperation är, hur den går till och fördelarna med att operera under graviditeten.

Beräkna body mass index (BMI)

- Följ den gravidas vikt och beräkna body mass index (BMI), för att planera vården och begränsa riskökningen för den gravida och fostret vid högt BMI.
- För samtal med fokus på hälsosamma levnadsvanor under graviditeten. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).
- Om den gravida har obesitas (BMI > 30): Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling (se avsnittet [Graviditet](#) i kapitlet *Rekommendationer*).

Mät blodtrycket

Tidigt i graviditeten:

- Mät den gravidas blodtryck, för att upptäcka och behandla högt blodtryck och preeklampsi (havandeskapsförgiftning).
- Upprepa mätningen under graviditeten.

Ta urinprov

Tidigt i graviditeten: Ta urinprov från den gravida, för att upptäcka och behandla asymtomatisk bakteriuri och andra sjukdomar i urinvägarna.

Urinprovet kan analyseras med sticka för att upptäcka albumin, nitrit och

protein. Gör alltid en urinodling om den gravida tidigare har haft njurbäckeninflammation, eller har ökad risk för det av andra skäl.

Kontrollera järndepåerna

Tidigt i graviditeten:

- Mät mängden ferritin i den gravidas blod, för att kontrollera järndepåerna och upptäcka järnbrist.
- Bedöm om den gravida behöver behandling.

Kontrollera hemoglobinet

Tidig i graviditeten:

- Mät hemoglobinet i den gravidas blod, för att upptäcka blodbrist (anemi).
- Bedöm om den gravida behöver behandling.
- Upprepa mätningen under graviditeten.

Kontrollera sköldkörtelfunktionen

Tidigt i graviditeten: Kontrollera mängden tyroideastimulerande hormon (TSH) och fritt tyroxin i den gravidas blod, för att upptäcka och behandla låg eller hög ämnesomsättning.

Bestäm blodgrupp och erythrocytantikroppar

I graviditetsvecka 10–12:

- Bestäm den gravidas blodgrupp och kontrollera om det finns erythrocytantikroppar, för att förebygga eller behandla allvarlig sjukdom hos fostret vid behov.
- Om den gravida är RhD-negativ: Bestäm fostrets *RHD*-genotyp, för att kunna förebygga anti-D-immunisering.

I graviditetsvecka 27–29:

- Upprepa kontrollen av erythrocytantikroppar.

Erbjud kompletterande screening med gynekologiskt cellprov

Vid behov: Erbjud cellprov enligt det nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:14) om villkor för avgiftsfri screening.

Erbjud tidigt ultraljud i vecka 12–13

I graviditetsvecka 12–13: Erbjud ultraljud för att

- konstatera att fostret lever
- datera graviditeten (mer tillförlitligt än i vecka 18–20)
- bestämma graviditetslängden – som utgångspunkt för senare bedömningar, till exempel beslut om induktion på grund av överburenhet
- upptäcka flerbörd
- upptäcka vissa strukturella missbildningar
- stärka förutsättningarna för en optimal vård.

Observera: Barnmorskor och läkare behöver särskild certifiering för att utföra ultraljud. Det tidiga ultraljudet kan också ingå i en annan typ av fosterdiagnostik som den gravida har valt, till exempel KUB eller NIPT.

Ta prov för hiv

Ta prov för hiv enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:13) om infektionsscreening av gravida.

Ta prov för hepatit B

- Ta prov för hepatit B enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:13) om infektionsscreening av gravida.
- Om den gravida har hepatit B: Ta ett uppföljande prov, och utför åtgärder för att hindra att viruset förs över till barnet, och för att främja den gravidas egen hälsa och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av hepatit B senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Hepatit B ökar risken för levercancer och andra leversjukdomar.

Ta prov för syfilis

- Ta prov för syfilis enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:13) om infektionsscreening av gravida.
- Om den gravida har syfilis: Ta ett uppföljande prov, och erbjud den gravida behandling. Tidig behandling är avgörande för att förhindra allvarliga hälsoeffekter hos barnet till följd av överföring av bakterien. Behandlingen är också viktig för att främja den gravidas egen hälsa och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av syfilis senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Ta prov för rubellaimmunitet

- Ta prov för rubellaimmunitet enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1982:13) om diagnostik av och förebyggande åtgärder mot rubellainfektion.
- Om den gravida inte är immun mot rubella: Erbjud vaccination efter graviditeten, för att minska risken för fosterskador vid framtida graviditeter.

Rubella ingår i det nationella barnvaccinationsprogrammet, så de flesta gravida har hittills varit vaccinerade. En ökande andel av befolkningen har dock inte deltagit i vaccinationsprogrammet. Många vaccinerade gravida saknar också påvisbara antikroppar. De blir erbjudna vaccin efter förlossningen på BB.

Det finns stor risk för allvarliga, irreversibla fosterskador om den gravida har en rubellainfektion de första 16 veckorna av graviditeten.

Ta prov för klamydia

- Ta prov för klamydia hos den gravida.
- Om den gravida har klamydia: Erbjud behandling för att främja hälsan hos den gravida och fostret, och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av klamydia senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Klamydia kan orsaka komplikationer under och efter förlossningen.

Ta prov för gonorré

- Ta prov för gonorré hos den gravida.
- Om den gravida har gonorré: Erbjud behandling för att främja hälsan hos den gravida och fostret, och hindra smittspridning.
- Om den gravida riskerar att ha smittats av gonorré senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Gonorré kan föras över till barnet vid förlossningen och orsaka allvarlig ögoninfektion.

Ta prov för multiresistenta bakterier

- Bedöm om den gravida riskerar att vara smittad av multiresistenta bakterier.
- Vid ökad risk: Ta prov för multiresistenta bakterier.
- Om den gravida har smittats av multiresistenta bakterier: Erbjud behandling för att förebygga allvarliga hälsoeffekter för den gravida och fostret, och för att hindra smittspridning.

- Om den gravida riskerar att ha smittats av multiresistenta bakterier senare under graviditeten: Upprepa provtagningen.

Bedöm risken för tuberkulos och ta prov vid behov

- Bedöm om den gravida riskerar att ha latent tuberkulos.
- Vid ökad risk: Ta prov för tuberkulos.
- Om den gravida har tuberkulos: Ta ställning till om det behövs behandling för att främja den gravidas hälsa och hindra att bakterien förs över till det nyfödda barnet.

Om den gravida har latent tuberkulos finns en ökad risk för aktiv sjukdom det första halvåret efter förlossningen. Då riskerar även det nyfödda barnet att smittas.

Andra trimestern

Erbjud ultraljud i vecka 18–20

I graviditetsvecka 18–20: Erbjud ultraljud för att

- undersöka fostrets organ för att upptäcka allvarliga missbildningar och sjukdomar
- datera graviditeten, om det inte redan är gjort
- upptäcka flerbörd, om det inte redan är gjort
- bestämma moderkakans läge.

Observera: Barnmorskor och läkare behöver särskild certifiering för att utföra ultraljud.

Fråga om våld

Fråga den gravida om erfarenheter av våld och våldsutsatthet. Samtala i enrum utan partner, medförälder eller andra närvarande. Det är viktigt att det finns en handlingsplan för att hantera om den gravida är utsatt för våld.

Frågorna kan ställas även tidigare i graviditeten, eller upprepat enligt en lokal rutin.

Samtala om fosterrörelser

Vid rutinbesöket omkring graviditetsvecka 24: Informera om fosterrörelser.

Auskultera fosterljud

Vid varje besök efter graviditetsvecka 24–25:

- Avlyssna fostrets hjärtljud med dopplerultraljud.
- Om du upptäcker hjärtrytmrubbningar: Remittera för vidare bedömning.

Kontrollerna bekräftar också att fostret är vid liv.

Observera: Använd inte dopplerultraljud före vecka 18. Det kan påverka fostret negativt.

Kontrollera symfus-fundusmättet

Upprepade tillfällen efter graviditetsvecka 24–25:

- Kontrollera symfus-fundusmättet.
- Vid tecken på tillväxtavvikelse hos fostret: Gör ett uppföljande ultraljud, för att kunna erbjuda åtgärder vid behov.

Identifiera graviditetsdiabetes

I graviditetsvecka 24–28: Mät den gravidas plasmaglukos, för att upptäcka och behandla graviditetsdiabetes. Gravida som uppnår något av följande glukosvärden bör få diagnosen graviditetsdiabetes – om inte de förhöjda värdena beror på tidigare känd diabetes:

- fastande: 5,4 mmol/l
- 1 timme efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 10,1 mmol/l
- 2 timmar efter att ha druckit 75 g glukoslösning: 8,6 mmol/l.

Observera: Värdena gäller för venösa blodprov, med provtagningsrör som har tillsats av sur citratbuffert.

Erbjud föräldraskapsstöd

Erbjud föräldraskapsstöd, för att stärka förmågan att möta barnets behov och underlätta omställningen efter förlossningen.

Samtala om amning

Erbjud reflekterande samtal om erfarenheter, förväntningar och inställning till amning. Informera också om tillmatning och alternativ uppfödning, om den gravida inte kan eller vill amma. Utgå från en strukturerad metod, till exempel motiverande samtal (MI).

Tredje trimestern

Bedöm fosterläget

Omkring graviditetsvecka 35–36:

- Kontrollera fosterläget, oftast genom yttre palpation.
- Vid sätesändläge eller andra avvikande lägen: Bedöm vad som behövs för att förebygga komplikationer.

Erbjud preventivmedelsrådgivning i sen graviditet

Ge råd om möjliga preventivmedel efter graviditeten. Oplanerad graviditet är möjligt även en kort tid efter förlossningen, och preventivmedelsrådgivningen ökar den gravidas möjlighet att göra ett informerat val om sin sexuella och reproduktiva hälsa.

Observera:

- Det är möjligt att sätta in en spiral vid ett kejsarsnitt.
- Det är möjligt att utföra sterilisering vid ett kejsarsnitt, om den gravida är över 25 år, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:6) om sterilisering. Om den gravida är myndig men under 25 år ska ansökan prövas av Rättsliga rådet.
- Det är möjligt att sätta in en p-stav före hemgången från BB.

Eftervård

Erbjud tidig uppföljning under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhus

Erbjud tidig uppföljning: Följ upp förlossningen och hälsotillståndet hos den som fött barn strukturerat, under den första till andra veckan efter hemgången från sjukhus – vid flera tillfällen om det behövs. Ge råd, stöd och behandling efter behov. Ge också skriftlig information om vart den som fött barn kan vända sig vid besvär. Följ till exempel upp

- fysisk och psykisk hälsa
- amningsstöd och stöd vid alternativ uppfödning
- övergången till föräldrskapet
- förlossningsbristningar, blödningar, infektioner, smärta och oro.

Erbjud eftervårdsbesök efter 6–16 veckor

Erbjud eftervårdsbesök 6–16 veckor efter förlossningen. Anpassa denna uppföljning till behovet hos den som fött barn, och erbjud flera besök om det behövs. Följande bör ingå:

- Gå igenom förlossningen.
- Samtala om levnadsvanor.
- Mät blodtrycket, hemoglobinet i blodet och vikten hos den som fött barn.
- Erbjud preventivmedelsrådgivning och reproduktiv livsplan.
- Erbjud en gynekologisk undersökning, inklusive bedömning av bäckenbotten.
- Informera och instruera om bäckenbottenträning.
- Följ upp amningen eller den alternativa uppfödningen, och ge stöd vid behov.
- Följ upp den psykiska hälsan hos den som fött barn.

Observera: Eftervårdsbesöket behöver vara fysiskt för att den gynekologiska undersökningen ska kunna utföras. Om fler besök erbjuds kan de ske digitalt eller via telefon vid behov.

Bilaga 3. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet. Alla indikatorer listas i tabell 1.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer i denna bilaga redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 1. Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter

Nr	Namn	Rekommendationens id
1.1	Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, beroendevården, socialtjänsten och barnhälsovården	2
1.2	Uppföljning i specialiserad vård för skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika under graviditeten och tiden efter	2
2	Kompetensutveckling om obesitas till hälso- och sjukvårdspersonal	3 ¹⁵
3.1	Rutiner för två utförare vid diagnostisering av misstänkta förlossningsbristningar	6
3.2	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor ¹⁶	6
4	Kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningens aktiva fas	7
5	Förutsättningar för bedömning av vårdbehov efter förlossning i mödrahälsovården	11
6.1	Tillgång till multiprofessionell bedömning, behandling och rehabilitering av bäckenbottenbesvär efter förlossning	12

¹⁵ Rekommendationen är hämtad från *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas* [23].

¹⁶ Centralt mått.

Nr	Namn	Rekommendationens id
6.2	Patienter med bäckenbottenbesvär 18 månader efter förlossning	12
7	Strukturerad tidig uppföljning i mödrahälsovården efter förlossning	13
8	Besök på akutmottagning med anledning av besvär relaterade till förlossning och tiden efter	6, 11, 13, 14
9.1	Rutiner för samverkan mellan mödrahälsovården, psykiatri, primärvården och barnhälsovården	15
9.2	Uppföljning i den specialiserade psykiatri under graviditeten och tiden efter	15

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [40]. En indikator för god vård ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka
- ange en riktning, det vill säga ange om höga eller låga värden är eftersträvarvärda (när vi mäter något utan en sådan riktning använder vi uttrycket *centralt mått* istället för indikator).

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 internationella jämförelser.

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Kunskapsunderlag för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning
- Metodbeskrivning för Nationellt basprogram för graviditetsövervakning
- Fördjupad konsekvensanalys
- Gränsvärden för graviditetsdiabetes
- Förutsättningar för allmän testning av graviditetsdiabetes med peroral glukosbelastning.

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för graviditet, förlossning och tiden efter.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/forlossningsvard.

Bilaga 5. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om graviditet, förlossning och tiden efter för beslutsfattare har uppdaterats sedan de först publicerades. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för nationella riktlinjer om graviditet, förlossning och tiden efter

Publiceringsår	Aktivitet
2023	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2025	Riktlinjerna uppdaterades efter en synpunktsperiod: • Vi lade till två rekommendationer om riskbedömning och igångsättning av förlossning för gravida som nått graviditetsvecka 41. • Vi tog bort en rekommendation om intagningstest med CTG. • Vi justerade prioriteten för rekommendationen om konsultation av psykolog för personal i mödrahälsovården. • Vi gjorde flera justeringar i texten efter synpunkter på riktlinjernas första version från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter.
2026	Riktlinjerna uppdaterades med rekommendationer om graviditetsdiabetes, och publicerades i den nuvarande versionen. Samtidigt tog vi bort rekommendationerna om följande insatser vid graviditetsdiabetes från de nationella riktlinjerna om diabetes från 2018, som nu är inaktuella: • id F06: intervention med kostråd, fysisk aktivitet och eventuellt tillägg av insulin • id F08: stöd till förändrade ohälsosamma levnadsvanor och systematisk uppföljning efter graviditet • id F26: nyinsättning av metformin.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård under graviditet, förlossning och tiden efter. Vi analyserar också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd, där vi också vänder oss till hälso- och sjukvårdspersonal.



Nationella riktlinjer 2026: Graviditet, förlossning och tiden efter
(artikelnr 2026-3-10108) kan laddas ner från
socialstyrelsen.se/publikationer.